



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**AUTOPERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA
CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE
TERCER NIVEL**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

L.E.O. MARIA DE LOS ANGELES MIRANDA SALGADO

DIRECTORA DE TESIS

MAESTRA MARIA MERCEDES CERVANTES DEL ANGEL

AGOSTO 2018



Cuernavaca Mor, a 27 de Agosto del 2018

DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ
JEFE DE POSGRADO
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los **votos aprobatorios** de la tesis titulada: **AUTOPERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**, trabajo que presenta la C. **MARIA DE LOS ANGELES MIRANDA SALGADO**, quien cursó el **POSGRADO: MAESTRÍA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME	<i>Edith Ruth Arizmendi</i>		
DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ	<i>Clara Irene Hernandez Marquez</i>		
M. E. MARIA MERCEDES CERVANTES DEL ANGEL	<i>Maria Mercedes Cervantes del Angel</i>		
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SANCHEZ	<i>Abigail Fernandez Sanchez</i>		
DR. HECTOR DANIEL GUILLEN RAUDA	<i>Hector Daniel Guillen Rauda</i>		

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

DEDICATORIA

A **Dios** por ser mi guía.

A mi **madre** por su apoyo incondicional y comprensión.

A mi **hija** Claudia, por ser mi gran inspiración.

A **Gustavo** por su amor y su apoyo incondicional.

A mis **hermanos** por sus palabras de aliento.

A mis amigos, **Mariela, Gabriela, Ana, Alma, Enrique, Daniel**, y todos aquellos que me brindaron su apoyo en todo momento.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. GENERALIDADES.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.4. PROPÓSITO	7
1.5. ANTECEDENTES.....	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Autopercepción	12
2.2. Autoconcepto.....	13
2.3. Autoestima:.....	16
2.4. Satisfacción laboral.....	17
2.5. Compromiso del empleado	19
• Satisfacción laboral y desempeño en el trabajo.....	19
• Satisfacción laboral y satisfacción del cliente.....	19
• Satisfacción laboral y ausentismo.....	20
• Satisfacción laboral y rotación del personal.....	20
• Satisfacción laboral y anomalías en el lugar del trabajo.....	20
2.6. Conformidad	21
2.7. Conflicto laboral	22
2.8. Habilidad	23
2.9. Castigo.....	24
2.10. Carga de trabajo.....	26
2.11. Antecedentes históricos de la CEYE:.....	27
2.12. Importancia de la CEYE en el funcionamiento de un hospital	27
2.13. Área técnica.....	28
2.14. Área de acondicionamiento, empaquetamiento, preparación y esterilización del material (área limpia).....	30
2.15. Área de almacenado del material (área estéril).....	31

2.16. Área administrativa.....	31
2.17. Área de apoyo.....	31
2.18. Recursos humanos y capacitación	32
2.19. Conocimientos y habilidades requeridas en las centrales y equipos de esterilización. ..	32
2.20. Teoría de Sor Callista Roy	37
2.21. ESCENARIO	40
Descripción de la Central de Equipos y Esterilización del Hospital de alta especialidad “Centenario de la Revolución Mexicana.” (Hospital de tercer nivel).....	43
CAPITULO III. MÉTODOS	47
3.1. Fenomenología	48
3.2. Triangulación de datos en la investigación cualitativa	50
3.2. Consideraciones éticas.....	51
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	57
CAPITULO V. CONCLUSIÓN	73
CAPITULO VI. DISCUSIÓN.....	75
ANEXO	79
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

