

**DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCION BASADA EN EL
AUTOCUIDADO QUE IMPACTE LA ACCIDENTALIDAD EN UNA EMPRESA
DEL SECTOR SALUD DE CALI**



CAROLINA AYALA

PATRICIA VEGA

**Universidad
Católica
de Manizales**

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES

ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

METODOLOGIA DE INVESTIGACION

2018

TABLA DE CONTENIDO

1.	RESUMEN	7
2.	INTRODUCCION	8
3.	JUSTIFICACION.....	12
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
4.1	MARCO DE ANTECEDENTES	15
4.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA EN LA ORGANIZACION	17
5.	OBJETIVOS	22
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	22
5.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
6.	MARCO TEÓRICO.....	23
6.1	MARCO CONCEPTUAL	23
6.1.1	Ausentismo Laboral.....	23
6.1.2	Recursos Humanos.....	25
6.1.3	Accidentalidad Laboral.....	26
6.1.4	Clasificación De Los Accidentes.....	27
6.1.5	Actos y condiciones inseguras.....	28
6.1.6	La Investigación de Accidentes de Trabajo	30
6.1.7	Autocuidado	31
6.1.8	Agencia de Autocuidado	36
6.1.9	Perfil Sociodemográfico	36
6.1.10	Estilos de Vida	37
7.	MARCO CONTEXTUAL	39
7.1	Servicios.....	39
7.2	Historia	39
7.3	Visión.....	40
7.4	VALORES.....	40
8.	MARCO LEGAL.....	42
9.	MARCO HISTORICO	46
10.	MARCO BIOETICO.....	48
11.	METODOLOGIA.....	52
11.1	Tipo de Investigación.....	52
11.2	Población y muestra.....	52

11.3	Instrumentos.....	53
11.4	Procedimiento para la recolección de la información:	54
11.5	TABULACION DE LOS RESULTADOS:.....	55
11.6	Cronograma.....	56
12.	RESULTADOS	57
12.1	ANALISIS DE RESULTADOS.....	57
12.1.1	Datos de Accidentalidad de la empresa.....	57
12.1.2	Perfil Sociodemográfico	65
12.1.3	Nivel de Agencia de Autocuidado	73
12.1.4	Test de Autoesquemas.....	79
13.	DISCUSION.....	81
14.	CONCLUSIONES	84
15.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	87
16.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	88
17.	ANEXOS	94



Universidad
Católica
de Manizales

Índice de Tablas

Tabla 1 Marco Legal.....	42
Tabla 2 Regulación Ética en Colombia para Investigación con Seres Humanos ..	48
Tabla 3 Regulación Ética Internacional Para Investigación Con Seres Humanos.	49
Tabla 4 Indicadores de Accidentalidad año 2017.....	57
Tabla 5 Indicadores de Accidentalidad 2016.....	61
Tabla 6 Tipos de Cargo.....	65
Tabla 7 Tipos de Contratación	66
Tabla 8 Tipos de Áreas de trabajo	66
Tabla 9 Grupo Etario.....	67
Tabla 10 Estado Civil	67
Tabla 11 Genero	68
Tabla 12 Número de Personas a Cargo.....	68
Tabla 13 Nivel de Escolaridad.....	69
Tabla 14 Antigüedad en la Empresa	69
Tabla 15 Antigüedad en el Cargo.....	70
Tabla 16 Participación en Actividades de la Empresa.....	70
Tabla 17 Consumo de Alcohol	71
Tabla 18 Consumo de Cigarrillo	71
Tabla 19 Realización de Deporte	72
Tabla 20 Participación en Capacitaciones	72
Tabla 21 Ocurrencia de Accidentalidad.....	73
Tabla 22 Nivel de autocuidado en Trabajadores de la Salud	74

Tabla 23 Frecuencias de Respuestas Agencia de Autocuidado	74
Tabla 24 Elementos sobre Autocuidado de la Salud.....	75
Tabla 25 Elementos sobre Estilos de vida Saludable.....	76
Tabla 26 Elementos de Autocuidado en el Trabajo.....	77
Tabla 27 Resultados test de Autoesquemas	79
Tabla 28 Estadísticas Nivel de Autoesquemas	79



Universidad
Católica
de Manizales

Índice de Graficas

<i>Ilustración 1 Total de Accidentes por Grado de Lesión 2017.....</i>	<i>58</i>
<i>Ilustración 2 Accidentes por parte del cuerpo Afectada 2017</i>	<i>58</i>
<i>Ilustración 3 Accidentes por Tipo de Lesión 2017.....</i>	<i>59</i>
<i>Ilustración 4 Porcentaje de Accidentes por Tipo de Lugar 2017</i>	<i>60</i>
<i>Ilustración 5 Porcentaje de Accidentes por Tipo de Cargo 2017.....</i>	<i>60</i>
<i>Ilustración 6 Total Accidentes por Grado de Lesión 2016.....</i>	<i>62</i>
<i>Ilustración 7 Total de Accidentes por Parte del Cuerpo Afectada 2016</i>	<i>62</i>
<i>Ilustración 8 Porcentaje de Accidentes por Tipo de Lesión 2016.....</i>	<i>63</i>
<i>Ilustración 9 Porcentaje de Accidentes por Tipo de Lugar 2016</i>	<i>64</i>
<i>Ilustración 10 Porcentaje de Accidentes por Tipo de Cargo 2016.....</i>	<i>64</i>

Tabla de Anexos

Anexo A Consentimiento Informado.....	94
Anexo B Perfil Sociodemográfico.....	96
Anexo C Test Capacidad de Agencia de Autocuidado de la Salud en el Trabajo	99
Anexo D Test de Autoesquemas C.A.E.....	103
Anexo E Cronograma de Actividades.....	106

1. RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue evaluar el autocuidado en 25 trabajadores de una empresa de salud y relacionarlo con la accidentalidad presentada en la misma, con el fin de realizar una propuesta que refuerce el autocuidado y pueda disminuir los niveles de la misma. El diseño del estudio fue cuantitativo de tipo descriptivo. Las herramientas utilizadas fueron el perfil sociodemográfico, Test de Nivel Agencia de Autocuidado y el Test de Autoesquemas CIE. Los resultados no evidenciaron que la población tuviera un nivel de autocuidado bajo lo que podría llevarlo a accidentarse en el trabajo, por el contrario los niveles de autocuidado de la población a estudio presentan un nivel medio, sin embargo se pudo determinar aún hay que reforzar en autocuidado, en los programas de promoción y prevención, capacitación y hábitos de vida saludable.

Palabras clave: Agencia de Autocuidado, Accidentalidad, Autocuidado, Estilos de Vida, Autoesquemas, Asistencial, Perfil Sociodemográfico, Nivel de Agencia de Autocuidado, Autoimagen, Autoestima, Autoconcepto.

2. INTRODUCCION

Prevenir los accidentes de trabajo es de suma importancia para las empresas, porque más allá del cumplimiento de una norma, incrementa la credibilidad de la compañía frente a sus colaboradores, lo que se vería reflejado en un alto sentido de pertenencia de estos y su adherencia a ella, al promover la importancia de su salud laboral; se puede inferir que cuando los colaboradores interioricen el autocuidado por fuera de su entorno laboral y lo lleven a su vida personal, familiar y comunitaria, se podrían tener resultados sorprendentes y cambios sustanciales en lo que respecta a la disminución de la accidentalidad, enfermedad laboral y evitar conductas riesgosas.

Quando se habla de accidentalidad laboral se debe tener en cuenta de igual manera el concepto de ausentismo laboral, el cual trae consecuencias negativas tanto para los trabajadores como para la empresa, disminución de la productividad, generación de Enfermedades Laborales, etc. Entendiendo ausentismo laboral según la norma técnica Colombia NTC 3793 de 1996 como: *“la suma de los períodos en los que los empleados de una organización no están en el trabajo según lo programado, con o sin justificación”*¹ y que también dice que unas de las causas del ausentismo son los accidentes de trabajo, los cuales se definen de acuerdo a la ley 1562 de 2012 como: *“todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.”*²

Ahora bien, se puede colegir que el ausentismo laboral es uno de los resultados de la accidentalidad laboral, que tiene una etiología de múltiples factores, donde se tiene al colaborador con todo lo que implica como un ser completo, entendido como un todo, que no solo es su rol en su labor si no su historia cultural, la estructura de su personalidad, junto con el entorno laboral y extra laboral, las condiciones sociales y ambientales que influyen en este trabajador; Se debe tener en cuenta otro aspecto como lo es su área psicológica y viene a jugar un papel

importante, ya que un trabajador al accidentarse puede empezar a experimentar ansiedad, angustia y otra serie de síntomas que afectan su autoestima y desempeño laboral.

En los últimos años en Colombia, la legislación en seguridad y salud en el trabajo ha tenido una evolución sustancial, que se evidencia cuando se hacen cambios desde la norma y exige que ya no sea un programa si no que se convierte en un sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo basado en la mejora continua, que busca la protección y la prevención de la salud de todos los trabajadores a través de un compromiso multidisciplinario que suscita el trabajo sano y seguro con el fin de alcanzar un bienestar físico, mental y social de los colaboradores.

A partir de lo anterior, es importante traer el concepto de autocuidado como un factor que puede influir en la disminución de la accidentalidad y por ende el ausentismo y así contribuir al bienestar del que se hablaba anteriormente. *“Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad”*³, lo que implica que esto es algo de lo que se debe ser consciente y hacerlo en todo momento y no solo cuando se está trabajando.

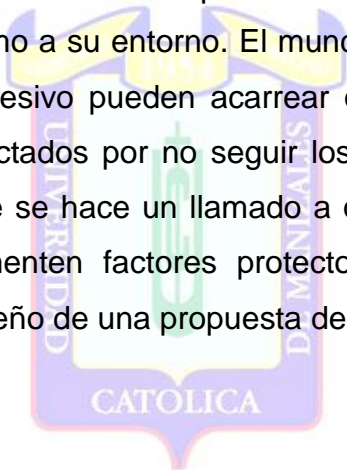
Es por esto, que crear una cultura del autocuidado debe partir, desde la particularidad de la organización y de cada uno de sus colaboradores para llegar a la generalidad que sería el cumplimiento de las normas y de los manuales, que buscan que el personal no esté expuesto a riesgos y que le permitan garantizar la seguridad y salud que se merecen, sin embargo, esto no lo es todo, se debe realizar una serie de actuaciones que encaminen a esa organización a crear una cultura del autocuidado que trascienda del papel o del cumplimiento de la norma, por lo que es necesario que la construcción de esta cultura sea colectiva, se acepte la diferencia y se use como medio de edificación, innovación, creación y no como un obstáculo, también, trabajar como se menciona anteriormente sobre la importancia de la parte afectiva y emocional de las personas porque podemos encontrar formas nuevas de aprendizaje que pueden ser más efectivas y que permitan lograr los objetivos del sistema, sumado a esto fomentar la

responsabilidad, porque es la habilidad de ser responsables no solo sobre actos propios o decisiones, si no ser parte del grupo y asumir la responsabilidad por estos también que va muy ligado al compromiso, la pertenencia y la condición de poder ser otra persona.

Orem Dorothea en su libro *Conceptos de enfermería en la práctica* de 1993, explica que la agencia de autocuidado se define *“como la capacidad que poseen las personas a cuidar de sí mismos con el fin de mantenerla, tiene la capacidad para motivar a la gente a desarrollar, a través del proceso de aprendizaje, las competencias de la agencia de autocuidado”*.⁴ Es decir, que no es innato, si no que parte del aprendizaje y que la persona debe hacer por sí misma, siguiendo en la misma línea, Tobón⁵. En su artículo: *El autocuidado una habilidad para vivir*. 2006, menciona que *“el autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad, autocuidado colectivo”*. Entendido esto, el autocuidado sería un tema que reside en el ser humano y que se exterioriza como un comportamiento, es por esto que este diseño se enfocará en capacitar al trabajador o trabajadores que ingresen a laborar en la empresa en el área de atención domiciliaria, en reconocer condiciones riesgosas que pueden estar propiciando accidentes de trabajo y empezar a ser conscientes de la importancia del autocuidado como parte de un proceso de responsabilidad con la salud y la vida, así mismo contribuir en la disminución del ausentismo laboral, permitiendo con ello gozar de un mayor bienestar y brindar un mayor rendimiento empresarial, para esto se plantearan estrategias de entrenamiento, capacitación y formación sobre la manera responsable de realizar la labor, mediante el autocuidado como un estilo de vida saludable que debe ser cotidiano y permanente durante su permanencia en la empresa y su vida en familia.

Es por eso que con el siguiente trabajo de grado se realizara una propuesta basada en el autocuidado, teniendo en cuenta los resultados del diagnóstico de los niveles de autocuidado en los colaboradores de una empresa del Sector Salud de Cali, este

diagnóstico se obtendrá a través de la aplicación de instrumentos tipo encuesta como el perfil sociodemográfico y un cuestionario basado en la apreciación de la agencia de autocuidado (ASA). El objetivo de esta propuesta es que la empresa pueda analizar e implementar, y como resultado se logre modificar las conductas de los colaboradores durante la realización de sus actividades generando una conciencia individual de la importancia de cuidarse a sí mismos que contribuya a la disminución de la accidentalidad laboral, teniendo en cuenta que las implicaciones mentales, físicas y conductuales que pueden afectar al personal de salud participante en el cuidado de personas, puede contribuir a que se den situaciones o actos inseguros que pueden propiciar un accidente, ya que si el trabajador no se encuentra mentalmente bien, en condiciones de bienestar puede desconcentrarse y terminar por tener un accidente que lo afecte tanto a él como a su entorno. El mundo actual con las exigencias altas o trabajar a un ritmo excesivo pueden acarrear que el nivel mental o el esfuerzo intelectual se vean afectados por no seguir los requerimientos psicológicos adecuados. Es por esto que se hace un llamado a que la organización busque propiciar estrategias que fomenten factores protectores que disminuyan la accidentalidad a través del diseño de una propuesta de intervención por medio del autocuidado.



Universidad
Católica
de Manizales

3. JUSTIFICACION

Generar propuestas que fomenten la cultura de Autocuidado en las organizaciones, permite que tengamos más herramientas que se pueden utilizar como estrategias para la mitigación de los riesgos laborales, las exposiciones ocupacionales y accidentes laborales, que se ven reflejados en el ausentismo y en enfermedades laborales que perjudican las condiciones de salud de los trabajadores.

Y si se habla que todas estas estrategias están enfocadas en el trabajador, se debe empezar por la definición de la relación laboral la cual implica tres condiciones básicas como son la remuneración por el servicio prestado, el cumplimiento de un horario laboral y la subordinación, dentro de estas tres circunstancias están inmersos los riesgos a los que se puede ver expuesto un trabajador pero también están los factores protectores que desde la organización se pueden desarrollar para prevenir y disminuir la exposición a los mismos.

En la celebración del Día Mundial sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo en el año 2005, la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) informaron *que es necesario desarrollar en todo el mundo una cultura de seguridad preventiva, pues van en aumento las muertes, heridas y enfermedades relacionadas con el trabajo*⁶

Continuando con datos estadísticos, Fasecolda en el año 2015 y 2016, genero la siguientes estadísticas de accidentalidad del sector salud que compete en este trabajo, en su reporte consolidado informa que *para un total de 18.737 trabajadores se presentaron 991 accidentes laborales en riesgo clase tres, con una tasa de accidentalidad del 6.60% y de mortalidad del 0.73%, en el año 2016, 559 accidentes laborales para 20.439 trabajadores con una tasa de accidentalidad del 2.67% y en lo que va corrido del 2017, 224 accidentes para 14.042 trabajadores en total, con una tasa de accidentalidad del 1.59%*⁷, es claro

que no son cifras estables y que a pesar que los porcentajes indican que han disminuido de igual manera se siguen presentando accidentes laborales que van en detrimento del bienestar del trabajador.

Gracias a estas estadísticas podemos inferir que es de vital importancia implementar estrategias que permitan un aprendizaje significativo y generen conciencia sobre el autocuidado como parte fundamental del día a día del trabajador, que tiene toda la pertinencia al ser un concepto inherente al aprendizaje humano y que podría ayudar a estructurar conductas protectoras en los colaboradores, las cuales se verían reflejadas en un mayor bienestar para ellos a nivel de salud laboral, mitigando la accidentalidad y procurando que el cuidado parta de él mismo y no como una exigencia desde la organización para el cumplimiento de la normatividad.

Así pues, se hace necesario generar cultura del autocuidado que impacte en la accidentalidad de tal manera que disminuya sus cifras y así mismo el ausentismo laboral. Se debe propender por el afianzamiento de la promoción y prevención a través de programas que mejoren las condiciones de salud y seguridad del trabajador, y que generen conciencia y fortalezcan el desarrollo de actitudes y valores que influyan en el autocuidado de manera directa. Se debe abordar todos los niveles que intervengan en el trabajador como el bienestar a nivel personal el cual incluyen su proyecto de vida, su salud psicológica, salud física, etc. A nivel familiar (economía familiar, protección a sus seres queridos, tranquilidad) y por último a nivel organizacional el cual comprende la productividad, mayor eficiencia, menor ausentismo.

Teniendo en cuenta lo mencionado, se busca realizar este diseño de propuesta de intervención de la accidentalidad a través del autocuidado en una empresa del sector salud de la ciudad de Cali, en donde los trabajadores presta servicios de atención domiciliaria, donde son más vulnerables a sufrir accidentes laborales ya que las condiciones para el desarrollo de su actividad están dadas por las

particularidades del hogar del paciente, el riesgo biológico tiene una incidencia muy alta por no contar con las instalaciones y elementos hospitalarios adecuadas, el traslado a los domicilios se realiza en la mayoría de veces en vehículos como motocicletas los cuales incrementan el riesgo de sufrir accidentes de tránsito con consecuencias graves y hasta mortales. Esto hace que la población objetivo de este diseño de propuesta de intervención, sea la más adecuada para desarrollar una conducta de autocuidado que permitan disminuir las tasas de accidentalidad y siniestralidad dentro de la organización.

Este diseño de propuesta de intervención, también, contribuye a que la organización puedan hacer parte activa a sus colaboradores dentro del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, dando respuesta a lo exigido dentro del decreto 1072 del 2015⁸ y la resolución 1111 del 2017 en donde expresa en su art. 4:

“Se debe promover, garantizar y contar con la participación de todos los trabajadores, contratistas, estudiantes y personas que presten o ejecuten actividades en las sedes, instalaciones o dependencias de las diferentes empresas en relación a la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y en el cumplimiento de los Estándares Mínimos de Seguridad y Salud en el Trabajo”.⁹

Por otro lado los beneficios que obtendrá la organización en cuanto a productividad, en la optimización de los recursos humanos, mejoramiento continuo e innovación de sus procesos, fortalecimiento en la confianza y seguridad de sus trabajadores, todo esto en conjunto se verá reflejado en el compromiso para incrementar los niveles de calidad en la atención a los usuarios y clientes de la empresa.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Dentro de los estudios realizados en el tema de Autocuidado y Accidentalidad, se puede observar que es fundamental la interiorización del valor hacia la vida, tener hábitos de vida saludable y realizar las actividades laborales de forma saludable siguiendo los procedimientos para lograr tener un impacto en la accidentalidad y en la disminución de enfermedad desencadenadas de la exposición a los diferentes factores de riesgo.

