CC BY

Artículo original

Abordaje cualitativo del autocuidado en salud y seguridad laboral en una universidad colombiana, 2015-2016

Qualitative approach to self-care in occupational health and safety at a Colombian university, 2015-2016

Abordagem qualitativo do autocuidado em saúde e segurança no trabalho em uma Universidade colombiana, 2015-2016

Recibido: 01 | 08 | 2017
Aprobado: 01 | 11 | 2017

DOI: http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v7i2.2187

Mabel R. Hernández
Martín Acosta
Teresa M. Torres
María de los Ángeles Aguilera
María Guadalupe Aldrete
Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara,
Guadalajara, Jalisco, México.

Liliana Parra
Universidad Libre de Colombia,
Cali, Colombia.
Correspondencia: mabelhernandez4@gmail.com

Resumen

Objetivo. Comprender las concepciones culturales y la construcción social sobre el autocuidado en salud y seguridad laboral en una muestra de trabajadores de una institución de educación superior en Bogotá, Colombia, sustentado en el modelo de consenso cultural de Romney.

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio cualitativo de una muestra propositiva de 60 trabajadores a los que se les aplicaron listados libres, sorteo por montones y entrevistas semiestructuradas para obtener información que fue analizada mediante la factorización de componentes por conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales.

Resultados. La concepción cultural sobre autocuidado en el grupo de trabajadores que participó, tuvo una alta consistencia cultural, que categoriza los términos en cinco componentes: valores (respeto, amor, honestidad); cualidades personales (autoestima, responsabilidad, prudencia, disciplina); prácticas (alimentación saludable, hacer ejercicio, aseo personal, evitar consumo de alcohol o tabaco, realizar pausas activas, usar elementos de protección personal, identificar y valorar los riesgos, recrearse, atender las recomendaciones médicas); consecuencias o efectos (bienestar, salud, seguridad, protección, felicidad) y entorno (contar con ambientes de trabajo que sean seguros, cómodos y agradables para vivir).

Conclusiones. La prevención en ambientes de trabajo implica construir información acorde con la concepción cultural que tengan los grupos que conforman una organización.

Palabras clave: consenso cultural, construcción social, autocuidado, salud y seguridad en el trabajo, trabajadores, Colombia, investigación cualitativa.

Abstract

objective: Understanding the cultural conceptions and social construction of self-care regarding health and occupational safety rooted in Romney´s cultural consensus model in a sample of workers belonging to the higher education sector within an institution based in Bogota Colombia.

Material and methods: Qualitative research conducted through sampling based on the researcher´s knowledge of the target population. The sample was comprised of sixty workers to whom check lists and semi structured interviews were applied. Subsequent data was analyzed by factorization of components, through hierarchical clustering and multidimensional scaling.

Results: The cultural conception of self-care in the group of workers who participated, had a high cultural consistency, which categorizes terms into five identifiable components: values (respect, love, honesty); personal qualities (self-esteem, responsibility, prudence, discipline); practices (healthy eating, exercise, personal hygiene, avoidance of alcohol or nicotine intake, taking active breaks, use of personal protective clothing, risk identification and assessment, recreation, following medical recommendations); consequences or effects (wellbeing, health, safety, safety, happiness) and environment (having work environments that are safe, comfortable, and pleasant).

Conclusions: Prevention in work environments involves building information according to the cultural conception of the groups that make up an organization.

Keywords: cultural consensus, social construction, self-care, health and safety at work, workers, Colombia, qualitative research.

Resumo

Objetivo. Compreender as conceições culturais e a construção social do autocuidado em saúde e segurança no trabalho em uma amostra de trabalhadores de uma instituição universitária em Bogotá, suportado no consenso cultural de Romney.

Materiais e Métodos. Estudo qualitativo em amostra de 60 trabalhadores em que foram aplicadas listagens livres, sorteio por montes e entrevistas semiestruturadas para obter informação que foi analisada mediante factorização de componentes a traves de conglomerados hierárquicos e escalas multidimensionais.

Resultados. A conceição cultural sobre autocuidado no grupo de trabalhadores que participou teve uma alta consistência cultural, que categoriza os termos em cinco componentes: valores (respeito, amor, honestidade), qualidades pessoais (autoestima, responsabilidade, prudência, disciplina), práticas (alimentação saudável, atividade física, higiene, não ingesta de álcool ou tabaco, uso de elementos de proteção pessoal, prevenção, recriação) e entorno (ambientes de trabalho com segurança, confortáveis e agradáveis para a vida).

Conclusões. A prevenção em ambientes de trabalho envolve a construção de informações de acordo com a concepção cultural dos grupos que compõem uma organização.

Palavras chave: consenso cultural, construção social, autocuidado, saúde e segurança no trabalho, trabalhadores, Colômbia, pesquisa qualitativa

Introducción

Las universidades son entidades de una sociedad encargadas de formar integralmente a los futuros profesionales y trabajadores de un país, lo que hace relevante reconocer la cultura de seguridad y salud en general, y particularmente, su concepción sobre el autocuidado, no solo para contribuir a la reducción de accidentes y enfermedades profesionales, sino en la conservación de su vida a partir del ejemplo para sus estudiantes sobre su estilo de vida laboral y control de los peligros y riesgos a los que se expondrá durante sus actividades. Lo anterior, dado que en Colombia los datos del Ministerio de Trabajo, a 2015, indican una tasa de accidentalidad en el sector enseñanza de 2,4 por cada 100 trabajadores y una tasa de enfermedad laboral de 32,7 por cada 100.000 trabajadores, cuya reducción es mínima al compararse con la información de la última década (1).

El autocuidado1 (1-6) es uno de los mecanismos de acción en prevención primaria que contribuye a la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores, entendiéndolo como el resultado de los aprendizajes obtenidos a lo largo de la vida laboral, que se transforman

1 El autocuidado es definido por la Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional como "[...] el conjunto de habilidades y de competencias a los que recurre el individuo, para establecer procesos y manejos desde y hacia sí mismo, hacia el grupo, hacia la comunidad o hacia la empresa, con el objeto de gestionar y resolver sus propios procesos y su necesidad de desarrollarse como ser humano y frente a los desafíos del diario vivir [...]".