RESUMEN

Esta investigación tuvo como propósito explorar sobre la forma en cómo se autopercibe el personal de enfermería de la Central de Equipos y Esterilización (CEYE) en un hospital de tercer nivel. Se realizó un estudio cualitativo de diseño fenomenológico, para ello se efectuaron entrevistas semiestructuradas a cinco enfermeras (os) del servicio de la CEYE, en los discursos de los participantes emergieron siete categorías (Conformidad, hacer bien las cosas, todo mundo exige, conflictos laborales, gasitas, castigo, carga de trabajo) y se concluyó que el personal de enfermería de la CEYE se autopercibe ejecutor de actividades de poco valor, con insatisfacción laboral, conflictos interpersonales, así como conforme con las acciones que efectúa, castigado por sus superiores, minimizado por el resto del personal con el que interactúa en su jornada laboral, con sobrecarga de trabajo y que al no estar en contacto directo con los pacientes, razón para lo cual fueron preparados, por consiguiente consideran los participantes que no se cumplen sus expectativas profesionales. Por lo que se concluye que el personal de enfermería de la CEYE, requiere de estrategias gerenciales (capacitación continua, conferencias motivacionales, incentivos, grupos de apoyo) que les permitan sentirse valorados y satisfechos de la actividad que hacen para poder proporcionar calidad de atención indirecta a los pacientes, que redundará notablemente en la productividad hospitalaria evitando retrasos en las áreas quirúrgicas y en las áreas hospitalaria, así como los costos que estos generan.

Palabras Clave: Autopercepción, enfermeros, hospital.

SUMMARY

The purpose of this research was to explore how the nursing staff of the Equipment and Sterilization Center (CEYE) perceives itself in a tertiary hospital, a qualitative study of phenomenological design was carried out, for which semi-structured interviews were conducted to five nurses of the service, in the speeches of the participants emerged seven categories (Conformity, doing things well, everyone demands, labor conflicts, gasitas, punishment, workload) and it was concluded that the nursing staff of CEYE self-evaluates activities of low value, with job dissatisfaction, interpersonal conflicts, as well as in accordance with the activities it carries out, punished by its superiors, minimized by the rest of the staff with whom it interacts during work, with work overload and that by not being in direct contact with patients, reason for which they were prepared, by consig The participants are considered not to meet their professional expectations. Therefore, it is concluded that the nursing staff of the CEYE requires management strategies (continuous training, motivational conferences, incentives, support groups) that allow them to feel valued and satisfied with the activity they perform in order to provide indirect quality of care. To patients, which will significantly improve hospital productivity, avoiding delays in surgical areas and in hospital areas, as well as the costs they generate.

Keywords: Self-perception, nurses, hospital.

INTRODUCCIÓN

Se define la autopercepción como un conjunto de conceptos internamente conscientes y jerárquicamente organizados, en una realidad compleja integrada por auto conceptos más concretos, como el físico, social y académico, es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia, integrando nuevos datos e informaciones y se desarrolla de acuerdo con las experiencias sociales, especialmente con las personas significativas.

La autopercepción es el conjunto de valoraciones que una persona tiene respecto a sus capacidades, y se relaciona directamente con sus creencias, actitudes, deseos, valoraciones, expectativas que se fundamentan en la realidad pero se transforma en su mundo interior.(Villamizar Acevedo, Becerra Alvarez, & Delgado Martinez, 2014).

La presente tesis tuvo como propósito explorar sobre la forma en cómo se autopercibe el personal de enfermería de la Central de Equipos y Esterilización (CEYE) en un hospital de tercer nivel, se realizó un estudio cualitativo de diseño fenomenológico, la información se recolectó a través de aplicación de entrevistas semiestructuradas a 5 enfermeros, en el cual se identificaron siete categorías (Conformidad, hacer bien las cosas, todo mundo exige, conflictos laborales, gasitas, castigo, carga de trabajo).

La fenomenología, los autores Husserl y Heidegger lo definen como el estudio de los fenómenos (o experiencias) tal como se presentan y la manera en que se viven por las propias personas, busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones. Es fundamental que no se generalice sobre la conducta humana, ya que es la persona misma quien construye su mundo y lo vive de acuerdo a su percepción de la realidad. (Alvarez-Gayou Jurgenson, 2003)

La investigación se sustenta en el modelo de “Sor Callista Roy”, que se centra en el concepto de adaptación del ser humano. En su modelo hay dos subsistemas que se relacionan entre sí, el subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y de efectos está compuesto por cuatro modos de adaptación: a) necesidades fisiológicas, b) autoestima; c) función del rol, e d) interdependencia.