En el estudio de González ¹⁵, publicado en 2015, llamado “*Significado del cuidado para estudiantes y profesores del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander*”, realizó una investigación de tipo descriptivo exploratorio en donde tomo una muestra de 258 estudiantes y 29 profesores a los cuales les aplico una la Escala del significado del cuidar, escala de tipo ordinal Likert con 45 ítems, distribuidos en 5 categorías. Esta evaluación tuvo como resultado que los estudiantes y profesores dieron más puntaje al cuidado como intervención terapéutica y la de menos puntaje fue la categoría de cuidado por afecto. También se logró identificar que la percepción del cuidado es diferente para los alumnos como para los profesores, es decir no hay un estándar sobre el significado del cuidado y definitivamente esta percepción influye en la práctica de la enfermería.

Gallego et al. ¹⁶ “*Relación Entre Agencia De Autocuidado Y Ausentismo en Trabajadores Del Sector De La Construcción En Una Empresa De Bogotá, Colombia. 2014*”; Se estudió un grupo de 88 trabajadores del sector de la construcción a través de una investigación de tipo correlacional de enfoque cuantitativo, y su objetivo era ver la relación entre el autocuidado y las causas de ausentismo de estos trabajadores. La conclusión del estudio es que no existe una diferencia o influencia entre que el trabajador de ausente y tenga una buena o mala valoración de la agencia de autocuidado, pero si se determinó que la

valoración de la agencia de autocuidado en este sector es de aceptable a deficiente, lo que se ve reflejado en falta de productividad y costo por incapacidades a la empresa.

Por otro lado García et al. “*Valoración de agencia de autocuidado de un grupo de trabajadores accidentados Vs. trabajadores no accidentados del sector de la construcción (tesis).*” Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.¹⁷ Aplica instrumentos basados en la Teoría de Orem a trabajadores del sector de la construcción, en donde se evalúa su concepción frente al autocuidado y en donde sus resultados, demuestran que hay que realizar programas que logren un cambio en la actitud de los trabajadores y generen conciencia sobre el cuidado de su vida y salud. La investigación demuestra que los trabajadores más conscientes sobre el autocuidado, se accidentan menos.

En el año 2011, Arenas-Monreal et al. En su publicación, Autocuidado: “*Elementos para sus bases conceptuales*”. Glob Health Promot. 2011¹⁸; describe el autocuidado como aquellas actividades realizadas por las personas, familias o grupos sociales para el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y limitación de daños. Los autores dentro del escrito tienen como objetivo proporcionar los elementos necesarios para que se comprenda el autocuidado y su papel en la promoción de la salud.

Así mismo, Rodríguez-Ramírez J. Artículo Original Propuesta : “*Programa Integral de Autocuidado dirigido a personal de Enfermería*”. Enfermería en Costa Rica. 2010¹⁹. Realizo una investigación de tipo descriptiva, transversal, aplicada con enfoque cuantitativo, donde su objetivo principal era desarrollar un programa integral de autocuidado para la prevención del síndrome de Burnout en personal de Enfermería de un centro Psiquiátrico. Para realizar el diagnóstico, el investigador aplico varios instrumentos basado en el “Maslach BurnoutInventory-Human Services Survey”, (MBI-HSS), que permite determinar si la persona sufre del Síndrome de Burnout. El resultado obtenido es que ninguna de las personas estudiadas presenta cumple con los tres criterios para ser diagnosticada con el Síndrome, sin embargo al analizar de forma separada los criterios si se presenta

alguna afectación.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA EN LA ORGANIZACION

Los accidentes laborales como sucesos repentinos que pueden afectar a los colaboradores y a las empresas en cualquier momento, se puede decir que la accidentalidad se presenta en las empresas con una variación que depende del sector económico al cual pertenezcan. Es decir, no es igual la accidentalidad que se presentan en una empresa del sector productivo a una empresa de servicios. Otros factores que afectan los índices de accidentalidad, es el comportamiento inadecuado del ser humano en sus áreas de trabajo, acciones Subestándar o déficit de Autocuidado, convirtiéndose este último en uno de los objetivos para que desde el trabajador, se tome conciencia sobre cómo realizar su actividad laboral con responsabilidad y autoprotección de sus condiciones de salud y bienestar.

Para el sector salud, la exposición al riesgo está dada por las características de la actividad en sí, en la cual deben exponerse a sangre, fluidos y sus derivados, bacterias, virus, etc. También podemos enunciar las condiciones del área de trabajo (hospitales, centros de diagnóstico, hogar de los pacientes), los pacientes atendidos, sus elementos de protección, etc. En el artículo de la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río¹⁰, se describe la revisión epidemiológica de los accidentes de tipo Biológico en una entidad de salud y las posibles causas que lo provocaron, de 87 casos estudiados el 78% fueron trabajadores entre 25-34 años de edad, los cargos más afectados son los operativos como los auxiliares de laboratorio y de enfermería con un 27%, y de los cargo de enfermería los que tuvieron el índice más alto de accidentalidad fueron aquellos que llevaban entre 5 y 9 años en el cargo y las principales causas que dieron origen al accidente fueron la falta de adherencia a los manuales de Bioseguridad, al uso inadecuado de Elementos de Protección Personal o la calidad del mismo y a actos inseguros por parte de los trabajadores con los elementos corto punzantes utilizados.

También se debe nombrar otros riesgos que afectan a este sector como el Riesgo Biomecánico por la movilización de pacientes o por el manejo de instrumental y Riesgo Publico si describimos que muchos de estas personas deben desplazarse

a los hogares de los pacientes para prestar la atención como es el caso de la empresa estudio.

González et al. ¹¹ en su artículo publicado en el año 2016, *Análisis de las causas y consecuencias de los accidentes laborales ocurridos en dos proyectos de construcción*. Describe dentro de sus resultados que para 117 casos estudiados (accidentes de trabajo en el sector de la construcción) 70 de ellos estuvieron relacionados con causas básicas y factores personales de los trabajadores, es decir el 59,8% de los casos de debió por la falta de juicio de los trabajadores a la hora de realizar sus tareas. Realizaban sus labores a su parecer y sin seguir el entrenamiento o utilizar los elementos de protección recomendados.

Se puede inferir que existe cierta relación entre el autocuidado y la accidentalidad, es decir una de las principales causas de la accidentalidad laboral en el déficit de autocuidado de los trabajadores o del comportamiento inadecuado-inseguro, lo que convierte este último en una problemática para las organizaciones, las cuales deben de buscar las herramientas o estrategias necesarias para afianzar en sus trabajadores conductas seguras y así disminuir su accidentalidad.

En un estudio reciente sobre autocuidado con trabajadoras informales de la ciudad de México, Contreras et al. ¹², realizaron una investigación basada en la teoría de los significados sociales, donde sus resultados revelan que cada persona tiene una percepción distinta sobre autocuidado, y lo relaciona con el trabajo que realiza, se genera autocuidado según las situaciones de vida que se presenten y la rutina diaria a la cual tenga que estar expuesta la persona.

Siendo así, se debe inferir que los trabajadores al momento de realizar sus actividades, debe de contar con la capacitación, herramientas necesarias para el desempeño de su laborar y la interiorización sobre autocuidado, para proteger su integridad, salud y disminuir en cierta manera la exposición a los diferentes riesgos y así evitar enfermedades laborales futuras.

La OMS¹³ estableció dentro de plan de acción mundial elaborada en la 60ta Asamblea Mundial de la Salud, la necesidad de gestionar los riesgos laborales a

través de nuevas prácticas como los lugares de trabajo sanos e introducir la cultura de la promoción de la salud en los trabajadores. Apoyando lo anterior en el contexto colombiano el Ministerio de Trabajo a través de su Plan Nacional de Seguridad y salud en el Trabajo para los años 2013-2020 estableció dentro de sus objetivos “fortalecer la promoción de la seguridad, de la salud de los trabajadores y la prevención de los riesgos laborales”¹⁴

Es decir que las organizaciones cada vez deben apoyar y fomentar el compromiso sobre la promoción de la salud y la generación de cultura del cuidado a través de normatividad y programas para fortalecer y disminuir la accidentalidad y la exposición a los diferentes riesgo laborales de sus trabajadores. Sin embargo no toda la responsabilidad debe ser cargada a las organizaciones, los trabajadores juegan un papel importante en la planificación y aplicación de los controles frente a los riesgos. Ellos deben participar activamente mediante el reporte oportuno de condiciones en donde su salud se encuentre en riesgo.

Los trabajadores deben concluir por sí mismo que al realizar sus actividades de forma y en condiciones inseguras puede traer grandes pérdidas en su vida personal como oportunidades laborales, pérdida de capacidad productiva, secuelas físicas, psicológicas y hasta la perdida propia vida, deben reflexionar que arriesgan mucho por solo no tener conciencia del autocuidado.

Estas estrategias basadas en el autocuidado deben aplicarse de forma continua y con la diversificación que caracterice el sector. Es importante crear en el trabajador la conciencia necesaria para que en la interacción con su entorno social y cultural estas reflexiones sobre autocuidado no se contaminen y generen un entorno de alto riesgo.

En la caracterización de la empresa y población objetivo, se presta servicios de salud y atención domiciliaria, en donde los paciente reciben tratamientos terapéuticos (fisioterapia, terapia respiratoria, terapia ocupacional), procedimientos invasivos como curaciones, suministro de medicamentos, terapia enterostomal, servicios de consulta médica general y especializada, y donde sus colaboradores

se desplazan la mayoría de veces en vehículos como motocicletas para llegar al domicilio de los pacientes. Actualmente la empresa cuenta con una planta de colaboradores de 548 personas, de los cuales 453 son personal asistencial, de este personal mensualmente se accidentan 8 que generan en promedio 38 días de incapacidad, lo que quiere decir que por cada accidente presentado en promedio hay 5 días de ausencia. La mayoría de casos son accidentes leves, aunque hay casos en que han sido graves por accidente de tránsito y que generan incapacidades de más de 90 días.

En la última caracterización de ausentismo realizada con corte a marzo 2018, en lo que va corrido del año la empresa ha tenido 2498 días perdidos por diferentes tipo de incidencias, en donde los accidentes de trabajo ocupan el tercer lugar con 134 días perdidos, esto equivale al 5,36%.

De este análisis de ausentismo se puede identificar que una de las principales causas que lo generan son los accidentes de trabajo y estos a su vez son generados por el comportamiento no adecuado de los trabajadores o actos inseguros, lo cual nos indica que se debe generar una propuesta y/o estrategia que permita mitigar estas estadísticas a través de la modificación y generación de la cultura de los trabajadores basados en su comportamiento, hábitos de vida saludable y conocimientos de autocuidado.

Dentro de la revisión bibliográfica, se identifica que muchas de las investigaciones acerca del autocuidado tienen un enfoque al cuidado del paciente, o a la generación de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas, pero muy pocas de estas investigaciones están descritas específicamente para el sector salud y mucho menos la relacionan con el tema de accidentalidad.

A partir de lo anterior, se pretende esgrimir el autocuidado como propuesta de intervención para el manejo de la accidentalidad en una Empresa Del Sector Salud De Cali, teniendo en cuenta que dentro de los factores que afectan los índices de accidentalidad, se encuentra el comportamiento inadecuado del ser humano en sus áreas de trabajo, acciones Subestándar o déficit de Autocuidado, recordando

que este último está ligado tanto a habilidades como a comportamientos aprendidos a lo largo de la vida, alineados con la cultura en la que ha estado inmersa la persona.

Finalmente, teniendo en cuenta el direccionamiento sobre el promover la salud en los lugares de trabajo, entonces:

¿Cómo diseñar una propuesta de intervención basada en el autocuidado que disminuya la accidentalidad en una empresa del sector salud de Cali?



Universidad
Católica
de Manizales

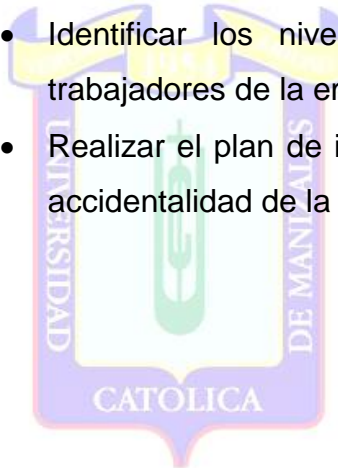
5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una propuesta de intervención para reducir la accidentalidad a través del autocuidado en una empresa del sector salud de Cali.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las principales causas de accidentalidad y los riesgos laborales a los cuales se encuentran expuestos los trabajadores de la empresa.
- Conocer el perfil sociodemográfico de un grupo de trabajadores de la empresa.
- Identificar los niveles de agencia de autocuidado de un grupo de trabajadores de la empresa.
- Realizar el plan de intervención basada en autocuidado que impacte en la accidentalidad de la empresa.



Universidad
Católica
de Manizales

6. MARCO TEÓRICO

6.1 MARCO CONCEPTUAL

Para lograr los objetivos propuestos en éste trabajo, fue necesario plantear algunos parámetros que sirvan de ejes conceptuales sobre los que apoyar la lectura interpretativa que giran en torno a la accidentalidad, ausentismo y lo referente a la cultura de autocuidado y demás conceptos que desarrollan enfoques teóricos que sustentan la investigación. Adicionalmente, para contextualizar se debe tomar como punto de partida el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, cuyo propósito es el trabajo en equipo entre el empleador y los colaboradores, aplicando las medidas de Seguridad y Salud en el Trabajo buscando siempre el mejoramiento continuo de las condiciones laborales controlando de manera eficaz los peligros y riesgos laborales. Es por esto que el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST reside en el desarrollo del ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar) en conjunto con otros elementos esenciales del sistema permitirá cumplir con los objetivos de este.

6.1.1 Ausentismo Laboral

La Asociación Internacional de Salud Ocupacional define como ausentismo *“la ausencia al trabajo atribuida a enfermedad o accidente y aceptada como tal por la empresa o la seguridad social”* ¹; entre tanto, la OIT ²⁰ define el ausentismo laboral como *“la no asistencia al trabajo por parte de un empleado que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los períodos vacacionales y las huelgas; y el ausentismo laboral de causa médica, como el período de baja laboral atribuible a una incapacidad del individuo, excepción hecha para la derivada del embarazo normal o prisión”* ahora bien, si consideramos que las organizaciones trazan objetivos para el respectivo cumplimiento de sus logros, y que estos objetivos van ligados a la fuerza del recurso humano, la estructura organizacional tiene sus cimientos en las conductas de los que trabajan y aportan para ella, Idalberto Chiavenato²¹ presenta el recurso humano como potencial coautor del sostenimiento de una organización mediante sus actividades laborales *“Las personas planean, organizan, dirigen y controlan las empresas para que funcionen y operen. Sin personas no existe organización. Toda organización está compuesta*

de personas de las cuales dependen para alcanzar el éxito y mantener la continuidad” en otras palabras, que los colaboradores presenten ausencia en sus puestos de trabajo significa una pérdida en costos y un alejamiento de las metas que son estipuladas “el absentismo es un fenómeno característico e inevitable del mundo del trabajo. Sin embargo, cuando las conductas de ausencia de los trabajadores exceden ciertos límites considerados «normales» se plantea un problema para la organización, puesto que se dificulta la consecución adecuada de sus objetivos”²²

Escobar, J. lo define el ausentismo como “una utopía deseada”²³, ya que depende directamente de la condición humana, el enfermarse o que se presente una situación no esperada, la cual se debe atender.

El ausentismo se puede clasificar de muchas maneras, dentro de las cuales encontramos las siguientes:

- Según el Origen
- Según las Causas amparadas por la Ley
- Según la Decisión del Trabajador

Y todas estas variables son utilizadas por las organizaciones para medir sus indicadores y establecer puntos de partida para la intervención del mismo. No existe un estándar único para la medición del Ausentismo, ya que depende de las leyes y normas de cada país y del sector económico al cual pertenezca la organización.

Para efectos del trabajo de investigación, el origen de nuestro ausentismo es el generado por los accidentes de trabajo, los indicadores serán los facilitados por la empresa la cual pertenece al sector Salud.

6.1.2 Recursos Humanos

El recurso humano es considerado como motor importante y decisivo en la consecución de metas y objetivos de una organización, y que son alcanzados mediante la coordinación y ejecución de toda la fuerza en conjunto.

Chiavenato, I. ²⁴ Lo define como “Las personas constituyen el principal activo de la organización y de ahí la necesidad de que las empresas sean más conscientes de sus trabajadores y les presten más atención. Las organizaciones con éxito se han dado cuenta de que sólo pueden crecer, prosperar y mantener su continuidad si son capaces de optimizar el rendimiento sobre las inversiones de todos sus grupos de interés, principalmente en los empleados”.

Dentro de la consecución del talento humano, está la gestión del mismo, en donde las organizaciones deben otorgar las condiciones necesarias para que los trabajadores den su mayor potencial al realizar sus actividades, Chiavenato, I. ²⁴ define la gestión del talento humano en las organizaciones como “*la función que permite la colaboración eficaz de las personas (empleados, funcionarios, recursos humanos o cualquier denominación utilizada) para alcanzar los objetivos organizacionales e individuales*”.

También a través del talento humano podemos obtener todo el conocimiento necesario, y promoverlo de tal manera que se potencie para aprovecharlo de la mejor manera, Castillo, ²⁵ nos dice que “El conocimiento se puede considerar como un activo estratégico que normalmente se encuentra en la gente (específicamente lo ubicamos como inteligencia humana), sin embargo, al conocimiento también se le encuentra en la propia organización”.

El recurso humano es nuestro principal foco de atención en este trabajo de investigación, puesto que lo relacionaremos con su comportamiento y hábitos frente a la realización de sus actividades laborales, las cuales desencadenan o no un accidente de trabajo. Es el actor principal a la cual la empresa apuntará para la implementación de este diseño de programa basado en el autocuidado para generar cultura y promover la salud.

6.1.3 Accidentalidad Laboral

La accidentalidad laboral cada año a nivel mundial presenta cifras importantes que alteran tanto el bienestar del trabajador como la economía de la organización, teniendo en cuenta que ambas partes se ven afectadas cuando se presentan los accidentes laborales, se hace necesario crear medidas que mitiguen la ocurrencia de estos accidentes. Este fenómeno tal como muestran las estadísticas, es la causa más importante de las lesiones a la salud que sufren los trabajadores como consecuencia de su trabajo.

Históricamente el concepto de accidentalidad laboral ha tenido cambios, en 1930 Heinrich ²⁶ lo define como un "evento no planeado ni controlado en el cual la acción, o reacción de un objeto, sustancia, persona o radiación, resulta en lesión o probabilidad de lesión"; ya 1950 Blake, ²⁷ define el accidente como "una secuencia no planeada ni buscada que interfiere o interrumpe la actividad laboral". Lesión corporal o enfermedad que sufre el trabajador con ocasión o a consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena, esto dice el diccionario de la Real Academia pero en la actualidad la **Ley 1562 de 2012** es definido así: Artículo 3°. *“Es **accidente de trabajo**, todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte”²⁸*.Entonces se puede evidenciar como ahora es mucho más concreta la definición que menciona que la lesión no es solo física u orgánica y que va más allá de interrumpir la labor ya que puede generar invalidez o la muerte.