Tabla 1. Beneficios que aportan la promoción de la salud y el autocuidado a la empresa y al trabajador

Para la empresa	Para el trabajador
• Un programa de salud y seguridad bien administrado	• Un ambiente de trabajo seguro y saludable
• Una imagen positiva y solidaria	• Mejora la autoestima
• Mejora la moral del equipo de trabajo	• Reduce el estrés
• Reduce la rotación	• Mejora la moral
• Reduce el ausentismo	• Incrementa la satisfacción laboral
• Incrementa la productividad	• Aumenta la destreza para la protección de la salud
• Reduce costos de seguros por cuidado de la salud	• Mejora la salud
• Reduce riesgo de multas y litigios	• Mejora el sentido de bienestar

Fuente. Adaptado de World Health Organization IRIS. [Página principal en Internet]. Ginebra: WHO; Disponible en: http://apps.who.int/iris/handle/10665/64220

en hábitos y estructuran su estilo de vida. Es, también, un factor de influencia positiva sobre la forma de vivir, dado que aporta al individuo control y herramientas para el cuidado de su vida y de la vida de los que le rodean (7). González, et al., identificaron que mediante el autocuidado, los trabajadores pueden ejercer un mayor control sobre su salud y microambiente (8).

El autocuidado aporta a las organizaciones elementos para la estrategia de promoción de la salud en el trabajo que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), genera beneficios en la calidad de vida laboral del trabajador (9) y en la empresa (tabla 1).

Se espera, entonces, comprender las concepciones culturales sobre autocuidado en salud y seguridad laboral en un grupo de trabajadores de una institución de educación superior de Bogotá, Colombia, para formular estrategias orientadas a que la población económicamente activa cuide su salud e integridad.

Por lo anterior, es fundamental comprender de manera integral el concepto de autocuidado considerando la construcción teórica y la perspectiva del trabajador, pues, de esta manera, se involucra a los usuarios potenciales como actores de cambio que movilizan los planes definidos para conservar la salud y seguridad, teniendo en cuenta el factor humano y sus formas de afrontamiento a los peligros en su lugar de trabajo.

Como elemento innovador en esta investigación, está el analizar las concepciones del sujeto de lo que es el autocuidado, que aporte conocimiento empírico para el desarrollo de programas preventivos centrados en las necesidades de los trabajadores como seres humanos y enfocados a desarrollar comportamientos que incidan en la cultura de la salud y seguridad en los entornos de trabajo, en razón a que los estudios encontrados que han abordado el tema lo han hecho desde la perspectiva de la promoción de la salud, sin contemplar y considerar la mirada del trabajador.

Materiales y métodos

Esta investigación se realizó en una institución privada de educación superior con sede en Bogotá, cuya tradición durante su existencia ha sido formar profesionales en más de 18 áreas disciplinarias en pregrado y posgrado.

Correspondió a un estudio de caso bietápico con aproximación cualitativa, en el que la primera etapa se sustentó en la teoría del consenso cultural para analizar las concepciones culturales sobre autocuidado en salud y seguridad laboral, enfocado a los significados provistos por los participantes del estudio desde la perspectiva teórica de la antropología cognitiva (10). En la segunda etapa, se realizaron entrevistas semiestructuradas bajo un enfoque socioconstruccionista (11).

La muestra fue propositiva (12) y conformada por 60 personas distribuidas en tres grupos (20 del área administrativa, 20 docentes y 20 funcionarios operativos); la Dirección de Gestión Humana invitó a los trabajadores de la universidad para conformar hasta tres grupos de máximo 20 personas cada uno, con el fin de representar las áreas administrativa, operativa y de docentes.

El criterio de inclusión fue ser empleado activo de la institución, encontrarse en el rango de edad de 18 a 55 años y contar con disponibilidad para participar en la investigación, sujeto a su plan de trabajo y actividades cotidianas.

Dado que los grupos se conformaron hasta completar los 20 participantes, la muestra reflejó características de los informantes como: ambos sexos, distintas edades, diversos niveles socioeconómicos, antigüedad en la universidad y grado de escolaridad.

El tamaño de la muestra en cada contexto se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural de Romney, utilizado particularmente para el estudio de patrones culturales en antropología cognitiva. El supuesto plantea que, en los estudios de descripción cultural, el tamaño de la muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0,5 o más). En ese sentido, Weller y Romney (13) sugieren un tamaño mínimo de 17 informantes para clasificar el 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) de 0,5 y un nivel de confianza del 0,95.

Para implementar la técnica del consenso, se tomó una muestra de informantes pidiéndoles que emitieran juicios sobre una lista de ítems del dominio cultural 'autocuidado', que previamente fueron identificados por ellos. En la antropología cognitiva, se entiende por dominio cultural al conjunto organizado de palabras o frases que, en distintos niveles cognitivos, hacen referencia a una esfera conceptual específica que, en este caso, se refiere al autocuidado en salud y seguridad en el trabajo (14).

En la segunda etapa, se realizaron seis entrevistas, teniendo en cuenta el criterio de saturación de la información, de acuerdo con la riqueza de la información que se derivó de las fuentes exploradas.

Para la recolección de información, se hizo una presentación a la Dirección de Gestión Humana de la universidad, con el fin de contar con su apoyo y aprobación.: Para la recolección de datos, se utilizaron la técnica de listados libres y la de sorteo por montones. La técnica de listados libres se usa generalmente para estudiar un dominio cultural, en este caso, autocuidado en seguridad y salud en el trabajo (14). Los listados libres son ordinariamente un preludio para hacer análisis de conglomerados y escalamiento multidimensional. Esta técnica se utilizó al inicio de la recolección de datos en grupos de hasta 20 informantes, para identificar el dominio de autocuidado.