El que nos compete en este trabajo de investigación, se relaciona en el subsistema secundario que está compuesto por cuatro modos de adaptación y los que nos interesan son el autoestima, función del rol y el de interdependencia, con el cual, si no existe un equilibrio no se da la adaptación, ya que el rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro. El de interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad que son “el dar y recibir amor, respeto y valores”; y el de autoestima como el conjunto de creencias que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado, el propósito de estos modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social.

CAPITULO I. GENERALIDADES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El personal de enfermería adscrito al servicio de Central de Equipos y Esterilización (CEYE) que se desempeñan en las instituciones de salud se enfrentan con situaciones contrarias a la labor para la cual fueron preparadas, ya que, de acuerdo con el pensamiento social la esencia de la enfermería radica en el cuidado del enfermo, en las salas de hospitalización, por lo que, este personal, al no estar en contacto directo con el paciente sufre sentimientos de objetivación que afectan su desempeño laboral, su autopercepción como profesionales y su satisfacción personal, lo que lleva a una desvalorización.

Las enfermeras(os) que laboran en CEYE constantemente expresan su inconformidad por trabajar en ese servicio, asumen que realizar su práctica enfermera ahí es un castigo, o que han sido asignados ahí porque carecen de competencias profesionales adecuadas para atender a un paciente hospitalizado. Estos sentimientos influyen en su desempeño dentro del servicio, lo que conlleva a serios problemas dentro del hospital, como retrasos en cirugías, en curaciones, en el abastecimiento de equipos y material en los demás servicios del hospital, afectando la calidad de atención que se da al paciente y el correcto desempeño de actividades del personal médico y paramédico de la institución.

Así mismo generan un clima laboral negativo, rutinario, tedioso, con frecuentes roces personales, conflictos interpersonales e inequidad en la asignación de funciones, lo que redundando en un cansancio crónico y falta de interés en la realización de actividades; así como insatisfacción laboral.

Landy y Conte conceptualizan la satisfacción laboral como la actitud positiva o estado emocional que resulta de la valoración del trabajo o de la experiencia laboral. (García Hernández, Martínez García, Rivera López, & Gutiérrez Fragosó, 2016)

De lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se autopercibe el personal de enfermería de la central de equipos y esterilización en un hospital de tercer nivel?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La autopercepción es una acción que consiste en que cada persona percibe sus emociones, su personalidad, sus ideas, y sus deseos, así como sus virtudes y defectos en base a lo cual se forma una opinión sobre sí mismo. Los seres humanos tenemos la capacidad de percibirnos a nosotros mismos, construir una autoimagen y comprender nuestro estado afectivo emocional y mental. El producto de la autopercepción es subjetivo y está definido por cada persona, pudiendo en ocasiones ser diferente de la realidad de otras personas, es decir, que la autopercepción puede ser diferente de la percepción que los otros tienen de nosotros mismos.

El desarrollo de la autoimagen y autoconcepto está influido por las experiencias personales e información objetiva y subjetiva proveniente del medio que nos rodea de manera consciente o inconsciente con el rol que deseamos ocupar en la vida, ya sea como integrantes de una familia, de una sociedad o como profesionistas.

La autopercepción es la respuesta interna a la distinción que damos a los factores ambientales externos, más que a la necesidad de auto conocernos internamente, desvirtuando la autopercepción, sugiriendo que la sociedad determina esta percepción, sin reconocer que es la misma persona quien tiende a asimilar valores externos más que a identificar nuestras cualidades y potencialidades reales, ya sea en el ámbito familiar, social, o laboral.

Estos factores adquieren relevancia porque hacen que la persona asigne un valor en la conciencia que puede generar disconformidad, en función de aspectos derivados del entorno y de las propias necesidades de desarrollo profesional.