Por otro lado, se han presentado varias teorías sobre los accidentes, sus posibles factores pero ninguna ha tenido el consenso unánime que le permita ser la base de este tema, no obstante brindan luces sobre la cuestión, por lo que se explicara brevemente a continuación la que es más acorde al contenido de esta investigación:

Si todo accidente es un suceso repentino, debemos decir que existen factores que lo desencadenan, es decir, antes de que suceda el accidente hay condiciones o situaciones que llevan a que un trabajador sufra la lesión.

La Teoría del domino de W. H. Heinrich ²⁶ que explica como una secuencia de actuaciones desencadenan un accidente, menciona que esta secuencia está compuesta por cinco factores entre los cuales están: antecedentes y entorno social (rasgos de personalidad indeseable que provocan el fallo de la persona); fallo del trabajador (características de la personalidad que hacen que se den conductas riesgosas); acto inseguro unido a un riesgo mecánico y físico; accidente y el daño o lesión ocasionado. El autor de esta teoría también menciona que si esta secuencia es interrumpida no se presentara el accidente. También, hay que atribuirle a este autor que introduce el error humano como factor causal del accidente siendo estos actos inseguros de las personas, los responsables de la mayoría de accidentes. Adicionalmente, este modelo da importancia a aspectos de la personalidad junto con factores del entorno y del ambiente. Por lo que Heinrich ²⁶ por ultimo plantea cuatro métodos para la prevención de accidentes donde se debe hacer controles de ingeniería, persuadir y convencer, ajuste de personal y disciplina, dejando claro que hay aspectos psicológicos que se deben intervenir.

6.1.4 Clasificación De Los Accidentes

Según la Organización Internacional del Trabajo⁶, se pueden clasificar los accidentes de la siguiente forma:

A. Según la forma del accidente.

¿Cómo ocurrió el accidente? ¿A qué se estuvo expuesto?

B. Según el agente material.

¿Con qué equipo o sustancia se ocasionó el accidente?

C. Según la naturaleza de la lesión.

¿Cuál fue la lesión?

D. Según la ubicación de la lesión

¿Qué parte del cuerpo resultó lesionada?

El accidente no solo afecta al trabajador, afecta también a toda la organización, a su familia. Por eso debemos prevenir que ocurran accidentes, y si ya ocurrieron debemos investigar cuales fueron las causas que los originaron para poder evitar que se repitan en un futuro.

Otros aspectos a tener en cuenta en la clasificación de los accidentes de trabajo, son las Causas Básicas y las Causas Inmediatas, las cuales están directamente relacionadas con los Factores Personales o Factores del Trabajo. En la NTC 3701 en su capítulo de definiciones las causas Básicas son: “corresponde a las causas reales que se manifiestan después de los síntomas; son las razones que ocurren las causas inmediatas”, Causas Inmediatas: “Circunstancias que se presentan antes del contacto que produce la pérdida (enfermedad o accidente); se divide en actos o condiciones Subestándar”²⁹

6.1.5 Actos y condiciones inseguras.

Siendo así, los actos o condiciones inseguras, serán las variables que darán las bases para el diseño de este programa, dentro del análisis a las fuentes de información facilitadas por la empresa, se identificarán los principales actos o condiciones inseguras reportados o visualizados por los trabajadores y que son generadores de accidentes de trabajo.

En la NTC 3701²⁹ los Actos Inseguros son todos aquellos en que el trabajador realiza de manera insegura o inapropiada y que conlleva a un accidente de trabajo. En la misma norma se define las condiciones inseguras o Subestándar como aquellas situaciones presentadas en el lugar de trabajo con riesgos no controlados y que pueden llegar a generar accidentes de trabajo. Lo que nos lleva a pensar que muchos de los accidentes generados en una empresa dependen del comportamiento o del sentido de la vida que un trabajador tenga. Y es así como debemos enfocar nuestro diseño del programa para lograr una intervención efectiva de la accidentalidad laboral. También podemos deducir que debemos prestar atención al control de las condiciones dentro de las áreas de trabajo, que pueden generar un accidente.

Los actos inseguros entonces se relacionan directamente con el comportamiento humano, es decir, depende del propio trabajador el realizar o no un acto inseguro. También debemos de tener en cuenta que muchos de estos actos inseguros pueden surgir de la percepción de riesgo de cada trabajador.

El Instituto de Higiene Industrial de España, lo menciona en su guía de intervención de Actos inseguros en el Trabajo “Las actitudes pueden considerarse como una especie de esquemas o patrones mentales desde los que el individuo percibe e interpreta el mundo. Estos patrones se configuran con elementos cognitivos y afectivos (conocimientos y sentimientos) que el individuo va incorporando a través de la experiencia a lo largo de su vida. Por ello, aunque sean relativamente estables, van variando con el tiempo.”.³⁰

Otra indicación que realiza la Guía, es que si un trabajador desarrolla comportamientos contrarios a la seguridad, es indicación de que existen factores psicológicos o externos, que puedan estar afectando su sentido de conservación y preservación de la vida. Ej. Una pérdida familiar, un duelo, miedos, acoso laboral, etc. Y que pueden llevar a que el trabajador sufra un accidente de trabajo.

La guía lo que propone es tener en cuenta los aspectos psicológicos de los trabajadores para intervenir y/o gestionar los riesgos en la empresa. Aunque es difícil realizar esta intervención pretendiendo que las personas cambian voluntariamente sus comportamientos, ya que raramente una persona es consciente que sus actitudes pueden ser equivocadas. Así pues, para que podamos obtener algún cambio en este sentido, debe existir una persona observadora, que juzgue tal comportamiento y otras personas con comportamientos inseguros o inadecuados.

De acuerdo a lo anterior debemos en primera instancia enfocarnos en identificar los actos inseguros dentro de los trabajadores de la empresa. Normalmente estos actos son aquellos en los cuales se violan los procedimientos establecidos dentro de sus actividades para realizar un trabajo seguro. Para ello dentro de la guía NTP 415, sugiere lo siguiente: “se puede utilizar la técnica de las observaciones planeadas. La Observación del trabajo es una técnica, complementaria a la inspección de seguridad, que sirve para comprobar si el trabajo se realiza de forma segura y de acuerdo a lo establecido”³⁰

Así mismo la guía plantea la necesidad de crear consciencia de los riesgos, en donde primero debemos de indagar si estos comportamientos se realizan de manera consciente o inconsciente por parte del trabajador.

“Si se cometen actos inseguros de manera inconsciente significa que la apreciación de riesgos que espontáneamente efectúa el trabajador no coincide con el que ha hecho la empresa.”³⁰ Es decir, que el trabajador realiza actos inseguros a pesar de las instrucciones, capacitaciones o controles que haya podido realizar la empresa. Es algo del ser del trabajador. “En cambio, hacerlo de manera consciente significa que el trabajador percibe e interpreta los peligros y el riesgo en el mismo sentido que lo han hecho los análisis técnicos de la empresa, pero que, a pesar de ello, decide no hacer uso de los medios preventivos que se le han propuesto”³⁰. Lo que quiere decir que sus comportamientos están basados en la relación social que tenga el trabajador con la empresa y en sus actitudes.

6.1.6 La Investigación de Accidentes de Trabajo

Otras de las herramientas que permitirá el adecuado diseño del programa, serán las investigaciones de accidente de trabajo que nos facilitara la empresa, de las cuales se tomara información de cómo ocurrió el evento, cuáles fueron las condiciones, si se utilizaba elementos de protección personal, etc. Es decir, en las investigaciones de accidente, podremos identificar las principales causas del mismo.

Uribe,³¹ en su artículo el Autocuidado y su papel en la Promoción de la Salud expone sobre la importancia de la investigación del accidente: “La finalidad de investigar un accidente es descubrir las causas del mismo, así como las circunstancias y prácticas peligrosas que así lo hicieron posible a efecto de tomar las medidas necesarias para evitar que se repita”

Para realizar esta tarea es indispensable contar con una amplia y completa información acerca de las circunstancias del accidente, que permita hacer una investigación exhaustiva, todo esto acompañado de un adecuado interrogatorio al trabajador accidentado y de obtener las evidencia que permitan realizar el análisis.

Este análisis debe estar apoyado en herramientas de ingeniería como diagramas de espina de pescado o Diagrama Causa efecto, que pueden ayudar a determinar más fácilmente las causas y generar los planes de acción correspondientes para su intervención. También de normatividad como la NTC 3701, la Resolución 1401 del 2007 en donde se indica la metodología para realizar una investigación de accidente laboral.

El objetivo de la investigación de los accidentes e incidentes de trabajo según esta normatividad, es prevenir la ocurrencia de nuevos eventos, ya que siempre se genera un plan de acción que permita la gestión de los riesgos y peligros que generaron el evento y así mejorar la calidad de vida de los trabajadores y la productividad de las empresas. ³²

Toda investigación de accidentes debe aportar respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Quién resultó lesionado?
- ¿Qué ocurrió y qué factores contribuyeron a que ocurriera?
- ¿Cuándo sucedió el accidente?
- ¿Dónde sucedió el accidente?
- ¿Por qué ocurrió el accidente?
- ¿Cómo puede impedirse que un accidente similar se repita?

Y demás preguntas que se puedan generar dentro del proceso, esto apoyado en la metodología, normatividad y en los formatos de investigación facilitados por las ARL. Para cada país es diferente.

6.1.7 Autocuidado

El Plan Nacional de Salud Ocupacional¹⁴ en su objetivo específico plantea: “Aumentar la cobertura de acciones dirigidas a la población general para el desarrollo y **fortalecimiento de la cultura de auto-cuidado** en torno a la adopción de actuaciones seguras en el ámbito laboral, extra laboral, la familia y la comunidad”. A partir de lo anterior es muy claro que el auto cuidado ya no es un tema personal o netamente laboral es de alcance a todos los contextos de las

personas. El estado y las diferentes organizaciones que intervienen en temas de la salud y el trabajo, está en la búsqueda de lograr que el tema de autocuidado ya no sea un tema poco estudiado, y de que se generen las herramientas necesarias para la generación de esta cultura en las personas. Desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, tenemos la obligación de promocionar este tema y se ha convertido en una de las estrategias para la gestión de los riesgos y peligros dentro de las empresas.

El tema del autocuidado ha sido estudiado por diferentes disciplinas debido a diferentes miradas, por ejemplo, esta Orem ⁴ quien planteo la teoría del autocuidado que explica.” *Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar*”.

Además define tres requisitos de autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado planteada por Orem, ³³ dice: Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado independiente.

Mientras que Tobon⁵, define el autocuidado hace referencia a las prácticas de la vida diaria y a las condiciones que realiza una persona, familia o grupo para cuidar su salud, estas prácticas son destrezas que se aprenden a través de toda la vida, que son de uso continuo y se utiliza por libre decisión; con el fin de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad respondiendo a la capacidad de supervivencia a las prácticas habituales de su cultura.

Esta autora habla de tres tipos de autocuidado:

- Cuidado o asistencia a otros- los cuidamos: esta forma de cuidado corresponde a la atención que se presta a la persona enferma en una institución de salud
- Cuidado entre todos-nos cuidamos: El cuidado entre todos es denominado autocuidado colectivo y se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo
- Cuidado de sí-me cuido: Corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se puede decir que la práctica del autocuidado demanda acciones repetitivas que desarrollan hábitos o rutinas para que permanezcan a lo largo de toda la vida, sin embargo, a veces puede pasar que estos hábitos no son precisamente los más indicados cuando se habla de autocuidado por lo que se deben modificar y buscar que propendan por la seguridad del trabajador.

Es por esto, que el concepto de autocuidado tiene inmerso factores personales como el nivel de madurez, valores culturales, experiencias, autoestima, conocimientos sobre salud, papel de cada persona en su entorno y sus relaciones interpersonales.

Y si hablamos de autocuidado en el trabajo, se puede citar a Reinke y Boerner ³⁴ psicólogos consultores en Administración de Riesgos, que lo han definido como *“un conjunto de competencias laborales que le permiten al trabajador tomar buenas decisiones al enfrentar riesgos, a partir de sus valores, desarrollar prácticas y hábitos que le permitan procurar por su salud y seguridad.”* Y para que ésta pensamiento de autocuidado sea realidad, se debe tener en cuenta que no solo son los factores personales mencionados anteriormente los que determinan estas conductas, también se tienen factores externos como la influencia cultural, política y formas de liderazgo.

Además, de acuerdo a la definición de salud de Franco ³⁵, *“como un estado de bienestar que integra procesos orgánicos, psicológicos, relaciones sociales y personales necesarios para el funcionamiento adecuado y el disfrute de una sobrevivencia digna”* es necesario promover el autocuidado dentro del desarrollo humano, entonces se debe fortalecer aspectos como la autoestima, auto control, y la resiliencia, para que el mismo sujeto pueda reconocer la importancia del bienestar, la salud y la seguridad tiene en su propia vida y en todas las áreas que puede afectar.

Y si hablamos de que la autoestima juega un papel importante en la generación de autocuidado, según Rodríguez ³⁶, quien dentro de su texto cita la frase de Maslow *“la autoestima la define: solo se podrá respetar a los demás cuando se respeta a uno mismo; solo podremos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismo; solo podremos amar cuando nos amemos a nosotros mismo”*, que en otras palabras no es más, que la valoración que una persona tiene de sí misma y que esto que tiene es lo que puede dar a otros.

Para Goleman³⁷ el autocontrol es la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada, teniendo buenas estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes, capacidad de autogenerarse emociones positivas. Por lo que este

concepto está directamente relacionado con el autocuidado tanto de sí mismo como de las demás personas.

Grotberg.³⁸ explica que el término resiliencia: es aquella “*capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado*”. Implica como este aspecto promueve el desarrollo humano a partir de situaciones difíciles que son convertidas en algo positivo.

Todo lo anterior se utilizara en conjunto en pro de fomentar los comportamientos saludables siendo un recurso humano que se compone de múltiples factores y se refiere a diferentes comportamientos específicos en un continuo de diferentes momentos, contextos y circunstancias que permite especificar y definir sus correlatos biológicos saludables en muchos aspectos de la vida de los individuos que tengan que ver con la posibilidad de originar, promover, mantener, desarrollar comportamientos efectivos ya que no es algo innato, se debe enseñar y a su vez aprender, por lo que es una construcción social y cultural, desarrollando estilos de vida sana, los individuos pueden convertirse en agentes primarios de salud en su trabajo, familia y comunidad contribuyendo a través del ejemplo a que otras personas aprendan y practiquen estos estilos de vida saludable, como la explica la Bandura ³⁹ quien nos explica del aprendizaje social, las personas tienden a seguir al modelo (ejemplo a seguir): expone como la persona (o el grupo) aprende de otra que le es significativamente más segura y tiene la autoestima más alta.

Entonces para el diseño del programa se debe de fomentar los hábitos saludables y tener líderes en las áreas que sean el modelo para que sus subordinados adopten la misma cultura. Para lograr lo anterior que está en la vía de lograr el autocuidado, se utilizarían las herramientas educativas, participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas.

6.1.8 Agencia de Autocuidado

La agencia de autocuidado es definida por Orem ⁴ como la capacidad que tiene el individuo de identificar factores o condiciones de riesgo y discernir para asumir hábitos o modificar las condiciones que contribuyan a mantener su salud. ”

Gurao-Goris ⁴⁰. La agencia de autocuidado. Una perspectiva desde la complejidad. Educare 2003; “*La agencia de autocuidado se conceptualiza como poseedora de la forma de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de comprender sus características y el significado de las mismas*”;

De acuerdo a lo anterior el nivel de agencia de autocuidado define que tanta capacidad tiene un trabajador para analizar su entorno y tomar las decisiones del cómo cuidarse o de asumir los hábitos necesarios para no afectar sus condiciones de salud. Y si los relacionamos con la accidentalidad y los factores de riesgo, el nivel de agencia nos da el diagnóstico para relacionar las causas básicas por la cual estos se generan, y así implementar mejoras que apunten directamente a la raíz del problema.

6.1.9 Perfil Sociodemográfico

El Ministerio del Trabajo. Decreto 1072 de 2015 » Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo [Internet]. Decreto 1072 Colombia; 2015 p. 351. En su artículo 2.2.24.6.2, define el perfil sociodemográfico “*Descripción sociodemográfica: Perfil sociodemográfico de la población trabajadora, que incluye la descripción de las características sociales y demográficas de un grupo de trabajadores, tales como: grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estrato socioeconómico, estado civil, raza, ocupación, área de trabajo, edad, sexo y turno de trabajo.*”. ⁸ el perfil sociodemográfico es una herramienta con la cual podemos identificar las condiciones de salud, laborales, extra laborales, socio económicas y demográficas de un trabajador. Esta herramienta es de vital importancia para realizar cualquier diagnóstico desde Seguridad y Salud en el Trabajo y poder

ajustar los programas del cuidado de la salud a los estilos de vida que el trabajador posea.

6.1.10 Estilos de Vida

Los Estilos de vida son aquellos hábitos que tiene influencia en el autocuidado que tenga cada persona. *“considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo como componentes importantes de intervención para promover el buen funcionamiento”*⁴¹

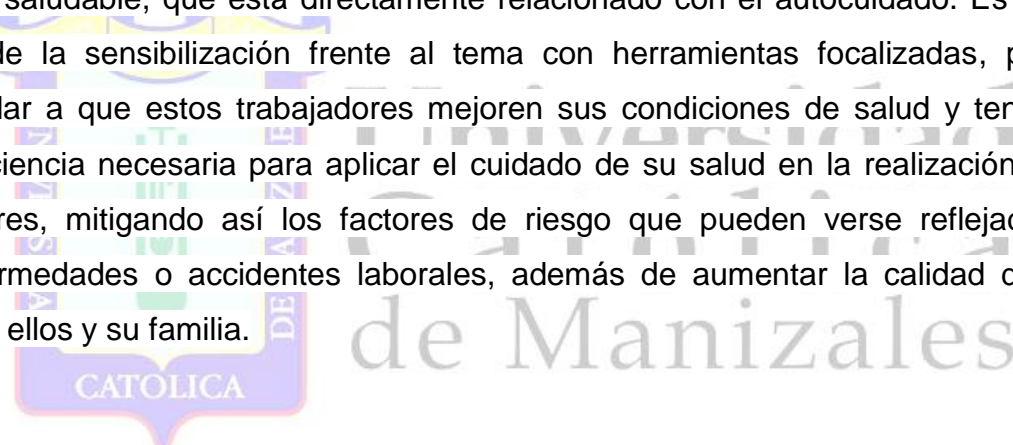
Ministerio de Salud y Protección Social. Compromiso con los estilos de vida saludables [Internet]. Boletín de Prensa No 131 de 2017. 2017. *“Si conjugamos una alimentación saludable, actividad física, no consumo ni exposición a tabaco o sus derivados, y reducción del consumo nocivo de alcohol, tendremos una población más saludable. Entre otros aspectos se reduce la obesidad infantil, se aumenta la autoestima y así mitigamos riesgos de ansiedad y depresión, se retrasan enfermedades crónicas y, en todo sentido, se mejora el bienestar y la calidad de vida de las personas”*⁴¹.