La técnica de sorteo por montones (*pilesort*) se utilizó después de aplicar los listados libres en los mismos grupos de 20 informantes, para agrupar por dimensiones la información obtenida con los listados libres. Se llevó a cabo con tarjetas de las palabras definidas en los listados libres. Se pidió a los informantes que clasificaran esas tarjetas en pilas, agrupando las que fueran similares en una misma pila, según sus creencias (14). De esta manera, se lograron establecer categorías en el dominio que fue insumo para el diseño y prueba de la guía de entrevista que se aplicó a informantes clave seleccionados.

Entrevista semiestructurada. Se convocó a varios trabajadores de las tres grandes áreas de la institución para que participaran de manera voluntaria. La entrevista fue utilizada para obtener de manera oral información apoyada en un guión de interrogantes preestablecidos de los ejes temáticos de factores personales, familiares, laborales e interpersonales, al igual que prácticas de autocuidado y sus efectos, en el cual el entrevistador mantuvo la conversación enfocada (15). Su fin fue recolectar información por medio de preguntas abiertas y reflexivas, las cuales develaron las categorías de interés para la investigación (16). La información obtenida en las entrevistas se trianguló con los datos que fueron resultado del sorteo por montones, a fin de analizar y comprender el concepto de autocuidado en la muestra de la comunidad educativa objeto de estudio, con una perspectiva desde la teoría del construccionismo social de Berger y Luckmann.

La codificación de la información en este enfoque implicó un tratamiento estadístico que obtuvo el análisis de consenso, un análisis cuantitativo de datos cualitativos mediante factorización de componentes principales, y análisis dimensional mediante conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales (17), utilizando el programa Anthropac 4.98.

Para las entrevistas, se utilizó la técnica de tratamiento de datos denominada análisis temático de contenido, apoyado en la herramienta Atlas.ti, la cual busca describir objetiva, sistemática y cuantitativamente el contenido manifiesto en las comunicaciones para su interpretación (18).

En lo referente a los aspectos éticos este estudio, se rigió por la Declaración de Helsinki (19) y la normatividad legal vigente en Colombia referidos en la Resolución Nº 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (20), en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, para lo cual se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación.

Resultados

En la tabla 2 se muestra la comparación de las características sociodemográficas entre los grupos administrativo, docente y operativo. El grupo de empleados que participaron en la investigación incluyó características generales de la población, siendo particular la relación entre el nivel de escolaridad y el área de trabajo en la que se desempeñan. El sexo femenino predominó en los grupos administrativo y docente. La distribución de la edad fue similar, con tendencia en los docentes a mayor edad. La proporción de magíster entre docentes, como era de esperar, fue superior en comparación con los otros grupos, mientras que la antigüedad laboral fue similar en todos los grupos.

Tabla 2. Comparación de las características sociodemográficas entre los grupos, Bogotá, Colombia, 2016

	Variable	Administrativo	Docente	Operativo
Edad	(años)	32±9	41±6	36±10
Sexo	Femenino, n (%)	18 (78)	13 (57)	10 (43)
	Masculino, n (%)	5 (22)	10 (43)	13 (57)
Nivel de escolaridad	Bachillerato, n (%)	3 (13)	0(0)	12 (52)
	Técnico o tecnólogo, n (%)	1 (4)	0 (0)	0 (0)
	Pregrado, n (%)	9 (39)	0 (0)	9 (39)
	Especialista, n (%)	8 (35)	2 (11)	2 (9)
	Magíster, n (%)	1 (4)	14 (78)	0 (0)
	Doctorado, n (%)	1 (4)	2 (11)	0 (0)
	Antigüedad laboral (años)	10±8	13±8	9±6

En general, los términos descriptivos del autocuidado en salud y seguridad laboral similares en los tres grupos de análisis (administrativos, docentes y operativos) más frecuentes fueron: salud, autoestima, prevención, bienestar, amor, respeto, responsabilidad, quererse y buena alimentación. Cabe anotar que para los empleados administrativos, los términos diferenciadores corresponden a: valorarse, tener conciencia, confianza, conocimiento y recrearse. Una mujer dijo: "Detectar a tiempo problemas de salud, para así tener mejor una calidad de vida, las campañas que hace la universidad es una forma de prevención", y otro participante refirió: "El autocuidado asegura mi bienestar físico, mental y emocional".

En la tabla 3 se indican los términos descriptivos del autocuidado en salud y seguridad laboral para los empleados administrativos, que resaltaron la importancia de valorarse, tener conciencia, confianza, conocimiento y recrearse. En la tabla 4, se muestran los términos que los docentes refirieron, como son las posturas correctas, ambientes de trabajo adecuados, autoconocimiento, prudencia y actuar siguiendo las indicaciones de los profesionales de la salud que les atendían; mientras que, en la tabla 5, se listan los términos que mencionaron los operativos, tales como pausas activas, caminar y tomar decisiones con respecto al consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias nocivas para su salud.

Tabla 3. Palabras obtenidas de los listados libres elaborados por los empleados administrativos, Bogotá, Colombia, 2016

Término	%	Media	Relevancia
Salud	45,8	2,45	0,319
Prevención	25	2,67	0,156
Bienestar	20,8	2,2	0,147
Autoestima	16,7	2	0,133
Responsabilidad	16,7	1,25	0,158
Alimentación saludable	16,7	3,5	0,077
Protección	16,7	2,75	0,106
Confianza	12,5	4	0,05
Amor	12,5	1,67	0,108
Hacer ejercicio	12,5	2,33	0,09
Quererse	8,3	3	0,05
Respeto	8,3	2,5	0,058
Tener conciencia	8,3	2,5	0,058
Valorarse	8,3	4,5	0,025
Estar alerta	8,3	3	0,05
Disciplina	8,3	4,5	0,025
Mirar riesgos	4,2	3	0,025
Conocimiento	4,2	4	0,01
Control médico	4,2	1	0,042
Recreación	4,2	3	0,021

Tabla 4. Palabras obtenidas de los listados libres generados por los docentes, Bogotá, Colombia, 2016