La profesión de enfermería es percibida por la sociedad en general como la ciencia del cuidado, que involucra la atención a personas sanas y enfermas en el ámbito hospitalario y comunitario, pero no se le relaciona con el cuidado de material, equipo, instrumental y en general con elementos inanimados, mismos que son la razón de ser de la CEYE.

En la CEYE, el profesional de enfermería se ve obligado a entablar una relación laboral no con personas, sino con objetos, que si bien sirven para el cuidado de las personas, no son utilizados por el mismo personal que los provee. Esta relación establecida entre el profesional de enfermería y el material y equipo con que trabaja establece un sistema cuyas interrelaciones y comunicación no existen.

La falta de este trato humano y cálido para el que el personal de enfermería se ha preparado influye en su autopercepción, afectando sus relaciones con el personal, con superiores y en general con todas las personas con que tiene que interactuar. El trabajo en el área de CEYE tiene características que atañen a la inteligencia, la apariencia e incluso el estilo de vida de quienes ahí laboran, afectando su nivel de satisfacción, socialización y disconformidad con ellos mismos y con la institución.

La autopercepción, define en mucho la forma de actuar de las personas, interviene en la incapacidad interna y obnubila el autoconocimiento, que tiene por objeto conocernos en nuestra realidad, para detectar alarmas que indiquen una necesidad de cambio interno. Permite interpretar subjetivamente aspectos de uno mismo que influyen en la relación con los demás y en la percepción de cómo la persona se incluye en la sociedad. Un autoconcepto desviado de la realidad y establecido como un patrón inflexible genera una mala adaptación en las relaciones interpersonales y en la sociedad, la aplicación de mecanismos de defensa internos (represión, negación, formación reactiva, desplazamiento, proyección, introyección, fijación o regresión a etapas anteriores) con el objeto de no querer percibir aquello que produce un importante impacto interno por estar en contra de los propios valores, ideales y expectativas.

Los resultados de esta investigación proporcionaran al personal directivo de los hospitales, conocer la forma en que los trabajadores de la CEYE perciben su realidad y la razón de sus respuestas ante las exigencias institucionales, en base a lo cual se podrán proponer estrategias gerenciales que permitan modificar la autopercepción para obtener mejores resultados en la institución y una mayor satisfacción laboral de quienes están asignados al servicio.

1.4. PROPÓSITO

El propósito de la presente investigación es explorar sobre la forma en cómo se autopercibe el personal de enfermería de la central de equipos y esterilización en un hospital de tercer nivel.

1.5. ANTECEDENTES

Borges, Alves y Regina (2011) establecen que la satisfacción en el trabajo es una evaluación subjetiva del trabajador sobre en qué medida los aspectos laborales pueden ser perjudiciales o benéficos para su bienestar.

Schultz (1995) propone que la satisfacción laboral es la actitud o disposición psicológica de la persona hacia su trabajo, considerando lo que piensa de éste, así como si está contento o no, es decir, el conjunto de actitudes o sentimientos respecto a uno mismo.

Blum (1994) propone que para considerar la satisfacción laboral, el personal debe estar a gusto con su trabajo o con los distintos aspectos que se derivan de él, de tal manera que el trabajo puede ser una experiencia agradable o desagradable, dependiendo de la influencia que tenga la satisfacción sobre los aspectos personales y los laborales.

Chiang, Salazar y Núñez (2007) afirman que la satisfacción en el trabajo es importante en cualquier tipo de profesión, no sólo para el bienestar de las personas, sino para la productividad y la calidad.(García Hernández, Martínez García, Rivera López, & Gutiérrez Fragosó, 2016)