Según las estadísticas del Ministerio de Salud 1 de cada 5 colombianos muere como consecuencia de cáncer, 4 de cada 10 adultos sufre de hipertensión y la mitad desconocen que la tienen, 231 personas mueren al día como consecuencia de enfermedades crónicas, 24 billones de pesos anuales es el costo aproximado de la atención de las enfermedades no transmisibles en Colombia. 80 por ciento de las enfermedades cardiovasculares y 30 por ciento de los cánceres que se presentan en el país son evitables con la modificación en los estilos de vida.

Dentro de la investigación en este trabajo se identificará los estilos de vida que tenga los trabajadores de la empresa y los relacionara con el diagnóstico de autocuidado generado, estos nos ayudara a realizar una propuesta enfocada a la problemática de accidentalidad y condiciones de salud que presenta los colaboradores.

Los profesionales de la salud no siempre aplican lo que profesan a sus pacientes, muchos de ellos no tienen estilos de vida que favorezcan su salud. Beltrán et al. ⁴² en su investigación llamada *“Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio”* quiso establecer la frecuencia en que profesionales de la salud colombianos tenía hábitos de vida saludable de acuerdo al modelo biomédico y su estilo de vida. El estudio arrojó que de una muestra de 606 profesionales de la salud voluntarios (500 médicos y 106 enfermeras), solo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras tienen estilos de vida saludable y que el problema se encuentra relacionado con la actividad física y el deporte.

La mayoría de los profesionales de la salud no incorporan el concepto de estilo de vida saludable, que está directamente relacionado con el autocuidado. Es ahí en donde la sensibilización frente al tema con herramientas focalizadas, pueden ayudar a que estos trabajadores mejoren sus condiciones de salud y tengan la conciencia necesaria para aplicar el cuidado de su salud en la realización de su labores, mitigando así los factores de riesgo que pueden verse reflejados en enfermedades o accidentes laborales, además de aumentar la calidad de vida para ellos y su familia.



7. MARCO CONTEXTUAL

Este diseño de propuesta de intervención será realizado en una empresa del Sector Salud llamada **Christus Sinergia Hospital en Casa**, la cual se encuentra ubicada en la ciudad de Cali, presta un servicios de salud ofrecido a usuarios que requieren manejo hospitalario y que por sus condiciones estables se les puede garantizar la terminación del tratamiento en su domicilio, con la calidad y seguridad de una clínica, proporcionando la participación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico, cuenta con un equipo altamente calificado, bajo un modelo de atención que garantiza la calidad en la prestación de sus servicios y una amplia red de cobertura, esto se convierten en la principal ventaja competitiva, ya que permite ofrecer un servicio homogéneo y consistente en todas las áreas en las cuales se tiene eficacia.

7.1 Servicios

- Aplicación de medicamentos
- Seguimientos pos-quirúrgicos
- Inserción o cambio de sondas
- Curaciones
- Procedimientos de enfermería
- Terapias de Rehabilitación
- Ventilación Mecánica
- Cuidado Paliativo
- Nutrición y Dietética

7.2 Historia

En el año 2015, en medio de un panorama de progreso y desarrollo y en la constante búsqueda de fortalecer sus servicios, dos Compañías líderes en el sector salud, tanto en Colombia como en Estados Unidos, inician conversaciones con el objetivo de unir su experiencia al servicio de los colombianos. Un año después se firma la alianza que hoy da vida a una nueva empresa que promete

trabajar para el cuidado de la salud. En el año 2017 se termina el proceso de integración de ambas organizaciones, realizando la presentación pública de la alianza a nivel institucional con entidades educativas, de salud, estatales y medios de comunicación, presentando así a CHRISTUS SINERGIA Salud, una empresa formada bajo principios católicos la cual desde nuestra misión de “Extender el espíritu sanador de Jesucristo para el bienestar integral del ser humano y la comunidad”, cuidaremos por ofrecer una atención y asistencia médica integral con el fin de promover, defender y preservar la vida, la dignidad y la salud de todos nuestros pacientes con respeto y calidad humana.

A partir de este momento, empezamos a construir una historia en el cuidado de la salud en Colombia. Estamos orgullosos de compartir parte de la identidad de marca de CHRISTUS Health con Sinergia Salud, pues ambas representan lo que hoy somos. Nos hemos propuesto contribuir al bienestar de los colombianos a través del conocimiento, la tecnología y la infraestructura médica, siempre teniendo en cuenta que la salud es la base del bienestar y que cada pequeña o gran acción positiva que tengamos influye y genera credibilidad en nuestro trabajo.

7.3 Visión

Extender el espíritu sanador de Jesucristo para el bienestar integral del ser humano y la comunidad.

7.4 VALORES

DIGNIDAD: Reconocemos el valor y la diversidad de cada persona, ocupándonos especialmente de los más vulnerables y con menos recursos.

INTEGRIDAD: Somos coherentes en el pensar, decir y actuar, lo manifestamos con conductas éticas que nos permiten construir y mantener relaciones confiables y duraderas.

EXCELENCIA: Garantizamos altos estándares de calidad en el servicio y desempeño, cumpliendo nuestros compromisos y alcanzando el equilibrio social, económico y ambiental.

SOLIDARIDAD: Nos interesamos unos por otros, comprometiéndonos a satisfacer necesidades y retos, usando nuestros talentos y recursos de forma responsable y justa, sirviendo con espíritu de amor y compasión.



Universidad
Católica
de Manizales

8. MARCO LEGAL

En Colombia se cuenta con normatividad para proteger a los colaboradores de una organización, frente a cualquier nivel de riesgo laboral y de igual forma para regular la accidentalidad y por ende el ausentismo laboral. NO existe una normatividad exclusiva para el Autocuidado, pero todas las normas relacionadas a continuación hacen referencia a la promoción y prevención de la salud de los trabajadores y a la prevención y tratamiento de la accidentalidad laboral.

La normatividad colombiana vigente exige el cumplimiento de programas de seguridad y salud en el trabajo en las empresas y de promoción y prevención de la salud en el trabajo:

Tabla 1 Marco Legal

NORMA	REGLAMENTA
Ley 9/1979	Código Sanitario Nacional
Ley 100/1993	Crea el Sistema General de Riesgos Laborales
Ley 181/1995	Fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física
Ley 336/1996	De la seguridad. Estatuto Nacional de Transporte
Ley 712/2001	Código procesal del trabajo y seguridad social
Ley 797/2003	Reforma sistema de pensiones, diferencias entre pensión de origen común y profesional
Ley 828/2003	Control de la evasión y elusión al SGRP
Ley 962/2005	Ley anti tramites(registro del reglamento de Higiene y Seguridad
Ley 1010/2006	Acoso laboral
Ley 1122/2007	Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
Ley 1335/2009	Prevención y consumo de tabaco

Ley 1503/2011	Promueve la formación de hábitos, comportamientos y conductas seguras en la vía y se dictan otras disposiciones.
Ley 1562 Julio de 2012	Por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.
Ley 1572 de julio 2012	Por el cual se modifica el Sistema de Riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.
Ley 1616/2012	Salud mental y otras disposiciones
Ley 776/2012	Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del sistema General de Riesgos Laborales
DEC. 2663 / 1950	Código sustantivo del trabajo
Decreto 171 de 2016	Modificación de plazos para la implementación del SG-SST.
DEC. 1295/1994	Se determina la Empresa y la administración del Sistema General de Riesgos Profesionales
DEC. 1772/1994	Reglamenta afiliación y cotizaciones
Decreto 2646 de 2007	Se establecen disposiciones Riesgo psicosocial y Patologías Causadas por estrés ocupacional
DEC. 1108/1994	Salud Mental
DEC. 1859/1995	Por el cual se reglamentan parcialmente las inversiones del fondo de riesgos profesionales
DEC. 16/1997	Comités nacional, seccional y local de salud ocupacional
DEC. 2676/2000	Gestión integral para residuos hospitalarios
DEC. 873/2001	Convenio 161 sobre servicios de salud en el trabajo, OIT
DEC. 889/2001	Registro único de aportantes al sistema de seguridad social
DEC. 1607/2002	Tabla de clasificación de actividades económicas
DEC. 1703/2002	medidas para promover y controlar la afiliación y pago de aportes al sistema
DEC. 205/2003	Creación del ministerio de la protección social

Decreto 2346 de 2007	Regula Evaluaciones Medicas ocupacionales y el Manejo de las Historias Clínicas Ocupacionales
DEC. 231/2006	Prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo.
DEC 1443/2014	Disposiciones implementación SGSST
DEC 1477/ 2014	Tabla de Enfermedades Laborales
DEC. 1072/2015	Decreto único reglamentario del sector trabajo
Decreto 052 de Enero 2017	Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.4.6.37. del Decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, sobre la transición para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
Res. 20/1951	Reglamenta CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO CTS.
Res. 2400/1979	Estatus de Seguridad Industrial
Res. 2013/1986	Reglamenta Empresa y funcionamiento de los comités de la Seguridad y Salud en el trabajo
Res. 2013/1986	Elecciones, funciones y actividades del COPAZO
Res. 1016/1989	Empresa, funcionamiento y formas del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 6398/1991	Exámenes médicos pre ocupacionales
Res. 1075/1992	Campañas de fármaco dependencia, tabaquismo, y alcoholismo
Res. 1995/1999	Historias clínicas
Res. 256/2004	Brigadas de emergencia
Res. 156/2005	Formatos del informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional
Res. 734/2006	Prevención del acoso laboral
Res. 1401/2007	Por la cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo
Res. 2346/2007	Empresa y responsabilidades con las historias clínicas ocupacionales

Res. 1401/2007	Reglamenta la investigación de accidentes e incidentes de trabajo
Res. 2844/2007	Guías de Atención Integral en Salud Ocupacional (GATISO)
Res. 1956/2008	Medidas preventivas de salud sobre el consumo de cigarrillo
Res. 1457/2008	Toda empresa, deberá poner en funcionamiento el COPASO
Res. 652/2012	Funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas.
Res. 4502/2012	Otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional para personas naturales y jurídicas.
Res. 2851/2015	Por la cual se modifica el artículo 3 de la Resolución 156 de 2005. Reporte de accidente de trabajo o de la enfermedad laboral ante la EPS, ARL y Dirección Territorial u Oficina Especial de Ministerio del Trabajo.
Res. 1111/2017	Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para Empleadores y Contratantes.
Circular 2004	Generalidades, derechos y obligaciones, y aclaraciones sobre el SGRP
Circular 38/2008	Espacios libres de humo y sustancias psicoactivas en las empresas.
GTC-034	Guía técnica colombiana Elaboración de programa de salud ocupacional
Circular 32/2010	Espacios libres de humo

Fuente: Tomado de:

<http://fondoriesgoslaborales.gov.co/seccion/normatividad/leyes.html>,

<http://fondoriesgoslaborales.gov.co/seccion/normatividad/decretos.html>

<http://fondoriesgoslaborales.gov.co/seccion/normatividad/resoluciones.html>

<http://fondoriesgoslaborales.gov.co/seccion/normatividad/circulares.html>

9. MARCO HISTORICO

Se infiere que el autocuidado de acuerdo a lo expresado por Uribe Jaramillo en su artículo, *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud* en 1999 es un concepto ligado a una construcción cultural, teniendo en cuenta que es un conjunto de creencias, hábitos, actitudes, practicas, que tiene una comunidad frente a cómo cuidarse.

Según Uribe Jaramillo en su artículo citado anteriormente, explica que el concepto del autocuidado cuenta con raíces en la antigua Grecia, esta cultura tenía como premisa: "hay que cuidarse y respetarse a sí mismo", como aspecto central en el desarrollo de la vida de las personas. Precisamente el autocuidado es lo que marca la diferencia al hombre frente a los demás seres humanos que se veía reflejado en actos como ejercicio físico, meditar, tener una buena alimentación, entre otras actividades cuya base está mediada por el autocontrol.

Como teoría el autocuidado, tiene su origen con Dorothea Orem, en su primer libro en el año 1971, desarrolla las teorías y subteorías que componen este modelo, de gran difusión y aplicación en nuestra época. El concepto básico desarrollado por Orem es que el autocuidado se define como: *"el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma."*⁴³

Para el año 1982, la OMS definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; es decir, que comprende en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas.

En la medida que pasa el tiempo, se van presentando más exponentes sobre este tema como Tulia María Uribe, quien, en su Teoría Del Autocuidado afirma: *"El autocuidado es una acción propia de las personas maduras o en proceso*

de maduración la cual han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales. Tienen como propósito que dicha acción se realice de manera efectiva y eficaz por la propia persona a favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y funcionamiento humano.”⁴⁴

En la actualidad se sigue trabajando con la teoría planteada por Orem ⁴ que se viene aplicando a diferentes disciplinas, buscando que este aspecto tenga mayor importancia y relevancia a la hora de evaluar para nuestro caso el origen de algunos eventos que pueden darse por la falta de autocuidado o porque quizás esta mediado por unos hábitos que no son los más adecuados.



Universidad
Católica
de Manizales

10. MARCO BIOETICO

Para la realización de este trabajo se tuvo en cuenta la normatividad existente para investigaciones relacionadas con temas de salud en Colombia es:

Tabla 2 Regulación Ética en Colombia para Investigación con Seres Humanos

NORMA	DESCRIPCION
Resolución 08430 de 1993	Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud, mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud incluyendo el uso del consentimiento informado.
Resolución 2378 del 2008	Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos.
Ley 1374 (enero 8 de 2010)	La presente Ley tiene por objeto crear el Consejo Nacional de Bioética, CNB, determinar su integración, funciones, organización y financiación. El CNB es un organismo asesor y consultivo del Gobierno Nacional, que propende por establecer un diálogo interdisciplinario para formular, articular y resolver los dilemas que plantea la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente, así como la

	construcción e implementación de políticas en los asuntos referentes a la Bioética.
--	---

Fuente: Tomado de: Solano, E. Cárdenas M. Escobar M. González A. Modulo "Regulación ética en investigación con seres humanos en Colombia". 2010

Tabla 3 Regulación Ética Internacional Para Investigación Con Seres Humanos

NORMA	DESCRIPCION
Código de Núremberg (1945)	Publicado el 20 de agosto de 1947, después de los juicios a los criminales nazis en la ciudad de Núremberg, Alemania. Este documento recogió los principios mínimos que debían tenerse en cuenta al momento de hacer investigación - experimentación con seres humanos-, como una respuesta al testimonio que dieron algunos de los investigados en el juicio por el tratamiento. Principios éticos del Código de Nuremberg Consentimiento informado Anticipar los beneficios científicos vs Riesgos Beneficios Primero experimentos en animales Evitar sufrimiento No muerte intencional o discapacidad Protección del dolor Sujetos libres de parar Investigadores calificados Investigador parará si ocurre daño El Código de Nuremberg es considerado el primer antecedente de relevancia internacional sobre ética de la investigación.
Declaración de Helsinki (1964)	Producto de la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki (Finlandia), recoge disposiciones para guiar a los médicos y a otras personas en la investigación

	<p>biomédica que involucre seres humanos. Se incluye la investigación de material humano o de información identificables</p>
<p>Reporte Belmont (1976-79)</p>	<p>El Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos publicó en 1978 el documento "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación". Las aplicaciones prácticas de esta regulación son el consentimiento informado; el balance entre beneficios y riesgos; y la selección equitativa de los sujetos de experimentación. Como principios éticos están el respeto por las personas, beneficencia, justicia.</p>
<p>Declaración Universal de los Derechos Humanos Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.</p>	<p>Tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, con medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.</p>
<p>Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. En octubre de 2005</p>	<p>La Conferencia General de la UNESCO aprobó por aclamación la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Por primera vez en la historia de la bioética, los Estados Miembros se comprometían, y comprometían con ello a la comunidad internacional, a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética reunidos en un único texto, en las normas que rigen el respeto de la dignidad de la persona, los derechos humanos y</p>

las libertades fundamentales.

Fuente: Tomado de: Solano, E. Cárdenas M. Escobar M. González A. Modulo "Regulación ética en investigación con seres humanos en Colombia". 2010



Universidad
Católica
de Manizales

11. METODOLOGIA

11.1 Tipo de Investigación

Se realizó un estudio de corte cuantitativo con alcance descriptivo: *“Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.”*⁴⁵

Tomando en cuenta lo que define Fernández ⁴⁶ en su libro Metodología de la Investigación (2014), se plantea un problema de manera concreta, delimitada y las preguntas de la investigación son planteadas sobre cuestiones específicas, además, se apoya en categorías numéricas y permite realizar el análisis de los fenómenos a través de diferentes formas estadísticas con el fin de establecer pautas de comportamiento.

11.2 Población y muestra

La población está constituida por el área de cuidado en casa, que consta de 100 colaboradores, de los cuales se tomara como muestra 25 personas que han presentado accidentes en los últimos dos años o que cumplen los criterios de inclusión para este estudio.

El proceso de selección de los sujetos se llevará a cabo teniendo en cuenta los siguientes requisitos:

- Vinculación directa con la empresa.
- Miembro activo de la organización
- Antigüedad en el cargo igual o mayor a 6 meses.
- Haber recibido capacitaciones en los últimos dos años.
- Participación voluntaria
- Cargos tipificados como de mayor accidentalidad o propensos a accidentarse según las actividades diarias.

Se consideró como criterio de exclusión:

- Aquellos colaboradores que manifiesten a través del consentimiento informado no querer ser parte de la investigación.
- Aquellos colaboradores que se encuentren por fuera de la organización en el período en que se aplique el instrumento

11.3 Instrumentos

Teniendo en cuenta las categorías conceptuales que formaron parte del marco conceptual de la investigación se utilizaran los siguientes instrumentos:

- Diligenciamiento de un consentimiento informado: según la Resolución N° 008430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993. define que es un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Se elaboró un formato para consentimiento informado que fue aprobado por las directivas de la empresa, aceptado y firmado por los trabajadores participantes en la investigación (Anexo 1).
- Perfil sociodemográfico: es una herramienta con la cual podemos identificar las condiciones de salud, laborales, extralaborales, socio económico y demográfico de un trabajador. Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.24.6.2 (Anexo 2)
- Aplicación Escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado de Gallego ¹⁶: La Escala ASA se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos (Anexo 3).