Término	%	Media	Relevancia
Salud	30	3	0,18
Autoestima	25	2,2	0,19
Respeto	20	2,5	0,14
Amor	20	1,5	0,18
Bienestar	20	2,25	0,15
Alimentación saludable	20	3,5	0,1
Responsabilidad	20	1,75	0,17
Hacer ejercicio	15	1,33	0,14
Disciplina	15	4,33	0,05
Autoconocimiento	10	5	0,02
Prevención	10	2	0,08
Tranquilidad	10	3	0,06
Ambiente adecuado	10	5	0,02
Estar alerta	10	3	0,06
Prudencia	5	2	0,04
Quererse	5	1	0,05
Constancia	5	3	0,03
Protección	5	4	0,02
Actuar	5	5	0,01
Postura correcta	5	1	0,05

Tabla 5. Palabras obtenidas de los listados libres para los trabajadores operativos, Bogotá, Colombia, 2016

Término	%	Media	Relevancia
Salud	35	2	0,28
Buena alimentación	30	3,33	0,16
Responsabilidad	25	3,6	0,117
Prevención	25	2,6	0,17
Autoestima	15	1,33	0,14
Decisión	10	4	0,035
Protección	10	2,5	0,07
Amor	10	3	0,06
Bienestar	10	2	0,08
Pausas activas	10	2	0,08
Quererse	10	2,5	0,07
Respeto	10	2,5	0,07
Seguridad	10	4	0,04
Control de salud	10	3	0,06
Mirar riesgos	5	3	0,03
Caminar	5	5	0,01
Hábito	5	4	0,02
Inteligencia	5	1	0,05
Aseo personal	5	3	0,03

En lo que respecta a los diagramas de agrupación jerárquica de las palabras, se puede decir que, para los empleados administrativos el concepto de autocuidado en salud y seguridad laboral estaba compuesto por dos grandes dimensiones: "la cultura" y el "estilo de vida" (***figura 1***). Estas refirieron la importancia del bienestar en cuerpo, mente y espíritu de la realización de actividades saludables.

En la ***figura 2***, se describen los dos grandes apartes referidos por el grupo de docentes: "necesidades" y "habilidades", de cuyo equilibrio mantenían su vida.

Por su parte, para el grupo operativo, las dimensiones culturales que se muestran en la ***figura 3*** se representan en dos grandes ramas: "social" e "individual", orientadas a reducir los efectos de los peligros y riesgos a los que se encontraban expuestos.

Las dimensiones descritas en los análisis por conglomerados que se presentan en las ***figuras 1, 2*** y ***3*** tuvieron valores de verosimilitud (estrés: 0,141, en el grupo administrativo; estrés: 0,138, en el grupo docente, y estrés: 0,193, en el grupo operativo) en el análisis de escala multidimensional no métrica, lo que permite confirmar que hay concordancia entre los integrantes de los grupos objeto de análisis y el concepto de autocuidado en salud y seguridad laboral.

Por último, la organización conceptual de las dimensiones de autocuidado en salud y seguridad laboral tuvo un amplio consenso cultural en los tres grupos estudiados, el cual fue más alto en el grupo operativo. Como se observa en la tabla 6, la concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de

Figura 1. Dimensiones culturales del concepto de autocuidado en Salud y Seguridad Laboral para los administrativos. Bogotá, Colombia, 2016

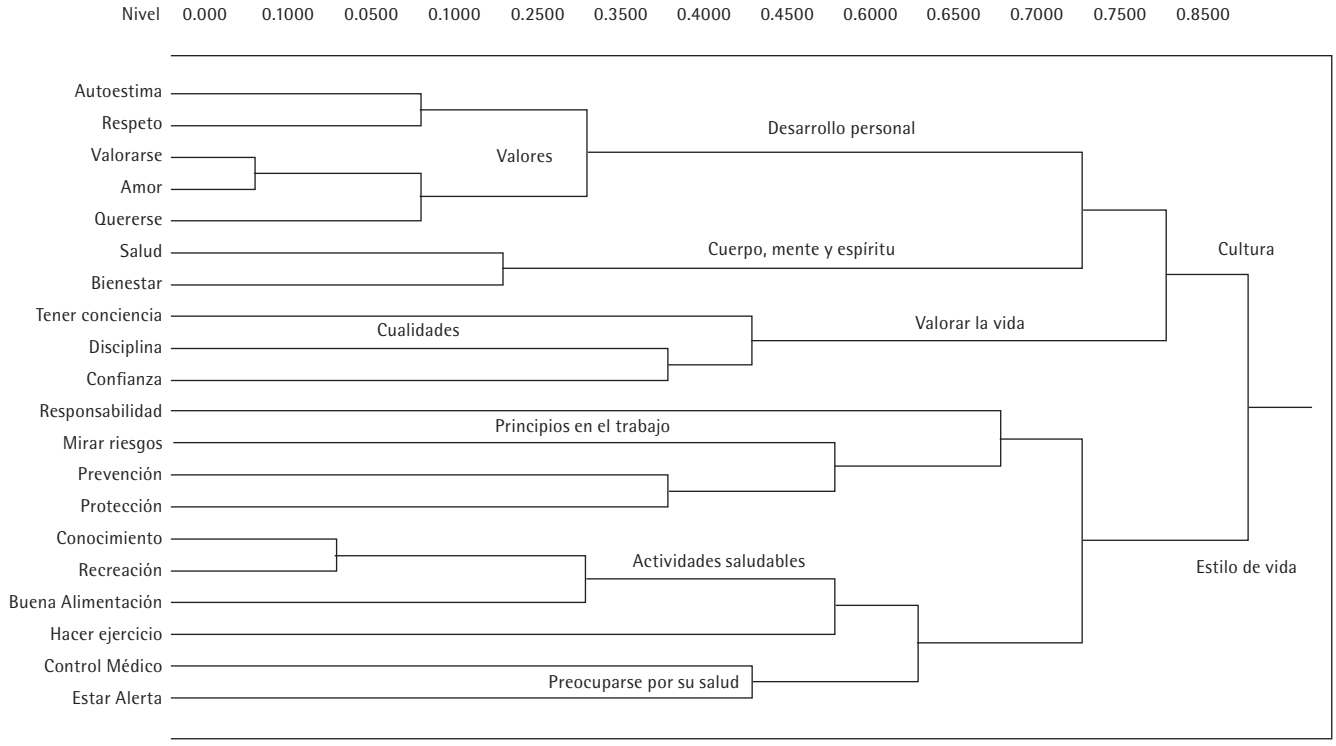


Figura 2. Dimensiones culturales del concepto de autocuidado en Salud y Seguridad Laboral para los docentes. Bogotá, Colombia, 2016