Existen una gran variedad de estudios similares sobre la importancia de la autopercepción como el realizado en Anda Lucia entre 2013 y 2015 con un diseño mixto, donde participó un muestreo intencional con 24 participantes, se les aplicó un cuestionario y una entrevista semiestructurada. Y sus resultados fueron los siguientes: La dimensión que mejor se autovaloraron fue el apoyo prestado a sus profesionales y la peor, la referente a la autodefinición como «buen/a líder». Esta última giró en torno a 3 dimensiones clave: honestidad y capacidad de ganarse la confianza del equipo, actitud comunicativa y cercana, y reconocimiento y refuerzo de los miembros del equipo. Se describieron estilos dispares de liderazgo. Las principales dificultades que condicionaron el ejercicio de liderazgo se relacionaron con las restricciones derivadas de la crisis económica y con la gestión de los conflictos personales. Se concluyó que las

personas responsables describieron un estilo de liderazgo adaptado a las circunstancias, basado en el apoyo profesional y personal, que apuesta por la comunicación como elemento clave de cohesión y proyecto de equipo. Consideran que es necesario seguir estudiando la visión de los líderes, para conocer mejor sus experiencias, necesidades y expectativas. (García-Romeraa, Danetb, & March-Cerdàab, 2016)

Otro estudio realizado en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, México en el año 2009 – 2012 en los estudiantes de 7° y 8° semestre de la Licenciatura en enfermería, de forma cuantitativo, transversal y descriptivo, que identifica el nivel de autopercepción de las competencias genéricas y específicas de enfermería en 137 alumnos, a través de un instrumento de 32 ítems, mediante escala Likert: muy poco competente (1) a muy competente (5), el resultados fue que el promedio general de autopercepción fue 3.95. Las competencias mejor calificadas fueron: respeto por la cultura y derechos de los pacientes (4.5) y trabajo en equipo (4.29). Competencias con nivel más bajo: gestión de protocolos de investigación (3.48), aplicación del cuidado, la metodología y teorías propias de la profesión (3.91), documentación y comunicación con la persona, familia y comunidad (3.92). Por lo que el estudio concluyó que los alumnos de enfermería autoperciben un nivel de competencia adecuado para su formación, sin embargo, deben fortalecer algunas competencias específicas que son importantes para la profesión; como el uso de la metodología específica de enfermería y la capacidad de diseñar proyectos de investigación. (Escamilla Cruz , Córdoba Avila, & Campos Castolo, 2012)

En otro estudio ejecutado en la Facultad de Enfermería de Universidad de la República y Universidad Católica del Uruguay, realizado durante el año 2013, un estudio observacional, descriptivo, transversal interviniendo 33 estudiantes del último ciclo, con el objetivo de describir la percepción del nivel de competencias en relación con el entorno de aprendizaje práctico, encontró como resultado que los estudiantes consideran Muy Bueno. La dimensión autoevaluada como más alta fue Rol de Trabajo. La frecuencia de utilización de competencias se ubicó en su mayoría (84.8%) entre utilizadas "muy a menudo" y "ocasionalmente". El entorno se evaluó mayormente como

no favorable (54.5% en desacuerdo). No se pudo establecer relación entre competencias y entorno para la muestra estudiada. Este estudio concluyó que los estudiantes avanzados tienen un muy buen nivel de competencias lo cual consideran imprescindible continuar investigando acerca del entorno y otros factores que puedan influir en las competencias. (De Souza Cruz & Mariscal Crespo, 2016)

En otro estudio realizado en el Primer Nivel de Atención del Área Operativa XI “Orán” en la ciudad de San Ramón de la Nueva Orán, Argentina, un estudio descriptivo con abordaje cuanti-cualitativo, no experimental, con el objetivo de analizar cuál es la autopercepción que las/os enfermeras/os poseen del rol de Enfermería de Atención Primaria de la Salud (APS). Se aplicó un cuestionario semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas, a 22 profesionales, durante el período Mayo-Agosto de 2011, este estudio tuvo como resultado, que la mayoría del personal consideró a Enfermería como arte u oficio y no la consideran una profesión en sí misma, como conclusión se encontró la existencia de una relación entre la formación profesional y la autopercepción profesional. Se evidenció que existe una carencia importante de actualización profesional en el personal de APS, además de existir una relación inversamente proporcional entre el nivel profesional y la cantidad de formación continuada recibida, que el personal de Enfermería de APS del Área Operativa XI no cuenta con formación profesional adecuada ni con planes de capacitación y actualización profesional pertinentes para el rol, tratándose de personas con muchos años de antigüedad en el sistema, pero pocos años de desempeño en el área específica de APS. A su vez, se nota una clara orientación de la práctica hacia el modelo asistencial y no proactivo aunque a un nivel abstracto existe una configuración adecuada de cuál debiera ser el campo de acción y el rol de la Enfermería de APS. Por otra parte, se evidenció una buena percepción del rol de Enfermería dentro del Equipo de Atención de Salud. (Santos Popper, 2013).