- Test de Autoesquemas: Es una prueba diseñada para medir tres variables, autoimagen, autoconcepto y autoestima; dicha prueba fue construida inicialmente con un total de 80 ítems, y es validada por Álvarez, Arango, y Arismendi (1992) ⁴⁶. Consta de 48 ítem en un formato tipo Likert, con una escala que oscila de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo); comprende tres dimensiones: El autoconcepto se mide desde el ítem uno al 19, con una media de 67,5 y una desviación estándar de 12,3. La autoimagen se mide desde el ítem 20 hasta el 31, con una media de 43,9 y una desviación estándar de 7,2. La autoestima se mide desde el ítem 32 al 48, con una media de 65,5 y una desviación estándar de 12,4. A mayor puntuación en cada una de las dimensiones mejor son los autoesquemas del individuo. (Anexo 4).

11.4 Procedimiento para la recolección de la información:

La información se obtendrá a partir de las siguientes fases:

- Reconocimiento del área a investigar, y aval del representante de la organización para llevar a cabo la investigación.
- Aprobación del diseño de la propuesta de intervención ante la asignatura de Investigación II.
- Se aplica el consentimiento informado a cada uno de los colaboradores que aceptan participar de la investigación. (Anexo 1)
- Luego se aplica el perfil sociodemográfico (Anexo 2)
- Se aplica el instrumento Escala de valoración de la capacidad de agencia de autocuidado de Esther Gallego, Escala ASA.(Anexo 3)
- Se aplica el Test de auto esquemas. (Anexo 4)
- Se efectúa la tabulación de los datos para obtener los resultados para las posteriormente realizar las conclusiones, discusión y recomendaciones.

11.5 TABULACION DE LOS RESULTADOS:

La tabulación de los resultados se realizó mediante la herramienta SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), en donde se muestra la frecuencia de las respuestas y el porcentaje al cual equivale cada una. En primera instancia se tabula las variables de perfil sociodemográfico como los son la Edad, Estado civil, Genero, Numero de Personas a Cargo, Nivel de Escolaridad, Tipo de Vivienda, Dedicación del tiempo Libre, Ingresos Mensuales, Antigüedad en la empresa y el Cargo, participación en actividades de promoción y prevención de la empresa, capacitación, consumo de cigarrillo y alcohol y si ha presentado algún accidente de trabajo.

De igual forma utilizando la herramienta se obtuvo la tabulación del instrumento del Nivel de agencia de Autocuidado donde se evalúan 24 ítems los cuales tiene un formato de respuesta de 5 alternativas tipo Likert, donde el numero 1 significa el valor más bajo de agencia de autocuidado y el numero 5 el valor más alto. Cada participante puede obtener un valor mínimo de 24 puntos hasta máximo 120 puntos. La calificación de los 24 ítems se agrupan en nivel bajo, medio y alto. El nivel bajo quiere decir que el trabajador no realiza ninguna actividad basada en el autocuidado o no sigue ninguna recomendación para cuidar su salud. Este rango se encuentra en la calificación de 24 a 56. El nivel medio quiere decir que el trabajador toma o realiza algunas recomendaciones para cuidar su salud mientras realiza su trabajo, este nivel se encuentra en la calificación de 57 a 88 puntos. Y el nivel alto nos establece que el trabajador siempre tiene su salud en el trabajo y por eso frecuentemente modifica sus condiciones para conservarla. Este nivel se encuentra en la calificación de 88 a 120 puntos.

Otro de los instrumentos utilizados dentro de la investigación fue la encuesta de Autoesquemas CAE, cual permite identificar la forma en la cual cada trabajador se percibe a sí mismo. Este instrumento nos permite medir el nivel de Auto Concepto, Autoimagen y Autoestima de cada trabajador, cuenta con unos valores estándar

de calificación con la cual compararemos los resultados que obtendrán cada uno de los encuestados, con el nivel de autocuidado obtenido en el instrumento anterior. Las preguntas 1 a la 19 miden el Auto concepto, las preguntas 20 a la 31 miden la Autoimagen y las preguntas 32 a la 48 miden el Autoestima. Entre mayor puntaje el trabajador saque en este estándar quiere decir que mayor nivel de autoestima, auto concepto y autoimagen posee.

AUTOCONCEPTO 1-19				
BAREMOS: MEDIA 67.5 DESV.MIN 55.2 DESV.MAX 79.8				
AUTOIMAGEN 20-31				
BAREMOS: MEDIA 43.9 DESV.MIN 36.7 DESV.MAX 51.1				
AUTOESTIMA 32-48				
BAREMOS: MEDIA 65.5 DESV.MIN 53.1 DESV.MAX 77.9				

11.6 Cronograma

El cronograma planteado está sujeto a las fechas de entrega solicitadas por la asesora de práctica de la Universidad Católica de Manizales, y las convenidas con la estudiante durante el primer semestre del 2018 con el fin de lograr una propuesta que logre cumplir con los objetivos planteados al inicio de este diseño. (Anexo 5).

12.RESULTADOS

12.1 ANALISIS DE RESULTADOS

12.1.1 Datos de Accidentalidad de la empresa

Gracias a la información facilitada por la empresa, se muestra la caracterización de la accidentalidad para los años 2016 y 2017.

Tabla 4 Indicadores de Accidentalidad año 2017

TABLA INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

	Indicador	Ecuación	Valor
ACCIDENTALIDAD	Nro total de accidentes de trabajo		48
	Nro de accidentes de trabajo incapacitantes		35
	Nro de accidentes de trabajo NO incapacitantes		13
	Nro total días perdidos		209
	Índice de Frecuencia	Número de Accidentes de trabajox 240.000 / Número de Horas hombre trabajadas	150,59
	Índice de Severidad	No. días perdidos por Acc. Trabajo X 240.000 / Número de Horas hombre trabajadas	655,69
	ILI (Indice de Lesiones Incapacitantes)	Índice de Frecuencia X Índice de Severidad/1000	98,74
	Tasa de Accidentalidad	Numero de Accidentes de trabajo/ # de colaboradores total de la empresa	0,11

Fuente: Datos de accidentalidad empresa.

En la tabla No. 4 de indicadores para el año 2017 la empresa obtuvo una tasa de 0,11%, con frecuencia de accidentalidad de 150,59 accidentes por cada 240.000 horas trabajadas, una severidad de los 655,69 días perdidos por cada 240.000 horas trabajadas. Total, de accidentes en el año 48 de los cuales 35 fueron incapacitantes y 13 no incapacitantes. Total, de días perdidos por AT fueron de 209 días.

De los 48 accidentes presentados en este año, 46 fueron de tipo Leve 96%, 1 de tipo Grave 2%, 1 que no se tuvieron datos 2%.

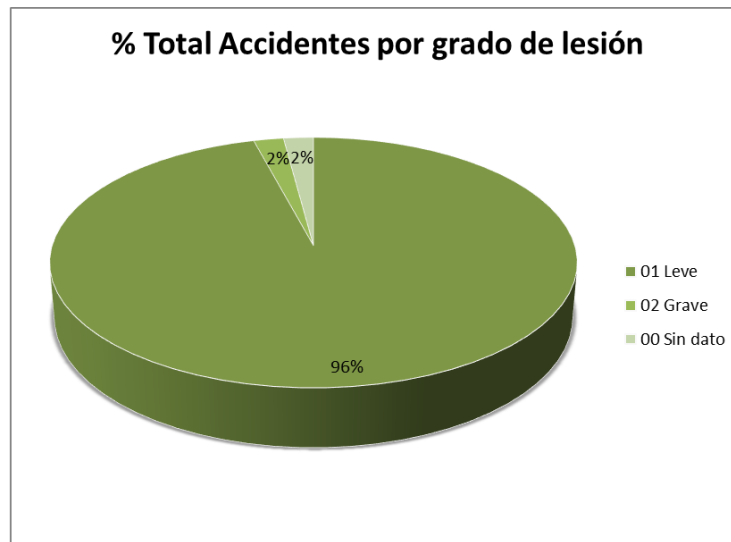


Ilustración 1 Total de Accidentes por Grado de Lesión 2017.

Fuente: Datos facilitados por la Empresa.

Dentro de las partes del cuerpo más afectadas se encontraron los siguientes resultados:

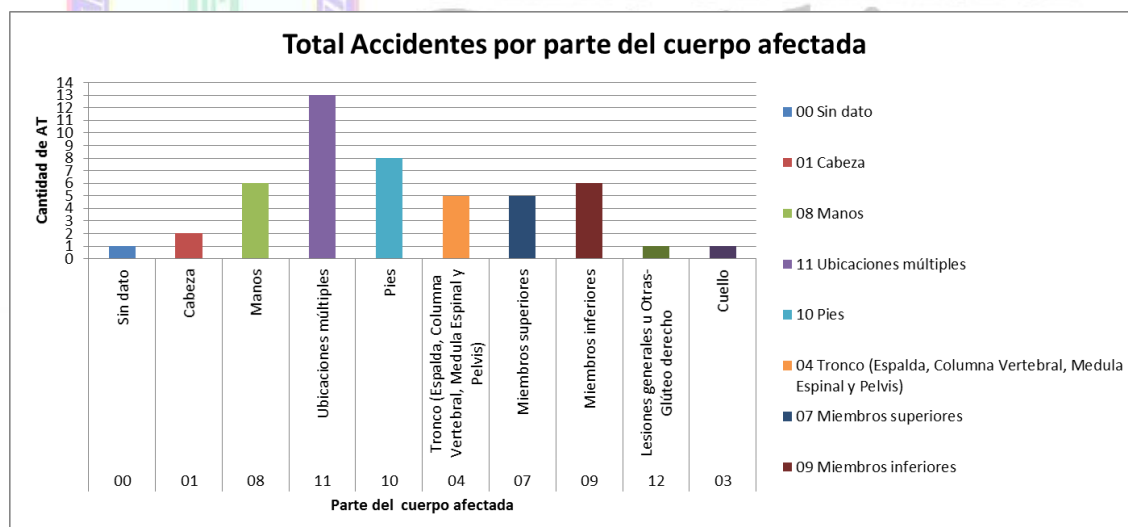


Ilustración 2 Accidentes por parte del cuerpo Afectada 2017

Fuente: Datos facilitados por la Empresa.

Múltiples contusiones por caídas con un 27%, las manos con un 13% y los pies con un 17%, los cuales corresponden a diagnósticos por Torceduras, Esguinces y Golpes.

En la siguiente grafica se especifica el tipo de lesiones presentadas, el 35% de las lesiones corresponden a Torceduras, Esguinces, el 38% a Golpes, Contusión o Aplastamiento, y el 11% a Traumas superficiales (punción, rasguño, pinchazo)



Ilustración 3 Accidentes por Tipo de Lesión 2017

Fuente: Datos facilitados por la Empresa.

En la ilustración 3 se identifica el tipo de lugar en donde se presentó el accidente, el 50% de los accidentes se presentaron en los domicilios de los pacientes, el 27% en Calle o Avenidas, 11% en parqueadero o áreas de circulación vehicular. Estas estadísticas son consecuentes con los riesgo a los cuales se exponen los colaboradores de esta empresa, Publico, Transito, Locativo.

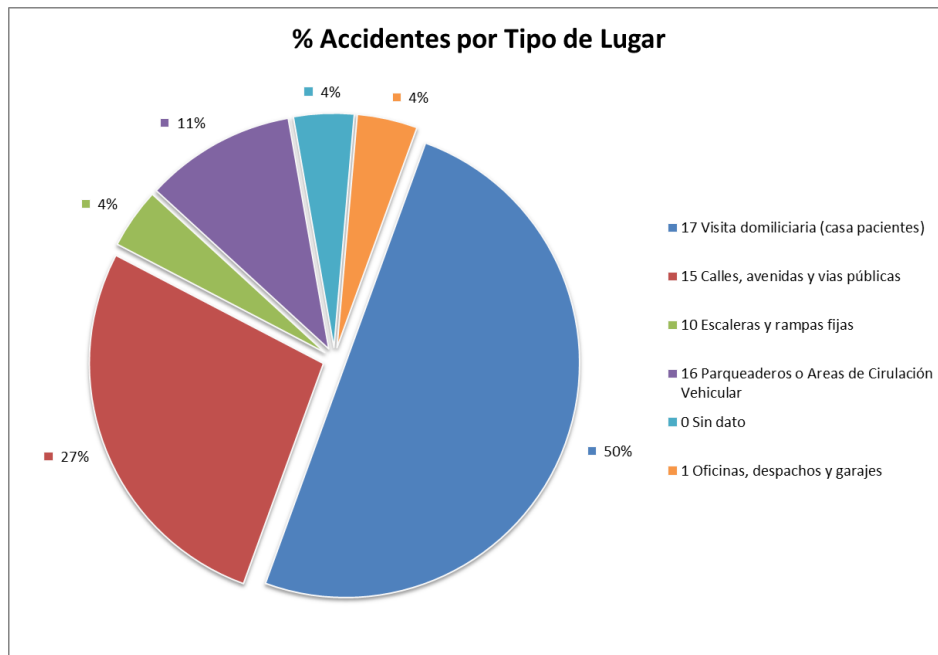


Ilustración 4 Porcentaje de Accidentes por Tipo de Lugar 2017

Fuente: Datos facilitados por la Empresa.

Dentro de la caracterización de accidentalidad por tipo de cargo, encontramos que el 44% de los accidentes le ocurrieron al personal Operativo, los cuales hacen parte los Terapeutas. Un 54% corresponde al personal Asistencial (Auxiliares de Enfermería, Médicos) y un 2% al personal Administrativo.

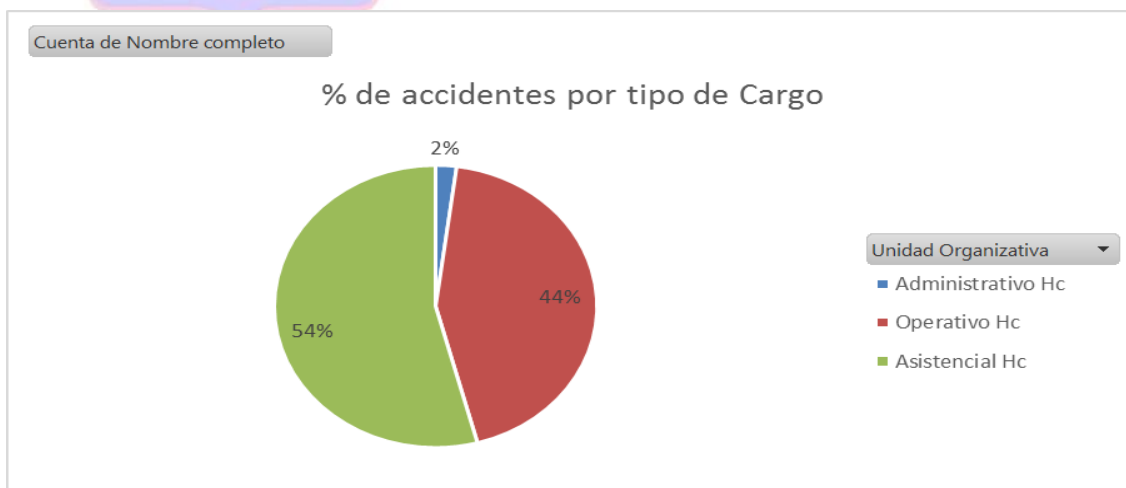


Ilustración 5 Porcentaje de Accidentes por Tipo de Cargo 2017

Fuente: Datos facilitados por la Empresa.

Indicadores Año 2016

Tabla 5 Indicadores de Accidentalidad 2016

TABLA INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

	Indicador	Ecuación	Valor
ACCIDENTALIDAD	Nro total de accidentes de trabajo		114
	Nro de accidentes de trabajo incapacitantes		79
	Nro de accidentes de trabajo NO incapacitantes		35
	Nro total días perdidos		177
	Índice de Frecuencia	Número de Accidentes de trabajox 240.000 / Número de Horas hombre trabajadas	452,08
	Índice de Severidad	No. días perdidos por Acc. Trabajo X 240.000 / Número de Horas hombre trabajadas	701,92
	ILI (Indice de Lesiones Incapacitantes)	Índice de Frecuencia X Índice de Severidad/1000	317,32
	Tasa de Accidentalidad	Numero de Accidentes de trabajo/ # de colaboradores total de la empresa	0,32

Fuente: Datos de accidentalidad empresa.

En esta tabla No. 5 de indicadores para el año 2016 la empresa obtuvo una tasa de 0,32%, con frecuencia de accidentalidad de 452,08 accidentes por cada 240.000 horas trabajadas, una severidad del 701,92 días perdidos por cada 240.000 horas trabajadas. Total de accidentes en el año 114 de los cuales 79 fueron incapacitantes y 35 no incapacitantes. Total de días perdidos por AT fueron de 177 días.

De los 114 accidentes presentados en este año, 104 fueron de tipo Leve 91%, 10 de tipo Grave 9% como se muestra en la ilustración 6.

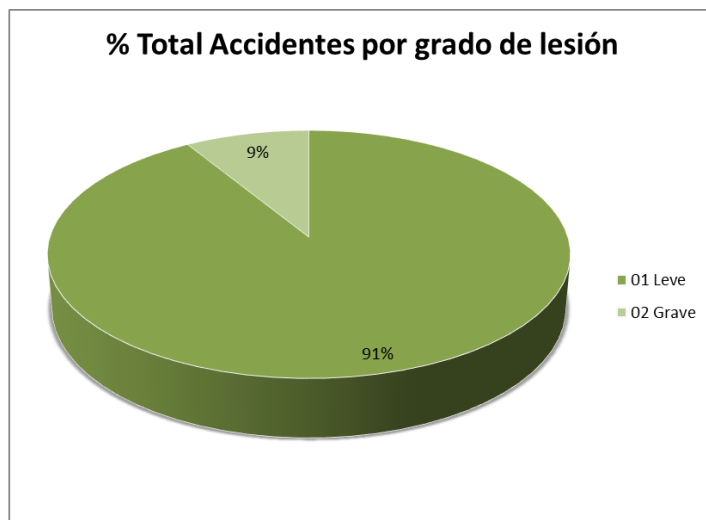


Ilustración 6 Total Accidentes por Grado de Lesión 2016

Fuente: Datos facilitados por la Empresa.

Dentro de las partes del cuerpo más afectadas se encontraron los siguientes resultados:

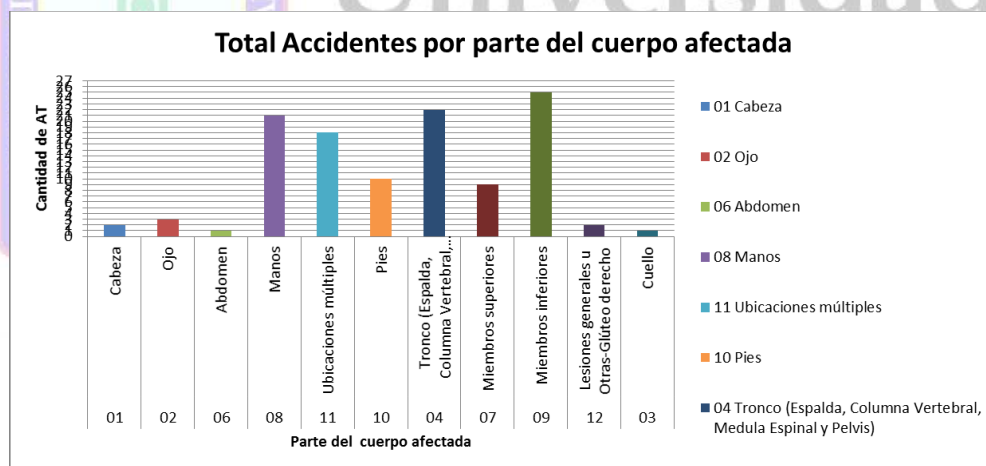


Ilustración 7 Total de Accidentes por Parte del Cuerpo Afectada 2016

Fuente: Datos facilitados por la Empresa.