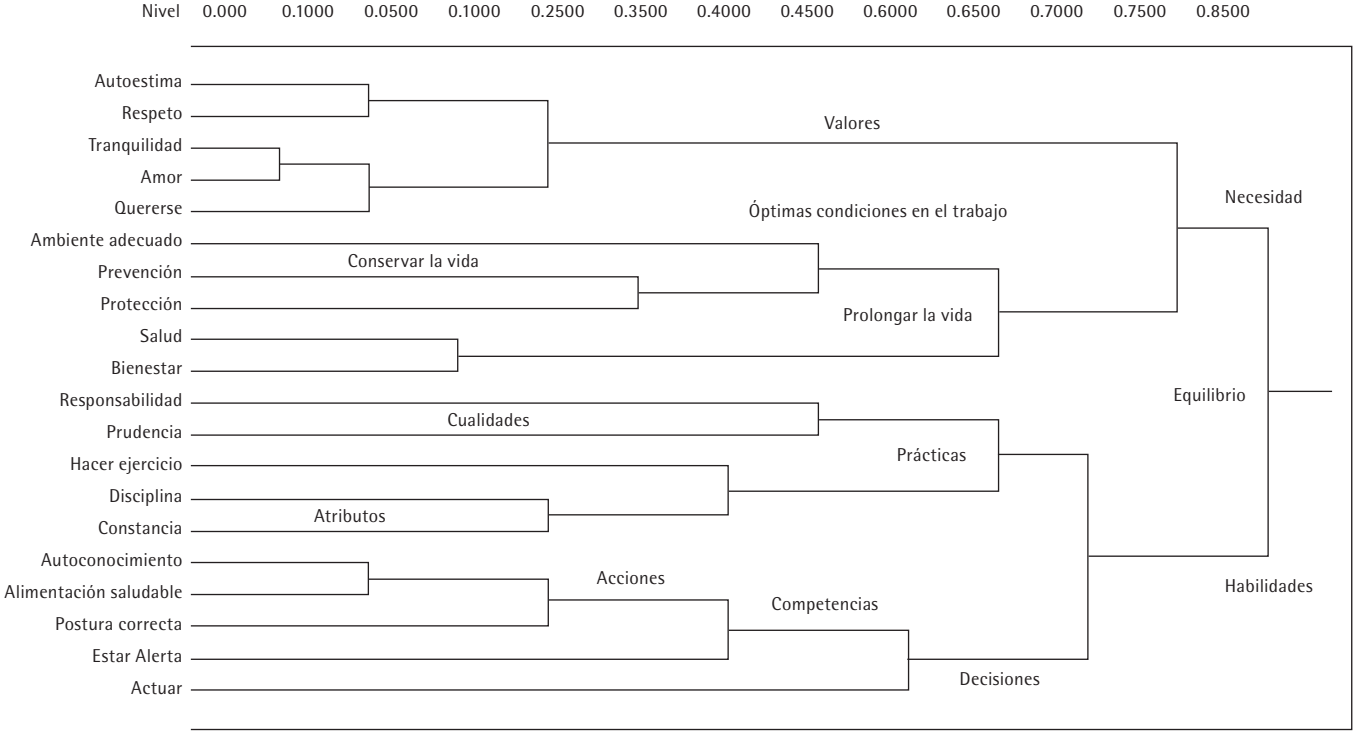
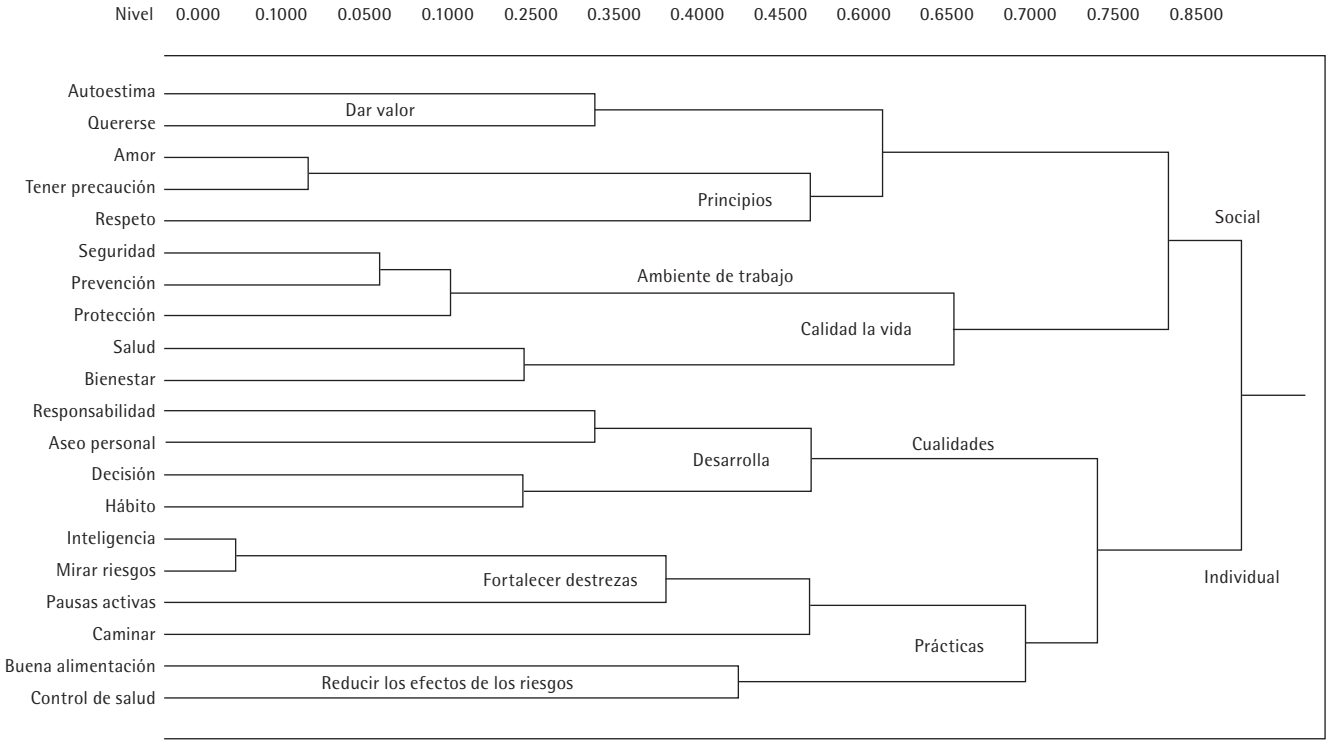