En otro estudio realizado en el centro de salud materno de castilla. Piura, Perú, entre el mes de mayo y junio del 2016, de tipo observacional, analítico de corte transversal, con el objetivo de determinar cuáles son los factores asociados a ansiedad en el trabajo, se evaluó 170 trabajadores de la salud, los cuales fueron distribuidos en

dos grupos, el grupo de trabajadores con ansiedad en el trabajo 25 y el grupo de trabajadores sin ansiedad en el trabajo 145. Se encontró como resultado que la autopercepción del ambiente laboral no favorable es factor asociado a ansiedad en el trabajo en el análisis bivariado ($p < 0.05$). El género femenino es factor asociado a ansiedad en el trabajo en el análisis bivariado ($p < 0.05$). El área de atención asistencial es factor asociado a ansiedad en el trabajo en el análisis bivariado ($p < 0.05$). Se concluyó que la autopercepción del ambiente laboral, el género femenino y el área de atención, son factores asociados a ansiedad en el trabajo en el análisis multivariado y se recomienda la realización de estudios metacéntricos con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo expresado por estas variables en el tiempo con mayor precisión. (Cespedes Cabrera, 2016)

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1. Autopercepción

El concepto de autopercepción es el resultado, entre otros factores, de las expectativas sociales que han sido internalizadas por los sujetos mediante la educación, las costumbres, los rituales y los mitos. Cada individuo dentro de su contexto histórico, político y económico moldea una imagen ideal que se espera sea cumplida por los miembros de la sociedad en cuestión. (Aceves Palma, Garcia Vega, & González Pedraza Avilez, 2011)

Se define como el proceso a través del cual patrones de estímulos medio ambientales son organizados e interpretados. Está estrechamente relacionado con el concepto de autoestima, que se define como el modo en que un individuo se ve a sí mismo y determina conductas de rechazo o aprobación, autocalificando la competencia y valor.

Esta descrito en la literatura que las personas tienden a evaluar sus habilidades y características de una forma más favorable de lo que objetivamente son. Esta percepción mejorada no es un intento de ver lo que se desea ver, sino más bien representa una visión reflexiva y a la vez parcializada del procesamiento de la autoafirmación relevante. Los estereotipos negativos sobre los demás se activan selectivamente y se aplican a sí mismo para lucir mejor, por lo tanto las personas tienden a ser más objetivas en la evaluación de las imágenes de los demás que en la apreciación de su propia imagen. El proceso de autopercepción puede ser influenciado por una variedad de factores físicos, psicológicos, culturales y sociales. (Orrego Ramirez, Meza Fuentealba, Vergara Nuñez, Lee Muñoz, & Schleyer Daza, 2016)

Según los planteamientos realizados por Locker, la autopercepción es una valoración propia de los individuos, que puede ser positiva o negativa, sobre el bienestar funcional, social y psicológico. O sea, se refiere a la experiencia individual y sus consecuencias en la vida diaria; se constituye en un contexto sociológico y psicológico, que puede ser

aplicado en el plano individual o poblacional, y que pertenece a un paradigma socioambiental en el que se crea un compromiso con las maneras de medir la percepción, los sentimientos y los comportamientos. (Rodríguez Fuentes, Arpajón Peña, Herrera López, Justo Díaz, & Jimenez Quintana, 2016)