Se identificó las lesiones en Miembros inferiores con un 22%, Tronco y Espalda con un 19% y los manos con un 18%, los cuales corresponden a diagnósticos por Torceduras, Esguinces, Golpes y lumbalgias.

En la siguiente ilustración se especifica el tipo de lesiones presentadas, el 35% de las lesiones corresponden a Golpes, Contusión o Aplastamiento, y el 34% a Torceduras y Esguinces, y el 19% Traumas superficiales (punción, rasguño, pinchazo)



Ilustración 8 Porcentaje de Accidentes por Tipo de Lesión 2016

Fuente: Datos facilitados por la Empresa.

En la ilustración 8 se identificó el tipo de lugar en donde se presentó el accidente, el 64% de los accidentes se presentaron en los domicilios de los pacientes, el 19% en Calle o Avenidas, 4% en parqueadero o áreas de circulación vehicular. Estas estadísticas son consecuentes con los riesgo a los cuales de exponen los colaboradores de esta empresa, Publico, Transito, Locativo.

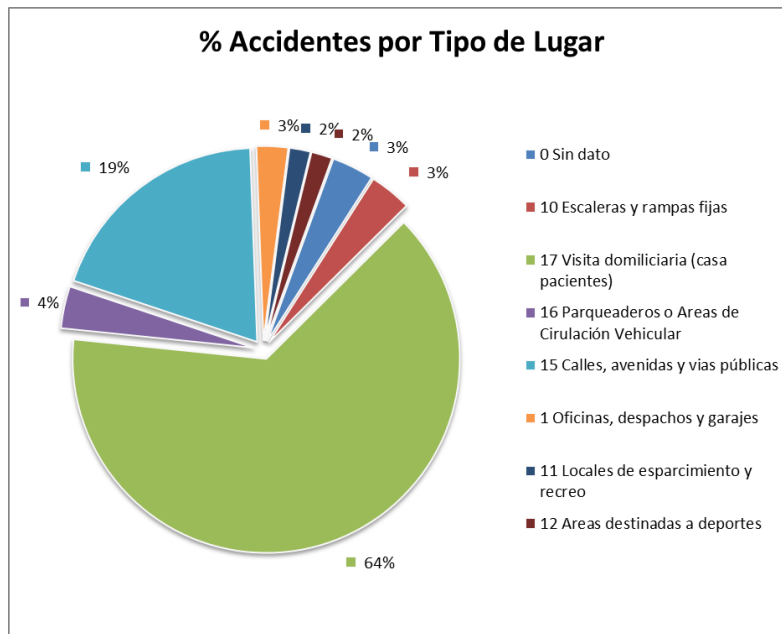


Ilustración 9 Porcentaje de Accidentes por Tipo de Lugar 2016

Fuente: Datos facilitados por la Empresa.

Dentro de la caracterización de accidentalidad por tipo de cargo, encontramos que el 90% de los accidentes le ocurrieron al personal Operativo, los cuales hacen parte los Terapeutas. Un 4% corresponde al personal Asistencial (Auxiliares de Enfermería, Médicos) y un 5% al personal Administrativo.

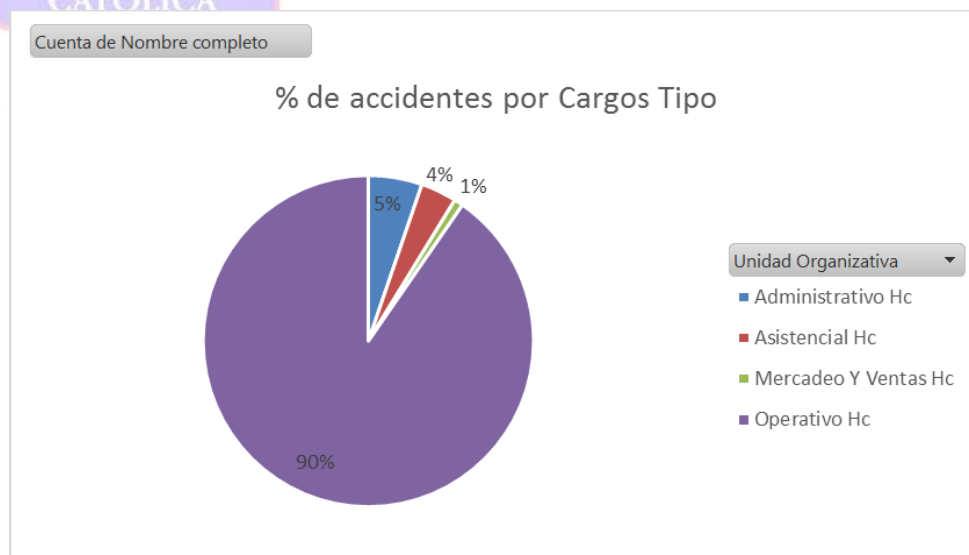


Ilustración 10 Porcentaje de Accidentes por Tipo de Cargo 2016

Fuente: Datos facilitados por la Empresa.

Si bien comparamos los resultados entre los dos años, podemos observar que ha disminuido notablemente la accidentalidad, esto gracias al inicio de la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo el cual con todos sus componentes apunta a tener mayor control de la accidentalidad y del ausentismo a través de todos los programas de capacitación y de promoción y prevención de la Salud. Sin embargo a pesar de esta importante reducción se debe de continuar con el mejoramiento continuo en la intervención de la accidentalidad, ya que aunque ha disminuido la tasa, la severidad permanece en un nivel alto. Es por esto que se realiza este tipo de investigaciones con el fin de definir las estrategias adecuadas para su intervención.

12.1.2 Perfil Sociodemográfico

Dando respuesta al segundo objetivo de este trabajo de investigación se caracterizó a la población objetivo a través de un perfil sociodemográfico el cual arrojó los siguientes resultados.

Tabla 6 Tipos de Cargo

TIPOS DE CARGO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Auxiliar de Enfermería	13	52,0	52,0	52,0
	Enfermera Profesional	3	12,0	12,0	64,0
	Medico	6	24,0	24,0	88,0
	Terapeutas	2	8,0	8,0	96,0
	Psicóloga	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

En el estudio participaron 25 trabajadores con cargos pertenecientes al área asistencial de la empresa la cual cuenta con 100 trabajadores de planta en la

actualidad, dentro de la muestra se encontró que el 52% eran Auxiliares de Enfermería, el 24 % Médicos, y el porcentaje restante se dividen en Terapeutas y Psicólogos (Ver tabla No. 6).

Tabla 7 Tipos de Contratación

		CONTRATO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Indefinido	20	80,0	80,0	80,0
	Termino Fijo	5	20,0	20,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

La mayoría de los trabajadores están contratados a término indefinido.

Tabla 8 Tipos de Áreas de trabajo

		AREAS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Asistencial	23	92,0	92,0	92,0
	Operativa	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

Tabla 9 Grupo Etario

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 a 27 años	8	32,0	32,0	32,0
	27 a 37 años	13	52,0	52,0	84,0
	38 a 47 años	3	12,0	12,0	96,0
	5	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

La mayoría de los encuestados están en un rango de Edad de 25 y los 35 años principalmente con un 52% de los resultados, como se observa en la Tabla No. 9.

Tabla 10 Estado Civil

ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero(a)	13	52,0	52,0	52,0
	Casado(a)/Unión Libre	11	44,0	44,0	96,0
	Separado(a) / Divorciado(a)	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

En las tablas No. 10 se describen el Estado Civil, teniendo como resultado que el 52% de la población es Soltera y el 44% Casado.

Tabla 11 Genero

		GENERO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	3	12,0	12,0	12,0
	Femenino	22	88,0	88,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

En cuanto al género la mayor parte de la población son mujeres con un 88% de representación dentro de la encuesta.

Tabla 12 Número de Personas a Cargo

		NUMERO DE PERSONAS A CARGO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	10	40,0	40,0	40,0
	1 a 3 Personas	15	60,0	60,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

Dentro de la Tabla No. 12 se encontró que a pesar de que la población es mayormente soltera, tienen personas a cargo, el 60% manifestaron tener algún familiar dependiente de ellos. (Hijos, padres, etc).

Tabla 13 Nivel de Escolaridad

NIVEL DE ESCOLARIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Técnico / Tecnólogo	14	56,0	56,0	56,0
	Universitario	11	44,0	44,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

Dentro de la evaluación del nivel de Escolaridad se encontró que el 56% de la población es Técnico/Tecnológico, seguido por el Nivel universitario con un 44%. Lo que concuerda con los cargos encuestados los cuales fueron en su mayoría de tipo Auxiliar.

Tabla 14 Antigüedad en la Empresa

ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de un Año	9	36,0	36,0	36,0
	De 1 a 5 años	12	48,0	48,0	84,0
	De 5 a 10 años	3	12,0	12,0	96,0
	De 10 a 15 años	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

En la Tabla No. 14 se identifica que el 48% de los encuestados llevan entre 1 y 5 años en la organización, el 36% menos de un años (6 meses) el cual fue un criterio de inclusión para la encuesta.

Tabla 15 Antigüedad en el Cargo

ANTIGÜEDAD EN EL CARGO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de un Año	8	32,0	32,0	32,0
	De 1 a 5 años	14	56,0	56,0	88,0
	De 5 a 10 años	2	8,0	8,0	96,0
	De 10 a 15 años	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

En cuanto a la experiencia en el cargo el 56 % de los encuestados tiene de 1 a 5 años de experiencia ejerciendo, seguido del 36% que tiene menos de un año de experiencia. Solo el 12% cuentan con más de 5 años. Cabe anotar que el personal asistencia tiene un alto nivel de rotación dentro de la empresa.

Tabla 16 Participación en Actividades de la Empresa

PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE LA EMPRESA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Vacunación	2	8,0	8,0	8,0
	Salud Oral	1	4,0	4,0	12,0
	Exámenes Médicos Periódicos	14	56,0	56,0	68,0
	Ninguna	8	32,0	32,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

En la indagación sobre las actividades de promoción y prevención realizadas por la empresa, encontramos en la Tabla no. 16 que el 56% de los trabajadores han participado en los Exámenes medico Ocupacionales, el 32% en ninguna actividad que coincide con la antigüedad en la empresa, sin embargo cuentan con exámenes de ingreso.

Tabla 17 Consumo de Alcohol

CONSUMO DE ALCOHOL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	10	40,0	40,0	40,0
	No	15	60,0	60,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

En la Tabla No. 17 se identifica el consumo de sustancias Psicoactivas, teniendo como resultado que el 40% consume Alcohol de forma ocasional o socialmente.

Tabla 18 Consumo de Cigarrillo

CONSUMO DE CIGARRILLO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	1	4,0	4,0	4,0
	No	24	96,0	96,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

En la tabla No. 18 se evidencia que solo el 1% consume cigarrillo con una frecuencia de 3 cigarrillos día.

Tabla 19 Realización de Deporte

REALIZACION DE DEPORTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	19	76,0	76,0	76,0
	No	6	24,0	24,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

En cuanto a las actividades deportivas, hábitos saludables y de aprendizaje dentro del estudio encontramos que 76% de los encuestados realizan algún deporte, en su mayoría Gimnasios, caminatas y actividades físicas individuales. (Ver tabla 16)

Tabla 20 Participación en Capacitaciones

PARTICIPACION EN CAPACITACIONES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Uso de Elementos de Protección Personal	8	32,0	32,0	32,0
	Autocuidado	8	32,0	32,0	64,0
	Manejo de Cargas y Posturas	5	20,0	20,0	84,0
	Ninguna de las Anteriores	4	16,0	16,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

En capacitación todos los trabajadores han participado en al menos una capacitación en donde se destacan los Elementos de Protección Personal y el

Autocuidado con un 32% respectivamente, también es importante resaltar que el 16% de la población no ha tenido ninguna capacitación. (Ver tabla 20)

Tabla 21 Ocurrencia de Accidentalidad

HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	10	40,0	40,0	40,0
	No	15	60,0	60,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación.

Uno de los puntos más importantes dentro de la caracterización de la población fue la presencia de accidentes de trabajo, en la Tabla No. 21 podemos observar que el 40% de los encuestados han presentado algún accidente de trabajo, la mayoría de tipo biológico y biomecánico. De igual forma el 60% restante nos indicó que a pesar de no haber sufrido un accidente como tal, si han presentado un incidente de trabajo.

12.1.3 Nivel de Agencia de Autocuidado

Los resultados de esta herramienta aplicada a trabajadores de la Salud, fueron los siguientes: los puntajes obtenidos estuvieron en el rango de 74 a 110, con una media de 91,5 y una desviación estándar de 10,2. En la siguiente tabla no. 20 se describen los niveles de autocuidado obtenidos en la población de estudio, se evidencia que el 60% se encuentra en un nivel Medio y el 40% en un Nivel Alto, ningún trabajador presenta un nivel bajo de autocuidado. Se debe tener claro que el autocuidado está ligado a las habilidades, aptitudes y actitudes aprendidas de manera individual en el medio cultural en el que se desarrolla el individuo, por lo que la población demuestra que tienen interiorizado adecuadas herramientas que le permiten cuidar de sí mismos.

Tabla 22 Nivel de autocuidado en Trabajadores de la Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel de Autocuidado Medio	15	60,0	60,0	60,0
	Nivel de Autocuidado Alto	10	40,0	40,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Tabla 23 Frecuencias de Respuestas Agencia de Autocuidado

ITEMS	NUNCA		RARA VEZ		A VECES		A MENUDO		SIEMPRE		total
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
1. A medida que cambio de área de trabajo o de oficio en la empresa, yo voy haciendo los ajustes necesarios para mantenerme con salud.	1	4%	1	4%	4	16%	6	24%	13	52%	25
2. Reviso si las acciones que realizo habitualmente en el trabajo para mantenerme con salud, son seguras.	1	4%	1	4%	5	20%	11	44%	7	28%	25
3. Si tengo problemas en la labor que realizo en la empresa, solicito ayuda a los compañeros	0	0%	1	4%	5	20%	6	24%	13	52%	25
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener en orden y aseo el ambiente donde trabajo.	0	0%	0	0%	1	4%	9	36%	15	60%	25
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud	1	4%	0	0%	5	20%	7	28%	12	48%	25
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo en el trabajo	13	52%	1	4%	4	16%	5	20%	2	8%	25
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud en el trabajo que las que tengo ahora	1	4%	0	0%	2	8%	14	56%	8	32%	25
8. Cambio la frecuencia con que uso los elementos de protección personal, para protegerme	3	12%	2	8%	3	12%	6	24%	11	44%	25
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios	2	8%	3	12%	5	20%	11	44%	4	16%	25
10. Cuando hay situaciones que me afectan en el trabajo, yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	0	0%	1	4%	3	12%	6	24%	15	60%	25
11. Pienso en hacer ejercicio pausa laboral y descansar un poco en el trabajo, pero no llego a hacerlo	2	8%	6	24%	7	28%	6	24%	4	16%	25
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir al supervisor del área	0	0%	1	4%	0	0%	13	52%	11	44%	25
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	0	0%	4	16%	6	24%	8	32%	7	28%	25
14. Cuando obtengo información sobre mi salud en el trabajo, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	4%	3	12%	2	8%	8	32%	11	44%	25
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio por exposición a los peligros en el trabajo	4	16%	6	24%	2	8%	5	20%	8	32%	25
16. He sido capaz de cambiar los hábitos y acciones inseguras en el trabajo, con tal de mejorar mi salud.	0	0%	3	12%	1	4%	12	48%	9	36%	25
17. Cuando tengo que realizar un nuevo trabajo en la empresa, cuento con una persona que me explica los peligros a los que estoy expuesto.	1	4%	3	12%	1	4%	10	40%	10	40%	25
18. Soy capaz de tomar medidas de control para garantizar que no corro peligros en el trabajo.	1	4%	0	0%	6	24%	8	32%	10	40%	25
19. Soy capaz de evaluar las medidas de seguridad que tengo para mantenerme con salud	1	4%	3	12%	6	24%	7	28%	8	32%	25
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidar mi salud	5	20%	4	16%	5	20%	5	20%	6	24%	25
21. Si mi salud se ve afectada en el trabajo, yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer	0	0%	4	16%	2	8%	7	28%	12	48%	25
22. Si yo no puedo cuidarme en el trabajo busco ayuda	0	0%	3	12%	4	16%	11	44%	7	28%	25
23. Puedo sacar tiempo para capacitarme en normas de seguridad	0	0%	3	12%	4	16%	9	36%	9	36%	25
24. A pesar de mis limitaciones en el trabajo para controlar los peligros, soy capaz de cuidarme como es indicado.	0	0%	0	0%	4	16%	13	52%	8	32%	25

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación

En la Tabla no. 23 se describe la frecuencia de respuesta a los 24 ítems, los cuales están divididos para impactar un tema importante de autocuidado.

Tabla 24 Elementos sobre Autocuidado de la Salud

Siempre	Modificar condiciones para mantener la salud	52%
A Menudo	Verifico que las acciones que realizo son seguras	44%
Nunca	No me interesa cuidarme	52 %
A Menudo	Busco mejores formas para cuidar mi salud	56%
Siempre	Si no entiendo algún resultado sobre mi salud, busco explicaciones	44%
Siempre	Examino mi cuerpo para ver si presenta alguna alteración por la exposición a riesgos	32%
Siempre	No saco tiempo de mis ocupaciones para cuidar mi salud	24%
Siempre	Si mi salud se afecta en el trabajo, busco la ayuda necesaria	48%
A menudo	A pesar de los peligros en mi empresa, busco la forma de cuidarme	52%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación

Las preguntas relacionadas con el cuidado de la salud son las 1,2, 6, 7, 14, 15, 20,21, y 24, en donde se pudo determinar si el trabajador realiza las acciones necesarias para mantenerse bien de salud. En general se muestra que los trabajadores A Menudo o Siempre, realizan las acciones necesarias para cuidarse y que no se vea afectada su salud, sin embargo irónicamente al ser personal de la salud, nunca sacan tiempo para ir al médico, se auto medican o simplemente toman las medidas necesarias para curarse de forma temporal mientras realizan su labor. Como el tema del autocuidado va muy relacionado con la cultura, se puede inferir que estos comportamientos están ligados al medio en el que se desenvuelven, hábitos adoptados en el tiempo y a veces por tener un conocimiento previo en cuanto al tema de salud o tener el recurso más cerca, no realizan el proceso que hace el común de las personas cuando requieren atención médica.