Figura 3. Dimensiones culturales del concepto de autocuidado en Salud y Seguridad Laboral para los operativos. Bogotá, Colombia, 2016



respuesta del grupo, tuvo gran consistencia dado que el primer factor alcanzó una razón tres veces mayor que el segundo factor; en este estudio, todos los grupos superaron esta condición. El porcentaje acumulado de la varianza para el factor 1 fue mayor de 70%, lo que validó el consenso. Por otra parte, para conseguir la concordancia grupal, según Weller, se requería un mínimo de 17 participantes y un valor esperado de 0,5, el cual no fue superado por los grupos analizados.

Con respecto a las entrevistas realizadas, los trabajadores mencionaron que el autocuidado es el resultado de las creencias, hábitos y costumbres que habían adquirido en su familia y entorno de trabajo, el cual se desarrolla en la medida que se hace consciencia sobre su importancia para la prevención de accidentes o enfermedades. Indicaron que las organizaciones donde laboraban deberían liderar el fomento de una cultura orientada a la prevención y, por tanto, aportar los recursos necesarios para mantener condiciones de trabajo y educación adecuadas para el desarrollo de sus actividades laborales.

De otra parte, los entrevistados mencionaron que el desarrollo del autocuidado en los trabajadores debe apoyarse en las acciones, programas y planes de la organización, para el fomento de estilos de vida y hábitos que propendan por su bienestar, e incorporar a sus familias para se transfiera este conocimiento de manera generacional.

En general, los entrevistados mencionaron que el autocuidado es el resultado de hábitos y costumbres que habían adquirido, principalmente en su familia, en sus dimensiones física, mental y emocional. Algunos de sus comentarios fueron: "son todas las medidas que debo tener en cuenta desde mi punto de vista personal y profesional… para conservar la salud, para promocionar la salud, igual para prevenir riesgos"; "tener unos buenos hábitos alimenticios, es hacer, digamos que una buena actividad física una rutina semanal"; "tener todas las precauciones para no hacerle daño al cuerpo, en mi trabajo, consentirme, quererme y tener todas las precauciones"; "creo que tiene que ver más que todo con ser consciente de lo que ocurre con mi salud emocional, mi salud mental, mi salud física".

Es de anotar que las personas del área administrativa y docente refirieron las dimensiones relacionadas con la salud mental y emocional, al responder sobre su concepción del autocuidado. Por su parte, el personal operativo relaciona sus comportamientos y acciones

Tabla 6. Niveles de consenso cultural para el concepto autocuidado en salud y seguridad laboral, Bogotá, Colombia, 2016

Grupo de análisis	Razón del factor 1 (F_1)	Varianza acumulada	Razón del factor 2 (F_2)	Varianza acumulada	Razón F_1:F_2	Competencia cultural* Media (DE)	Concordancia grupal**
Administrativo (n=20)	7,473	85,1	0,856	94,8	8,729	0,5750 (207)	0,331
Docente (n=20)	7,407	85,4	0,818	94,8	9,057	0,570 (213)	0,325
Operativo (n=20)	7,157	84,3	0,708	92,6	10,106	0,590 (185)	0,324

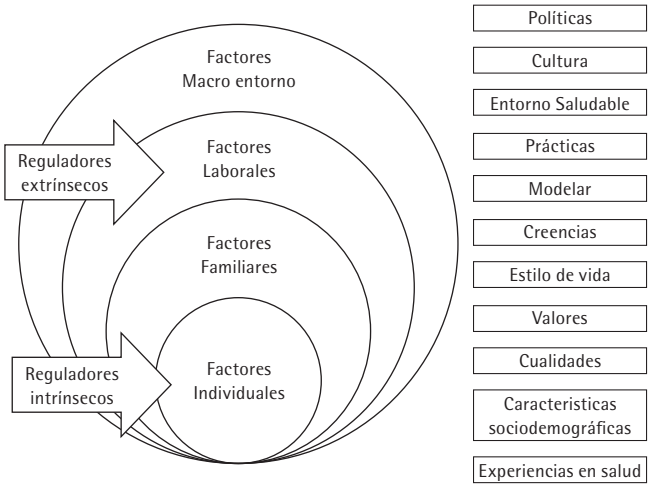
*** Competencia cultural.** concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas del grupo (media/desviación estándar)
**** Concordancia grupal.** acuerdo grupal en las respuestas obtenidas por los informantes (promedio de la competencia cultural al cuadrado)

en el trabajo y aspectos físicos al conectar esta condición con la ausencia de enfermedad.

Teniendo en cuenta los hallazgos de las etapas del presente estudio por medio de la triangulación de la información, se formula el siguiente constructo del término autocuidado (figura 4). Este considera las categorías y códigos identificados para la generación consensuada de cuatro dimensiones principales que se comportan como reguladores intrínsecos o extrínsecos en las acciones de las personas frente a su cuidado o no cuidado, y que resultan en condiciones favorables o negativas en la salud o seguridad de los empleados analizados.