La autopercepción puede considerarse como un acto de introspección, es decir, hacer conscientes observaciones interiores de los propios actos o estados de ánimo o de conciencia; se puede considerar un evento de autoconciencia, *insigth, self*. La autopercepción implica percibir nuestra personalidad, emociones, ideas, deseos e intereses; es decir, conocernos de la manera más íntima posible, para así poder formarnos una opinión sobre nosotros mismos (Introspección). (Baillet Esquivel, Ponce Rosas, Landgrave Ibáñez, Jimenez Galván, Navarro García, & Villanueva Estrada, 2012)

2.2. Autoconcepto

Los primeros planteamientos históricos sobre autoconcepto se basaban en la idea de que las percepciones que cada cual tiene de sí mismo forman un todo indivisible y global, por lo que para poder entender el autoconcepto propio había que evaluar esa visión general. En la actualidad, sin embargo, se acepta una concepción jerárquica y multidimensional (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976) según la cual el autoconcepto general estaría estructurado en varios dominios (académico, personal, social y físico) cada uno de los cuales se dividiría a su vez en dimensiones de mayor especificidad (Axpe y Uralde, 2008).

Este constructo se ha definido como las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976), así como el concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual (García y Musitu, 1999).

Algunos autores, como Harter (1986), realizan aportaciones interesantes, como que el autoconcepto general o global va a estar determinado por el grado de

importancia que demos a cada uno de los componentes específicos. Si al autodescribirnos nuestros juicios de valor son satisfactorios, entonces obtendremos un autoconcepto global positivo. En el caso contrario, generaremos sentimientos negativos y, por tanto, repercutirá en un autoconcepto global negativo.

La importancia del autoconcepto reside en su relevante aportación a la formación de la personalidad, pues tiene que ver con la competencia social, ya que influye sobre la persona en cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y, en definitiva, cómo se comporta (Clemes y Bean, 1996; Clark, Clemes y Bean, 2000).

Según Vera y Zebadúa (2002), el autoconcepto se considera una necesidad humana profunda y poderosa, básica para la vida sana, con un buen funcionamiento y para la autorrealización. Está relacionado con nuestro bienestar en general. Muchos de los problemas psicológicos actuales como la depresión o los malos tratos conyugales se relacionan con un autoconcepto bajo o defectuoso. (Cazalla Luna & Molero, Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia, 2013)

Hay una tendencia bastante general que concibe el autoconcepto como las características que cada persona se atribuye. Shavelson, Hubner y Stanton (1976) definieron el autoconcepto como la percepción que el individuo tiene de sí mismo, la cual se basa directamente en sus experiencias en relación con los demás y en las atribuciones que el mismo realiza de su propia conducta. En su modelo jerárquico y multifacético proponen como integrantes del constructo componentes emocionales (son los subjetivos e internos), sociales (relacionados con la significación que la conducta del individuo tiene para los demás), físicos (en los que tiene una incidencia fundamental de las aptitudes y apariencia general del individuo) y académicos.

El autoconcepto es una realidad dinámica que se modifica con la experiencia integrando nuevos datos e informaciones. Para Fierro (1990) los juicios sobre sí mismo con la organización cardinal de todo el sistema de autoconocimiento y son de dos tipos: los descriptivos, que indican como somos y los evaluativos, que se refieren a la valoración que nos merecen nuestras características.

En general cuando se habla de autoconcepto se hace referencia a aquellos que cada persona piensa de sí misma. (Domènech Llaberia, 2005)

Según Purkey (1970, p.7) define el autoconcepto como un “sistema complejo y dinámico de creencias que un individuo considera verdaderas respecto a si mismo teniendo cada creencia un valor correspondiente”. Por su parte Shavelson, Hubner y Stanton . Entiende el autoconcepto como “las percepciones que una persona mantiene sobre sí misma y que ha sido forjada a través de la interpretación de la propia experiencia y del ambiente, siendo influenciadas, de manera especial, por los refuerzos y feedback de los otros significativos así como los propios mecanismos cognitivos tales como las atribuciones”. (Núñez Pérez & González-Pienda, 1994)