Tabla 25 Elementos sobre Estilos de vida Saludable

Siempre	Realizo lo que tenga que hacer para mantener el orden y aseo	60%
A Menudo	Cambio mi alimentación para mantener mi peso adecuado	44%
Siempre	A pesar del situaciones difíciles en el trabajo, puedo ser como soy	60%
A Veces	Realizo una pausa en mis labores para descansar	28%
A menudo	Duermo lo Suficiente	32%

	para descansar.	
--	-----------------	--

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación

Los ítems de esta herramienta que miden los estilos de vida son las preguntas 4, 9, 10, 11, 13 las cuales obtuvieron los resultados que se ven en la Tabla No. 25.

Se observa que la población tiene un nivel medio en estilos de vida, y estos son el conjunto de prácticas que buscan alimentar el bienestar de las personas e incrementar su esperanza de vida; de acuerdo a los resultados obtenidos, la población objeto mantienen estilos de vida saludable, sin embargo, se observa que no realizan pausas mientras desempeñan sus labores y creen que duermen lo suficiente para el descanso. Pero, al indagarlos más afondo, el promedio de horas de sueño del personal asistencial, es de 5 horas diarias y dentro de los hábitos saludables está el dormir lo suficiente para descansar de tal manera que al empezar un día de labor, el colaborador tenga las energías necesarias para tener un buen desempeño.

Tabla 26 Elementos de Autocuidado en el Trabajo

Siempre	Solicito ayuda a mis compañeros, si tengo problemas en las tareas que realizo	52%
Siempre	Cambio frecuentemente mis EPP	44%
A menudo	Cuando necesito ayuda, busco al supervisor	32%
A menudo	Cambio acciones inseguras en el trabajo	48%

Siempre	Tomo medidas de control para no correr peligro en el trabajo	40%
Siempre	Evalúo las medidas de seguridad en mi trabajo	32%
A menudo	Si no puedo cuidarme en el trabajo busco ayuda	44%
Siempre	Me capacito en normas de seguridad	36%

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación

El último concepto evaluado en este instrumento es el autocuidado en el trabajo, en donde se determina que las personas buscan la mejor forma de protegerse dentro desempeño de sus actividades y a la exposición de riesgos de su entorno laboral. Las preguntas que evalúan este concepto son las 3, 8, 12, 16, 18, 19, 22, y 23, en la tabla No 26.

Los datos muestran un nivel medio de autocuidado en donde los ítems de capacitación, medidas de seguridad y solicitud de ayuda al supervisor tienen un porcentaje más bajo. Los colaboradores toman las medidas para auto cuidarse en el trabajo, sin embargo es necesario reforzar, ya que en su sitio de trabajo no cuentan con un supervisor, ni con las condiciones ideales como en un centro hospitalarios, ya que la labor se realiza directamente en el hogar del usuario. Partiendo de las condiciones donde se ejecuta la labor, es indispensable fortalecer en los colaboradores las medidas de autocuidado que tiene en el momento, y capacitar en las que aun no colocan en práctica ya que su cargo tiene un grado de autonomía alto, por lo que ellos debe ser más conscientes de la importancia de cuidarse en todo momento, no solo cuando están ejecutando su trabajo.

12.1.4 Test de Autoesquemas

El Cuestionario de Auto-Esquemas (CAE), es un test que posibilita identificar la forma como cada persona se percibe a sí mismo frente a aspectos como la autoestima, la autoimagen, el autoconcepto, deben ser tenidos en consideración a la hora de reflexionar sobre quiénes somos y cuáles son nuestras nociones de seguridad, porque todos juntos en un adecuado balance, permiten a la persona crear hábitos comportamentales de autocuidado. Estos conceptos son la evidencia del nivel de aceptación y valía que tienen las personas de sí mismo.

Al relacionar el nivel de autoestima de los participantes con su nivel de autocuidado, “si me quiero, me cuido”, se encuentra en la tabulación de la herramienta que los participantes se encuentran en nivel medio-alto de acuerdo los baremos establecidos por la misma. Entre más alto es el puntaje obtenido mejores son los autoesquemas del participante. En el nivel de auto concepto se obtuvo un rango de puntuación entre 60 y 88 puntos, con una media de 79,5 y una desviación estándar de 6,6 entre cada puntuación. Para el nivel de Auto imagen el rango fue de 36 y 60 puntos con una media de 49,68 y una desviación de 6,3. En el nivel de Autoestima el rango presentado es de 50 y 83 puntos, una media de 69,6 y una desviación de 9,1. Lo anterior, demuestra que los colaboradores tienen un buen nivel de autoestima que es el resultado de un desarrollo emocional sano que le permite tener la comprensión de la importancia de cuidarse y de entender el valor de la vida, del respeto por sí mismo y por los demás.

Tabla 27 Resultados test de Autoesquemas

ITEMS	participante																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
AUTOCONCEPTO	79	82	86	86	75	84	77	60	84	79	85	76	86	83	84	73	72	71	83	87	88	75	82	80	72
AUTOIMAGEN	54	36	46	60	52	51	60	46	42	56	45	51	55	53	52	45	42	54	54	45	55	43	40	56	49
AUTOESTIMA	64	61	65	81	61	72	81	50	77	83	62	79	80	73	63	64	69	64	83	77	77	72	63	57	62

Tabla 28 Estadísticas Nivel de Autoesquemas

Estadísticos

		AUTOCONCEPTO	AUTOIMAGEN	AUTOESTIMA
N	Válido	25	25	25
	Perdidos	0	0	0

Media	79,56	49,68	69,60
Mediana	82,00	51,00	69,00
Moda	84 ^a	45 ^a	64 ^a
Desv. Desviación	6,615	6,349	9,156
Mínimo	60	36	50
Máximo	88	60	83
Suma	1989	1242	1740

Fuente: Datos obtenidos por las autoras de este trabajo de investigación

En la tabla No. 28 se presenta la tabulación y el resultado obtenido, como se menciona anteriormente, al tener en equilibrio estos elementos y en un nivel con tendencia a ser alto, da cuenta, de que tienen una percepción de sí mismos positiva, lo que incrementa aspectos resilientes antes las dificultades y la interiorización de cuidarse en todo momento porque se reconocen como seres importantes, más aún, si tenemos en cuenta que en la actualidad, ya no se habla simplemente de individuo si no del ser biopsicosocial que esta mediado desde varias ópticas como son desde la razón, lo cultural y lo social, partiendo de esta premisa, es así como se debe mirar al trabajador y no como una unidad productiva que debe cumplir con una tarea, o ser parte de la fuerza laboral en términos estrictamente de producción; pues se estaría desconociendo estos aspectos que hacen parte o constituyen al ser, que están en el día a día como parte de la interacción y que permiten que la organización tenga una dinámica encaminada a lograr los objetivos planteados, siendo parte importante de este proceso la motivación que no es igual para cada individuo porque puede estar determinada tanto por aspectos personales como externos y no por eso deja de ser importante para este ser.

13. DISCUSION

Los estudios que se han realizado sobre autocuidado en profesionales de la salud, coinciden en que la concepción de autocuidado puede estar afectada por la profesión, como lo menciona en el estudio realizado por González ¹⁵, publicado en 2015, llamado "Significado del cuidado para estudiantes y profesores del programa de enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander, que menciona la diferencia en cómo se concibe el autocuidado desde los profesores y una muy diferente tienen los alumnos; cabe resaltar que toda representación social cuenta con características estructurales y de contenido que son específicas para cada grupo o individuo, parten de la interacción social, estos elementos ciertas veces son disímiles, pues hacen referencia a aspectos cognoscitivos de distinto nivel por lo que se parte de la idea de una construcción social que se ve afectada por múltiples factores como son lo individual, lo social, lo cultural y lo racional; es así, como la población objeto de esta investigación se logra identificar que la característica laboral que se consideró como riesgosa, desde el punto de vista psicosocial, es el contacto directo con los pacientes y su lugar de residencia ya que es donde ejecuta la labor y donde se presentan la mayor cantidad de accidentes e incidentes. Lo anterior muestra que el nivel de agencia de autocuidado en esta población debe ser reestructurada ya que a pesar de ser del sector salud, no necesariamente realizan un ejercicio consciente como lo dice Reinke y Boerner ³⁴ de analizar su entorno y tomar las decisiones del cómo cuidarse o de asumir los hábitos necesarios para no afectar sus condiciones de salud y seguridad en el trabajo.

Conjuntamente al desempeño laboral existen factores sociodemográficos, conductas y hábitos presentes antes del cambio de escenario antes descrito que influyen también en el nivel de autocuidado de los colaboradores, por esta razón vemos que a pesar de ser trabajadores del sector salud, tienen hábitos poco saludables como dormir pocas horas, fumar, no todos tienen una actividad física dentro de su rutina diaria.

El hábito de fumar se encuentra presente en un 1%, pero cuando se indaga sobre evitar espacios con humo, se detecta que muchas personas que no fuman se están convirtiendo en fumadores pasivos, porque, aunque no fumen tabaco directamente sí aspiran sustancias tóxicas y cancerígenas provenientes del humo de su combustión afectando casi de igual manera su salud. En tanto al consumo de alcohol se aprecia un 40% porcentaje que sí refiere consumir alcohol de manera ocasional y recreativa respecto al total de la población. Los resultados respecto a la realización de actividad física durante la semana es relativamente aceptable por lo que se diría que este aspecto es positivo dentro del autocuidado, pero cuando se habla de la cantidad de horas dormidas en la noche, apoya el hallazgo de déficit de autocuidado ya que los encuestados que refiere dormir entre 5 y 7 horas por noche, y no las recomendadas 8 horas para obtener un descanso reparador.

En términos generales ninguna de las personas de la muestra cumplió con un déficit de autocuidado totalmente bajo, es decir, nadie obtuvo al mismo tiempo valores bajos en los instrumentos aplicados para evaluar elementos personales para el cuidado de sí mismo, por tanto, de acuerdo con estos valores no se puede afirmar que las personas muestreadas no se cuiden o se pongan en riesgo. Sin embargo, al analizar los resultados en forma separada para cada herramienta utilizada, los hallazgos fueron indicadores, y expresaron afectación en algunos aspectos; por tanto, se infiere que el personal tiene un riesgo permisible de accidentarse. Lo anterior estaría en concordancia con la teoría del domino de Heinrich²⁶ que menciona que los accidentes se dan a partir de la secuencia de factores como son los rasgos de personalidad, conductas riesgosas, los actos inseguros en conjunto con algún riesgo aspectos que se evidencia cuando tienen hábitos de vida poco saludables.

En vista de los hallazgos, se plantea la inquietud de generar cuestionamientos con relación a las prácticas que realizan los trabajadores para cuidar su salud dentro del entorno laboral y los cambios que pudiera presentarse en sus representaciones, derivados por el acceso a nueva información o interacciones

sociales. Siguiendo en la misma línea, se rescata la importancia de conocer la representación del autocuidado de la salud en el trabajo por parte de la organización, de manera que sea posible entender la visión existente en los dos principales actores del proceso y, a partir de ahí, poder emitir sugerencias y estrategias de mejora enfocadas a proteger la salud de los colaboradores.

Finalmente como una forma de fomento de la salud mental y física, se argumentó el diseño de una Propuesta de Intervención de Autocuidado basado en la comprensión de los factores de riesgo, la importancia del autocuidado tanto personal como laboral, hábitos saludables y dirigido al personal del área de cuidado en casa, para que se fomente el Autocuidado y se prevenga la accidentalidad.



Universidad
Católica
de Manizales

14. CONCLUSIONES

Ante la pregunta de investigación planteada ¿Cómo diseñar una propuesta de intervención basada en el autocuidado que disminuya la accidentalidad en una empresa del sector salud de Cali? Se pudo establecer que los resultados obtenidos a través de los diferentes instrumentos muestran que:

En primer lugar, de acuerdo a los datos obtenidos, dando cumplimiento al objetivo de caracterización de la accidentalidad y sus causas, se concluyó que las principales, por las cuales los trabajadores de esta área se han accidentado en los años 2016 y 2017 son las múltiples contusiones por caídas y lesiones en miembros inferiores, siendo los domicilios de los pacientes el lugar de mayor accidentalidad con 177 y 209 días perdidos correspondientes a cada año, además, se identifica que los cargos operativos son los que presentan más accidentes.

Segundo, en el perfil sociodemográfico se identificó, en la muestra de 25 colaboradores que participaron, que la mayor cantidad de población ocupan el cargo de Auxiliares de Enfermería, siguiendo los Médicos, y el resto se dividen en Terapeutas y Psicólogos, en la convergencia de las variables de nivel educativo y tipo de cargo se evidencia lo directamente proporcional al nivel de conocimiento sobre hábitos de vida saludable y riesgos a los que se exponen mientras ejecutan su labor.

En cuanto a la vinculación que impera es el término indefinido; sobre la antigüedad la mayoría llevan entre 1 y 5 años pero en el área de asistencia se evidencio que es la que más rota dentro de la organización, y se encuentran en un rango de Edad de 25 y los 35 años principalmente. Adicionalmente, predomina más el estado civil soltero, aunque suelen tener personas a cargo; además el género femenino con una escolaridad a nivel Técnico/Tecnológico, seguido por el Nivel universitario.

Se comprobó que el alcohol es lo que más ingieren de manera ocasional, después sigue el cigarrillo, sin embargo, la mayoría practican alguna actividad física y han

participado en al menos una capacitación sobre elementos de protección personal y autocuidado, lo que genera la necesidad de incrementar la participación de los colaboradores en más actividades de formación más aun cuando el mayor riesgo es el biológico.

El aspecto de la accidentalidad no salió alto, pero, si han presentado incidentes de trabajo, por lo que a pesar de que la muestra cumple con el requisito de ser las personas con más accidentalidad en los dos últimos años, no es un nivel crítico, sería bueno lograr tener cero accidentes e incidentes reforzando la promoción y prevención, la cultura de autocuidado para instaurarlos como una prioridad para el colaborador y para la organización misma.

En tercer lugar, en cuanto a la escala de agenciamiento del autocuidado, se concluye:

En la confluencia de variables con lo que respecta al nivel educativo y nivel de Agencia de Autocuidado se puede concernir con los factores personales en el autocuidado en el trabajo, ya que estos hacen reseña a los conocimientos que permiten adoptar prácticas saludables, que llevan a los individuos a tomar decisiones asertivas frente al riesgo y tener una vida sana.

Los trabajadores demuestran que buscan diferentes alternativas para realizar su trabajo de manera segura y conservar su salud, como táctica de autocuidado que han adquirido a través de sus experiencias personales y laborales.

No es habitual el que los trabajadores piensen si las actividades laborales las realizan de manera segura, es más un proceso mecánico, que se evidencia al no tener un nivel de autocuidado excelente, por tal razón, se les debe invitar al ejercicio reflexivo sobre cómo está ejecutando su labor y con qué cuidados, o si es necesario replantearlos o mejorarlos.

Se puede deducir que el nivel cultural individual de los trabajadores, y el contexto en el que se desenvuelven, son influyentes para desarrollar estrategias de

autocuidado; pues tanto lo que es innato y lo que se aprende en la sociedad es llevado a su vida laboral.

Se percibe una ambivalencia, cuando por un lado tiene un buen nivel de autocuidado, pero por otro cuando duermen pocas horas o no es primordial asistir al médico cuando se sienten enfermos.

Se identificó que algunos estilos de vida saludables no son importantes para su vida, pues no todos realizan actividad física, fuman cigarrillo, no duermen la cantidad de horas necesarias por lo que se hace necesario trabajar en la importancia de estos aspectos para alcanzar tanto el bienestar como la salud.

Con respecto al Test de Autoesquemas, se puede deducir que los trabajadores tienen un buen reconocimiento de sí mismos en aspectos como su valía, su aceptación tanto en lo externo como en lo interno, lo que permite que tengan más herramientas para afrontar situaciones de manera positiva, tener una visión de la vida con más objetividad, donde las prioridades son cuidar de sí mismos porque entienden que si están bien, su entorno estará influenciado de la misma forma y podrán estar menos expuestos a sufrir de accidentes laborales, más aun, cuando tienen claridad sobre las consecuencias que puede traer este tipo de eventos tanto para ellos, como para la familia y la organización, que en últimas, es la que procura ser garante de generar las medidas de prevención, promoción y protección de la seguridad y la salud de todos sus colaboradores.

Para finalizar, las estrategias de intervención esbozadas permitirán tanto el desarrollo desde las esferas del ser biopsicosocial, es decir, personal, laboral, familiar y social de los trabajadores y al mismo tiempo se verían reflejadas en la productividad de la organización; estas medidas son necesarias para que ellos reflexionen sobre estos conceptos y la organización deberá brindar espacios de capacitación, es por esto, que se diseñó una cartilla que brinda conceptos sobre los factores de riesgo a los que están expuestos, recomendaciones sobre autocuidado a nivel general y laboral, teniendo en cuenta que el autocuidado es clave en la cultura de la prevención y la seguridad en el trabajo.

15. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Teniendo en cuenta el análisis de resultados y las conclusiones de esta investigación, proponemos las siguientes estrategias de intervención en los trabajadores del área de Hospital en Casa:

- Generar campañas educativas acerca del autocuidado de la salud y en el trabajo, para favorecer su propio cuidado, el de su área de trabajo y el de la familia, por esta razón se elabora la cartilla "Cuida de ti, cuida de todos" como estrategia de intervención.
- Crear programas de promoción y prevención en salud, que puedan contribuir al desempeño efectivo de los colaboradores para que puedan mantener un bienestar y calidad de vida.
- Efectuar talleres acerca de la autoestima, auto concepto, autocuidado.
- Gestionar una propuesta de seguridad basado en las conductas con el fin de lograr cambios en los comportamientos generando responsabilidad individual y grupal, que logre minimizar los actos y condiciones inseguras para prevenir accidentes de trabajo.
- Realizar inducción, re-inducción, entrenamiento, sensibilización y formación sobre los riesgos a los que están expuestos en su labor que pueden afectar su bienestar y salud.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, INCONTEC. Norma técnica colombiana. NTC 3793 de 1996. Salud Ocupacional, clasificación, registro y estadísticas de ausentismo laboral. Ciudad: Bogotá. Editorial. Icontec; Año: 1996
2. Congreso Nacional de Colombia, Ministerio de Trabajo. Ley 1562 de 2012. Por La Cual Se Modifica El Sistema De Riesgos Laborales Y Se Dictan Otras Disposiciones En Materia De Salud Ocupacional. Ciudad: Bogotá. Año 2012.
3. Congreso Nacional de Colombia. Constitución Política de Colombia. Capítulo 2 de los derechos sociales, económicos y culturales, Artículo 49. Ciudad: Bogotá. Año 1991
4. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A.; 1993.
5. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. 2006. Fecha de consulta: Abril 9 de 2018. Disponible en: promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
6. Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud. Comunicado conjunto OIT/OMS El número de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo sigue aumentando OIT y OMS recomiendan aplicar estrategias de prevención, Ciudad: Ginebra-Suiza. 2005.
7. Fasecolda. Base de Datos de Riesgo Laborales. 2017, 2016. Fecha de Consulta: Abril 9 del 2018. Disponible en : <https://sistemas.fasecolda.com/rldatos/>
8. Garzón LE. DECRETO NÚMERO 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo [Internet]. 2017; 351. Available from: <http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/50711/DUR+Sector+Trabajo+Actualizado+a+Abril+de+2017.pdf/1f52e341-4def-8d9c-1bee-6e693df5f2d9>
9. Ministerio del Trabajo. Resolución 1111 [Internet]. Diario oficial. 2014. p. 36. Available from: <https://www.arsura.com/files/resolucion11112017.pdf>

10. Pérez, N. Accidentalidad laboral en expuestos a riesgos biológicos en Instituciones de Salud. Occupational accidents of those exposed to biological risks at health institutions. 2017;21 (2):202–9.
11. González A, Bonilla J, Quintero M, Reyes C, Chavarro A. Análisis de las causas y consecuencias de los accidentes laborales ocurridos en dos proyectos de construcción. RevIng Construcción [Internet]. 2016;31:5–16. Available from: www.ricuc.cl
12. Contreras M, González R, León S, Aldrete G, Hidalgo G. Autocuidado de la salud en trabajadoras del sector informal en Guadalajara México: una perspectiva de género. Salud Uninorte. 2014;30:1-9.
13. Organización Mundial de la Salud. Salud de los trabajadores. Plan de Acción Mundial. 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2007.
14. Ministerio de Trabajo. Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021. Bogotá: Ministerio de Trabajo; 2014
15. González, D. Significado del cuidado para estudiantes y profesores del Programa de Enfermería de la Universidad Francisco de Paula Santander. Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo [Internet]. 2014;17(1):77–95. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/8415>
16. Gallego, P. López, R. Alfonso, D. Relación Entre Agencia De Autocuidado Y Ausentismo en Trabajadores Del Sector De La Construcción En Una Empresa De Bogotá, Colombia. 2014;
17. García A, Rodríguez F, Zuluaga D. Valoración de agencia de autocuidado de un grupo de trabajadores accidentados Vs. trabajadores no accidentados del sector de la construcción (tesis). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
18. Arenas L, Jasso J, Campos R. Autocuidado: Elementos para sus bases conceptuales. Glob Health Promot. 2011.
19. Rodríguez J. Artículo Original Propuesta: Programa Integral de Autocuidado dirigido a personal de Enfermería. Enfermería en Costa Rica.