Desde la interpretación de los hallazgos en el presente estudio, el constructo del autocuidado es la resultante de la interacción de estas dimensiones en un momento determinado de la vida de una persona, que influyen positiva o negativamente sobre las acciones imprescindibles para vivir con salud física, mental y social; además, se adapta y modifica para perfeccionarse, constituyéndose en la expresión de lo que cada persona piensa, hace y siente mediante la generación de un estilo de vida. Se enmarca en el entorno laboral en la medida en que sus acciones de trabajo contemplan los aprendizajes previos en el seno de su familia y formación, y aquellos que adquirirá a lo largo de su experiencia laboral.

Figura 4. Constructo autocuidado en salud y seguridad laboral



Discusión

El concepto de autocuidado obtenido mediante el consenso cultural corresponde con la definición dada por Tobón (21), que se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realizan una persona, familia o grupo para cuidar de su salud. Estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a lo largo de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Si bien es cierto que el autocuidado parte de las acciones que como individuos las personas realizan para mantener su salud, resulta indispensable el compromiso de la institución por medio de una política que facilite la participación de los trabajadores en la creación de entornos de trabajo saludables y seguros.

Lo anterior asegura el logro de los objetivos que se planteen y, por supuesto, su continuidad. Los

planteamientos de Giddens sobre motivación, conductas intencionales, deliberadas y pretensiones normativas, aportan elementos para el análisis del autocuidado, pues algunos de los encuestados mencionaron que sus conductas rutinarias de la vida cotidiana eran intencionales frente al autocuidado, como el uso de elementos de protección personal y la realización de pausas en el trabajo. (22).

Las definiciones revisadas permiten sostener que el autocuidado requiere de otros, no es un acto puramente individual, que se apoya en un entorno que lo posibilita (6). Lo anterior se relaciona directamente con el postulado de Berger y Luckmann, descrito en 1999, con respecto a la vida cotidiana, la cual es una realidad interpretada por las personas, que se origina en los pensamientos y acciones de los miembros de una sociedad y es parte de los procesos de aprendizaje en los individuos. Es así como el cuidado de las personas es responsabilidad compartida entre los niveles directivos de las organizaciones y los trabajadores, orientada a crear y asegurar condiciones de trabajo que trasmitan un mensaje de preocupación por su talento humano.

Una forma de promover el autocuidado en el trabajador es mediante la formación basada en valores preventivos que se promulguen desde la enseñanza primaria hasta los posgrados (23). En el ámbito laboral, el desarrollo de una cultura de autocuidado sustentada en la misión y la visión de la organización, permite la participación de los trabajadores, así como el compromiso de la alta gerencia en los procesos de transformación y cambio (24).

Además de las acciones de fortalecimiento de la cultura de autocuidado por parte de la organización y de los procesos educativos orientados al aumento de las capacidades individuales de los trabajadores, se evidenció la necesidad de acciones sistemáticas y permanentes que movilicen y ubiquen el sentido y el valor del autocuidado (25).

El constructo final de autocuidado, resultado de la triangulación, refleja el supuesto de Berger y Luckmann en el que la realidad se construye socialmente, entendiendo la realidad como una cualidad de los fenómenos reales, observables y presentes que existen independientemente de la capacidad del ser humano para excluirla, y que está sujeta al contexto y el grupo social en el que se desarrollan, con el fin de generar conocimiento. Es así como la vida diaria está colmada de aprendizajes subjetivos que son fundamento en la construcción de sentido que se objetiva en la sociedad, la reiteración de estas situaciones establecen pautas que se refuerzan mediante entes dominantes que conservan y trasmiten a generaciones futuras el acervo de conocimientos sociales constituidos (26).

En esta metodología utilizada, se destacan la facilidad y la rapidez en la obtención de resultados con respecto a los estudios cualitativos tradicionales, por lo que se sugiere, para la generación de estrategias de intervención, que incluyan una fase exploratoria utilizando esta metodología. Por otra parte, para futuros estudios, se sugiere estratificar los grupos por sexo, edad y nivel de escolaridad.

Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación permiten confirmar que, aunque se ha venido impulsando el autocuidado como una herramienta de promoción de la salud desde hace más de una década, los desafíos para desarrollarlo son enormes. Uno de ellos tiene que ver con la concepción etic del constructo, es decir, la interpretación de la realidad desde el investigador, la cual está centrada en las habilidades que desarrolla una persona para vivir, y su relación con la visión emic correspondiente a la interpretación de la realidad que hace el trabajador, en este caso, como la resultante de factores que determinan sus acciones cotidianas hacia su salud, siendo dinámica y adaptativa al entorno y sus condiciones de vida.

El concepto de autocuidado en salud y seguridad laboral para el grupo de trabajadores de la universidad se enmarcó en los términos de promoción y prevención, tomando como aspectos de relevancia el fortalecimiento de los valores hacia el amor propio y el respeto a sí mismo, y la creación de una cultura de cuidado en la institución que se refleje permanentemente en programas que fomenten estilos de vida saludables mediante prácticas sanas y seguras, y desarrollen habilidades para dar respuesta a los posibles peligros a los que se encuentren expuestos en sus actividades cotidianas. Es así como se deben desarrollar estrategias que, no solo resuelvan situaciones inminentes, sino que minimicen los riesgos o eliminen los peligros potenciales en el lugar de trabajo y sus efectos.

La concepción cultural sobre autocuidado en el grupo de trabajadores que participó tuvo una gran congruencia cultural, que categoriza los términos en cinco componentes: valores (respeto, amor, honestidad), cualidades personales (autoestima, responsabilidad, prudencia, disciplina), prácticas (alimentación saludable, hacer ejercicio, aseo personal, evitar consumo de alcohol o tabaco, realizar pausas activas, usar

elementos de protección personal, identificar y valorar los riesgos, recrearse, atender las recomendaciones médicas),consecuencias o efectos (bienestar, salud, seguridad, protección, felicidad) y entorno (contar con ambientes de trabajo que sean seguros, cómodos y agradables para vivir).