- 2010.
20. Porret GM. El absentismo laboral en la empresa privada española. Revista Técnico Laboral. 2012;34:5-81
21. Chiavenato I. Administración de recursos humanos. McGraw-Hill / Interamericana. 2007. 1-700 p.
22. Peiro, J; Rodríguez IM. El Absentismo Laboral. Publicación. Valencia, España; 2008. 210 p.
23. Escobar JL. Ausentismo laboral en las organizaciones. Memorias, Primer Congreso Estatal de Ciencias Administrativas. Universidad Veracruzana, México: 2013
24. Chiavenato I. Gestión de Talento Humano Gestión de Talento Humano. Gestión del Talent Hum [Internet]. 2009;2:141. Available from: http://librosgratis.net/book/gestion-del-talento-humano_39221.html#
25. Castillo R del C. Desarrollo del capital humano en las organizaciones. 2012. 144 p.
26. Heinrich HW, Roos NR, Peterson D. Industrial Accident Prevention: A safety Management Approach. 1931st ed. Hill M, editor. New York; 1980.
27. Blake RP. Seguridad Industrial. 1970th ed. Editorial D, editor. México, D.F; 1970. 479 p.
28. Congreso Nacional de Colombia, Ley 1562 del 2012 [Internet]. Diario Oficial 48488 Colombia; 2012 p. 6. Artículo no. 3 Bogotá: Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156211072012.pdf>
29. Icontec. Guía para la Clasificación, Registro y Estadística de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales. NTC 3701. 1995;1–28.
30. Espluga JL, Trenc. NTP 415: Actos inseguros en el trabajo: guía de intervención. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales de España. Available from: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_415.pdf
31. Uribe, T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Mayo

1999. 1999;8.
32. Ministerio de protección Social. Resolución 1401 de 2007. Diario Oficial 46638 de mayo 24 de 2007 ;
33. Prado, L, González, M, Paz, N, Romero, K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2014;6(36):835–45. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
34. Reinke, K, Boerner, M AUTOCUIDADO: Un proceso voluntario y personal. Seguridad y Gestión. Boletín No. 31 Asociación Peruana de Gestión de Prevención de Riesgo. 2002;2.
35. Franco AS, Ochoa, JD, Hernández AM. La promoción de la salud y la seguridad social. Santafé de Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo; 1995:3-28
36. Rodríguez M, Pellicer G, Domínguez M. Autoestima: clave del éxito personal [Internet]. 2 Edición. Moderno M, editor. 1988. 98 p. Available from: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=cjgaCAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=autoaceptación+y+autoestima&ots=Yjv2Pa_55S&sig=Mc8pljmHIQyCq5-uo83mY8pU3fw#v=onepage&q=autoaceptación+y+autoestima&f=false
37. Goleman D. Inteligencia emocional [Internet]. Primera Ed. Kairós, editor. Madrid; 1997. 519 p. Available from: [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=z1vrV_OL06kC&oi=fnd&pg=PT4&dq=Goleman,+Daniel.+Inteligencia+emocional.+Editorial+Zeta\(1997\)+Kairós&ots=Th-7JDZBLD&sig=KmGBaaPXoSKDqAFcKf_zRxEBTSc#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=z1vrV_OL06kC&oi=fnd&pg=PT4&dq=Goleman,+Daniel.+Inteligencia+emocional.+Editorial+Zeta(1997)+Kairós&ots=Th-7JDZBLD&sig=KmGBaaPXoSKDqAFcKf_zRxEBTSc#v=onepage&q&f=false)
38. Grotberg DE. Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano [Internet]. Foundation B van L, editor. La Haya, Países Bajos; 1996. 1-17 p. Available from: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/1927_d_G

[uía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano 20081110.pdf](#)

39. Cherem A, Claudia H, Reyna G, García D, Morales A, Denisse A, et al. Aprendizaje social de Albert Bandura. Fac Estud Super Acatlán, Univ Nac Autónoma México [Internet]. 2010;20. Available from: http://www.webquestcreator2.com/majwq/public/files/files_user/14037/Aprendizajesocial.pdf
40. Gurao-Goris J. La agencia de autocuidado. Una perspectiva desde la complejidad. Educare [Internet]. 2003; Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:La+agencia+de+autocuidados.+Una+perspectiva+desde+la+complejidad#0>
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Compromiso con los estilos de vida saludables [Internet]. Boletín de Prensa No 131 de 2017. 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Compromiso-con-los-estilos-de-vida-saludables.aspx>
42. Sanabria P, González L, Urrego D, Estilos De Vida Saludable En Profesionales De La Salud Colombianos. Estudio Exploratorio. Scielo [Internet]. 2007;15. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000200008
43. http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm
44. Uribe Tobón, El Autocuidado y su Papel en la Promoción de la Salud. Revista Investigación y Educación en enfermería. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. 1999; 18 (2).
45. Hernández R, Fernández C, Baptista L, (2014). Metodología de la Investigación (6th ed.). Mexico: McGRAW-HILL.
46. MANRIQUE-ABRIL, Fred; FERNÁNDEZ, Alba; VELANDIA, Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan, [S.I.], v. 9, n. 3, ene. 2010. ISSN 2027-5374. Disponible en:

<<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1521/19>
66>. Fecha de acceso: 17 abr. 2018



Universidad
Católica
de Manizales

17. ANEXOS

Anexo A Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Diseño de una propuesta de intervención basada en el autocuidado que impacte la accidentalidad en una empresa del sector salud de Cali.

1. Se me ha solicitado participar voluntariamente en el estudio que realiza **Carolina Ayala y Patricia Vega**, estudiantes de la Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Universidad Católica de Manizales, cuyo objetivo se orienta a diseñar una propuesta de intervención de la accidentalidad basada en el autocuidado.
2. Mi participación consiste en responder dos instrumentos.
3. Se me ha permitido realizar preguntas sobre la razón del estudio, no responder alguna pregunta o simplemente no participar de la investigación.
4. Se me asegura plenamente que no seré identificado y que se mantendrá el carácter confidencial de la información que entregue, sin que ésta sea utilizada en perjuicio de mi vida personal.
5. Este estudio es confidencial y sus resultados estarán a mi disposición si así lo estimo conveniente.
6. Estoy consciente y tengo conocimiento de que los resultados obtenidos en esta investigación podrán ser utilizados en publicaciones y eventos de carácter científico y que ninguna compensación económica será ofrecida por mi participación en el estudio.

Por lo tanto, y habiendo entendido y aceptado los términos antes expuestos:

Yo (nombre y apellidos) _____

Doy libremente mi consentimiento para participar en ésta investigación.

Firma participante. _____

cc



Universidad
Católica
de Manizales

Anexo B Perfil Sociodemográfico.

CARGO: _____ FECHA _____

AREA: _____

TIPO DE CONTRATO : ___ Indefinido ___ Termino Fijo

Marque con una X:

1. EDAD

- a. 18 – 27 años
- b. 28 – 37 años
- c. 38 _ 47 años
- d. 48 años o más

3. SEXO

- a. Hombre
- b. Mujer

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico / Tecnólogo
- d. Universitario
- e. Ninguna

2. ESTADO CIVIL

- a. Soltero (a)
- b. Casado (a) /Unión libre
- c. Separado (a) /Divorciado
- d. Viudo (a)

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO

- a. Ninguna
- b. 1 – 3 personas
- c. 4 – 6 personas
- d. Más de 6 personas

6. TENENCIA DE VIVIENDA

- a. Propia
- b. Arrendada
- c. Familiar
- d. Compartida con otra(s) familia(s)



Universidad
Católica
de Manizales

7. USO DEL TIEMPO LIBRE

- a. Otro trabajo
- b. Labores domésticas
- c. Recreación y deporte
- d. Estudio
- e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)

- a. Mínimo Legal (S.M.L.)
- b. Entre 1 a 3 S.M.L.
- c. Entre 4 a 6 S.M.L.
- d. Más de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL

- a. Menos de 1 año
- b. De 1 a 5 años
- c. De 5 a 10 años
- d. De 10 a 15 años
- e. Más de 15 años

11. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

- a. Vacunación
- b. Salud Oral
- c. Exámenes de laboratorio y otros
- d. Exámenes médicos anuales
- e. Ninguna



Universidad
Católica
de Manizales

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

- Frecuencia
- a. Si Semanal
 - b. No Quincenal
 - Mensual
 - Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

- a. Si
- b. No
- Cual _____

Frecuencia _____

15. FUMA

- a. Si Promedio diario: _____
- b. No

16. HA RECIBIDO CAPACITACION EN:

- a. Uso de elementos de Protección personal.
- b. Autocuidado.
- c. Manejo de Cargas y posturas
- d. Uso de Maquinaria.
- e. Otras _____

17. HA TENIDO ALGUN ACCIDENTE DE TRABAJO

- a. si
- b. no
- Cual : _____



Universidad
Católica
de Manizales

Anexo C Test Capacidad de Agencia de Autocuidado de la Salud en el Trabajo

CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LA SALUD EN EL TRABAJO

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Área: _____ Cargo: _____

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre el cuidado de la salud. Usted debe marcar con una X si lo que aparece descrito en la afirmación lo realiza siempre, o a menudo o a veces o rara vez o nunca.

ITEM	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	A MENUDO	SIEMPRE
1. A medida que cambio de área de trabajo o de oficio en la empresa, yo voy haciendo los ajustes necesarios para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5
2. Reviso si las acciones que realizo habitualmente en el trabajo para mantenerme con salud, son seguras.	1	2	3	4	5
3. Si tengo problemas en la labor que	1	2	3	4	5

realizo en la empresa, solicito ayuda a los compañeros					
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener en orden y aseo el Ambiente donde trabajo.	1	2	3	4	5
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud	1	2	3	4	5
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo en el trabajo	1	2	3	4	5
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud en el trabajo que las que tengo ahora	1	2	3	4	5
8. Cambio la frecuencia con que uso los elementos de protección personal, para protegerme	1	2	3	4	5
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios	1	2	3	4	5
10. Cuando hay situaciones que me afectan en el trabajo, yo las Manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	1	2	3	4	5
11. Pienso en hacer ejercicio pausa laboral y descansar un poco en el trabajo, pero no llego a hacerlo	5	4	3	2	1
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir al supervisor del área	1	2	3	4	5
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	1	2	3	4	5

14. Cuando obtengo información sobre mi salud en el trabajo, pido Explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4	5
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio por exposición a los peligros en el trabajo	1	2	3	4	5
16. He sido capaz de cambiar los hábitos y acciones inseguras en el trabajo, con tal de mejorar mi salud.	1	2	3	4	5
17. Cuando tengo que realizar un nuevo trabajo en la empresa, cuento con una persona que me explica los peligros a los que estoy Expuesto.	1	2	3	4	5
18. Soy capaz de tomar medidas de control para garantizar que No corro peligros en el trabajo.	1	2	3	4	5
19. Soy capaz de evaluar las medidas de seguridad que tengo para mantenerme con salud	1	2	3	4	5
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidar mi salud	5	4	3	2	1
21. Si mi salud se ve afectada en el trabajo, yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer	1	2	3	4	5
22. Si yo no puedo cuidarme en el trabajo busco ayuda	1	2	3	4	5

23. Puedo sacar tiempo para capacitarme en normas de seguridad	1	2	3	4	5
24. A pesar de mis limitaciones en el trabajo para controlar los peligros, soy capaz de cuidarme como es indicado.	1	2	3	4	5



Universidad
Católica
de Manizales

TEST DE AUTOESQUEMAS C.A.E

Taller 1

CARGO _____ **EDAD** _____

EMPRESA _____

Este es un test que posibilita identificar la forma como usted se percibe a sí mismo. Para cada pregunta usted debe encerrar en un círculo un número de la columna de la derecha, la cual exprese mejor actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar la que usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo "neutro" o la respuesta "TRES", tanto como le sea posible. Sólo utilice éste número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas; cuanto más sinceramente conteste, más útil será el test para usted.

1. NO

2. MÁS O MENOS NO

3. NEUTRO

4. MAS O MENOS SI

5. SI

1. Pienso que estoy muy lejos del ideal de persona que quisiera ser.

1 2 3 4 5 *

2. Me considero una persona poco madura.

1 2 3 4 5 *

- | | | |
|-----|---|-------------|
| 3. | Casi nunca las cosas salen tan bien como quisiera. | 1 2 3 4 5 * |
| 4. | Me da dificultad reconocer que tengo cualidades. | 1 2 3 4 5 * |
| 5. | Soy demasiado exigente conmigo mismo. | 1 2 3 4 5 * |
| 6. | Soy una persona feliz. | 1 2 3 4 5 |
| 7. | Me siento inconforme con casi todo lo que hago. | 1 2 3 4 5 * |
| 8. | Cometo muchos errores. | 1 2 3 4 5 * |
| 9. | Me siento muy indeciso ante la mayoría de situaciones de mi vida. | 1 2 3 4 5 * |
| 10. | Le doy mucha importancia a mis fracasos. | 1 2 3 4 5 * |
| 11. | Me considero una persona creativa. | 1 2 3 4 5 |
| 12. | Soy una persona inteligente. | 1 2 3 4 5 |
| 13. | A menudo actúo en forma torpe. | 1 2 3 4 5 * |
| 14. | Me critico demasiado a mí mismo. | 1 2 3 4 5 * |
| 15. | Debo ser el mejor en todo. | 1 2 3 4 5 * |
| 16. | Me considero una persona exitosa en la vida. | 1 2 3 4 5 |
| 17. | Tengo mucho control sobre mí mismo. | 1 2 3 4 5 |
| 18. | Soy una persona segura de mí mismo. | 1 2 3 4 5 |
| 19. | Pienso que soy original. | 1 2 3 4 5 |
| 20. | Me siento satisfecho con la mayoría de las partes de mi cuerpo. | 1 2 3 4 5 |
| 21. | Me considero una persona poco atractiva. | 1 2 3 4 5 * |
| 22. | No me gusta cuando alguien habla acerca de mi aspecto físico. | 1 2 3 4 5 * |
| 23. | Soy una persona bonita físicamente. | 1 2 3 4 5 |
| 24. | Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo. | 1 2 3 4 5 * |
| 25. | No me siento sano(a). | 1 2 3 4 5 * |
| 26. | Estoy contento(a) con mis rasgos físicos. | 1 2 3 4 5 |
| 27. | Me considero exitoso con las personas del sexo opuesto. | 1 2 3 4 5 |
| 28. | Cuando me comparo con otras personas me siento poco atractivo(a). | 1 2 3 4 5 * |
| 29. | Padezco de dolores y malestares. | 1 2 3 4 5 * |
| 30. | Cuido bien mi cuerpo. | 1 2 3 4 5 |
| 31. | No uso alguna prenda de vestir que me agrada, porque pienso que se ve mal en mi cuerpo. | 1 2 3 4 5 * |
| 32. | Saco poco tiempo para descansar. | 1 2 3 4 5 * |
| 33. | Casi siempre me reprocho mi modo de ser. | 1 2 3 4 5 * |

34. Casi nunca recuerdo las cualidades que poseo. 1 2 3 4 5 *
35. Casi siempre me culpo de lo malo que me sucede. 1 2 3 4 5 *
36. Acostumbro felicitar me cuando algo que me he propuesto me sale bien. 1 2 3 4 5
37. A veces siento que la gente me aprecia más de lo que yo mismo aprecio. 1 2 3 4 5 *
38. Siento que me quiero a mí mismo. 1 2 3 4 5
39. No me doy gusto, aunque pueda hacerlo. 1 2 3 4 5 *
40. Siento que mi vida es una rutina. 1 2 3 4 5 *
41. He realizado cosas que siempre he soñado hacer. 1 2 3 4 5
42. Suelo manifestarme a mí mismo que me quiero. 1 2 3 4 5
43. A veces me siento muy feliz conmigo mismo. 1 2 3 4 5
44. Considero que le sacó provecho a mi vida. 1 2 3 4 5
45. Saco tiempo para realizar actividades que realmente quiero hacer. 1 2 3 4 5
46. No realizo actividades distintas a las que hago diariamente. 1 2 3 4 5 *
47. Me siento realizado(a) como persona. 1 2 3 4 5
48. Estoy satisfecho(a) con el modo como yo trato a otras personas. 1 2 3 4 5



Universidad
Católica
de Manizales

Anexo E Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ETAPA DEL PROCESO	ACTIVIDAD	ABRIL				MAYO				JUNIO	
		SE MA NA	SE MA NA	SE MA NA	SE MA NA	SE MA NA	SE MA NA	SE MA NA	SE MA NA	SE MA NA	SE MA NA
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
DISEÑO O PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	Anteproyecto revisado										
	Diagnóstico de nivel de agenciamiento de autocuidado										
	Informe de resultados										
	Discusión										
	Conclusiones y recomendaciones										

Fundación	ndacion es										
	Diseño de la propues ta de interven ción										
	Socializ ación										



Universidad
Católica
de Manizales