La comprensión del autocuidado es fundamental en la gestión del riesgo ocupacional, debido a las distintas estrategias que se emprenden para que los trabajadores cuiden su salud y la de sus colaboradores. En ese sentido, este artículo aporta elementos para entender los vínculos que existen entre las acciones de autocuidado de la vida cotidiana como individuo y ser social, y el entorno en el que se desarrollan laboralmente.

El abordar la prevención en ambientes de trabajo implica construir información acorde con la concepción cultural que tengan los grupos que conforman una organización, caracterizando su nivel de formación, experiencia y cognición, para obtener un cambio real en la actitud y el comportamiento, a fin de concientizarlos sobre la importancia de cuidar su integridad.

El carácter de esta investigación enfocada a los aspectos cualitativos, se basó en una muestra intencionada y no representativa de informantes clave. Esto determina el alcance de las conclusiones, por lo que los resultados se circunscriben a la institución objeto de estudio.

Si bien se hizo un esfuerzo especial por reducir los sesgos, se anota que los participantes en las dos etapas del estudio se convocaron durante la semana de la vida saludable, lo que supone su interés por el cuidado de su salud y participación en las actividades programadas por parte de la institución. Por lo tanto, estas limitaciones deben considerarse al momento de analizar los resultados.

De igual manera, la realización de estudios similares en otras organizaciones del mismo sector económico, permitiría hacer comparaciones de los resultados, que permitan identificar divergencias y convergencias en las categorías identificadas para el constructo del autocuidado.

Agradecimientos

A todas y cada una de las personas que participaron y permitieron que se lograra esta investigación.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en este artículo.

Referencias

1. Fondo de Riesgos Laborales. [Página principal en Internet] Bogotá: Ministerio de Trabajo; c2015-2017. [actualizado 17 Agosto 2017; citado 2 Sep 2017]. Disponible en: http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/infoestadistica/2015/Afiliados-y-eventos-ATEL-por-sector-economico-2015.pdf.
2. Fuentealba M, Jofré G. Promoción del autocuidado al interior de los equipos de salud. Valdivia: Universidad Austral de Chile, Instituto de Salud Pública; 2004.p. 4-6.
3. Generalitat Valenciana - Conselleria de Sanitat. Empresas Generadoras de Salud [Libro electrónico]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2005. [Consultado: 31 de Agosto de 2015].Disponible en: http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.3295-2004.pdf
4. Muñoz A, Castro E. De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables. Salud de los Trabajadores. 2010;18:141-152.
5. Camacho E, Vega-Michel C. Autocuidado de la Salud. Guadalajara: ITESO; 2014.P. 111-121
6. Hernández M. Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. Revista Salud Bosque. 2015;5:79-88.
7. Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional. ¿Qué es autocuidado en el trabajo? Santiago de Chile:FISO; 2011. [Consultado: 31 de Julio de 2015]. Disponible en:http://www.fiso-web.org/Content/files/articulos-profesionales/3749.pdf.
8. González R, Castro J, Moreno L. Promoción de la salud en el ciclo de vida. México, D.F.: Mc Graw Hill; 2012. p. 85-98.
9. Acosta R. Conceptos de calidad de vida laboral en el ámbito docente universitario. Revista Salud Bosque. 2015;5:89-100.
10. Romney K, Weller S, Batchelder W. Culture as consensus: A theory of culture and informant accuracy.American Anthropologist. 1986;88:313-38.[Consultado: 31 de Julio de 2015]. Disponible en: http://www.bebr.ufl.edu/sites/default/files/Culture%20as%20Consensus.pdf
11. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores, S.A.; 2003. p. 46-52.
12. Suri H. Purposeful sampling in qualitative research synthesis. Qualitative Research Journal. 2011;11:63-75.[Consultado: 29 de septiembre de 2015].Disponible en: http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.3316/QRJ1102063
13. Weller S, Romney K. Systematic data collection. California, United States: SAGE Publications Inc.; 1988. p.69-78.
14. Bernard H. Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches. London: Alta Mira Press; 1995. p. 146-196.
15. Tarrés ML. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Comunicación y Sociedad. 2004;2:289-94. [Consultado: 29 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/346/34600212.pdf.

16. Bautista N. Proceso de la investigación cualitativa. Epistemología, metodología y aplicaciones. México, D.F.: El Manual Moderno; 2011. p. 190-210.

17. Weller S. Cultural consensus theory: Applications and frequently asked questions.Texas, United States: SAGE Publications Inc.; 2007. p. 339-368.

18. De Souza M. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 1995. p. 165-177.

19. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ferney-Voltaire, Francia: AMM; 2013. [Consultado: 20 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf

20. República de Colombia, MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430, "por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". Bogotá: MINISTERIO DE SALUD;1993. [Consultado: 20 de noviembre de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf

21. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. 2006. [Consultado: 21 de Noviembre de 2017].Disponible en: https://drive.google.com/file/d/0BycVXVFHoWOpZVA0WDJGU3VIVmM/view

22. Arenas-Monreal L, Jasso-Arenas J, Campos-Navarro R. Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. GlobHealthProm. 2011;18:42-8. [Consultado: 15 de Agosto de 2015]. Disponible en: http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1757975911422960 http://ghp.sagepub.com

23. García E, Granda C. Proposición para perfeccionar la conquista social de la seguridad y salud de los trabajadores en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39:689-707.

24. Martínez C, Cremades L. Liderazgo y cultura en seguridad: su influencia en los comportamientos de trabajos seguros de los trabajadores. Salud Trab. 2012;20:179-92.

25. Fisher M. La salud mental y autocuidado: prácticas organizacionales y de capacitación en funcionarios y funcionarias de la ilustre municipalidad de El Bosque. (tesis). Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2007.

26. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores, S.A.; 1999. p. 36-52