El autoconcepto hace referencia a la imagen que uno tiene de sí mismo independientemente de la valoración personal. Cuando pedimos a alguien que haga una descripción de sí, que manifieste aquellas cualidades o notas que le caracterizan de forma individual, nos mostrará una representación mental de cómo se percibe a sí mismo; alto, rubio, grueso, simpático etc., ello no significa que estas cualidades o atributos sean de su agrado, que le gusten o no. (Perea Quesada, 2004)

Podemos señalar dos consecuencias importantes que surgen en la vida de cada persona a partir de su auto concepto: La motivación y la salud psíquica. Uno de los factores más importantes en la motivación de una persona es su propio auto concepto. Si un individuo cree que es tonto o que es incapaz para las matemáticas, o torpe en sus movimientos, basta esa creencia (corresponda o no a la realidad) para que disminuya notablemente su eficacia en este tipo de actividades.

Por supuesto, no se trataría de inflar las cualidades positivas. Lo correcto sería una visión realista que no exagerará los extremos de estas cualidades, muchas potencialidades, vocaciones y habilidades, no llegan a descubrirse debido a la creencia a priori de que no se poseen las cualidades correspondientes. Cuando una persona llega a captar que solamente utiliza 10% de sus potencialidades, su auto concepto así ampliado, puede motivarlo para una realización más productiva y eficaz de sí mismo.

La otra consecuencia práctica del auto concepto es la salud mental la neurosis está en función de una incorrecta autopercepción axiológica la cual consiste en captar las propias cualidades y valores. El resultado es el auto concepto, el cual se define como “el conjunto de características y valores que creemos poseer”. El autoconcepto suele ser una introyección por parte de las autoridades. Es necesario captar directamente en uno mismo las cualidades de la propia personalidad.

El autoconcepto influye notablemente en la motivación y en la salud psíquica. Una persona que cree no poseer cualidades para las matemáticas, poco esfuerzo va a realizar en su estudio. La neurosis como veremos, está en función de una incorrecta autopercepción axiológica. Un caso típico es el de la persona exageradamente suspicaz, que ve críticas, rechazos y ofensas a donde solo hay una revelación de sus naturales defectos. Su auto concepto, exagerado en cuanto a ciertas cualidades, le impiden aceptar cualquier manifestación de una falla. Esto le crea una sensación de inseguridad, de frustración velada y produce los famosos mecanismos de defensa. (Gutierrez Saenz, 2006)

2.3. Autoestima:

El concepto de autoestima, en el mundo occidental actual, está incorporado en el vocabulario habitual. El verbo << estimar >> procede del latín aestimare <<evaluar>> que tiene un significado doble <<Determinar el valor>> y <<tener una opinión sobre algo>. Hoy la autoestima forma parte del << imaginario colectivo>> como el sentimiento de estima y confianza del individuo hacia sí mismo, en lo que es y en sus posibilidades, aceptando también sus limitaciones... En definitiva aceptarse y quererse conociéndose para poder aceptar y querer a los demás como son. (Llberia, 2005)

Se define como la apreciación del propio valor e importancia, caracterizada por la posibilidad de responsabilizarse por uno mismo y actuar de manera responsable hacia los demás. La autoestima se refiere al juicio del mérito o valor que el individuo asigna a las diversas facetas de su persona. (Raffini, 2008)

“La autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal. En otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Refleja el juicio implícito de cada uno; hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (Respetar y defender sus intereses y necesidades). (Branden, 2009)

Según Güell y Muñoz, la persona tiene la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima. Señala que “Si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo”.

Refiriéndose a este tema de la autoestima, Santrock expresa que ésta es: “La evaluación global de la dimensión de Yo o self. La autoestima también se refiere a la autovalía o a la autoimagen, y refleja la confianza global del individuo y la satisfacción de sí mismo”.

Para White en Courrau, la autoestima es el valor del yo, el valor de la persona ante los ojos de las otras. Esta autora la define como un proceso dinámico y multidimensional que se va construyendo a lo largo de la vida y en el cual se involucra el contexto social, físico, emocional y cognitivo de la persona.

Por otra parte, Gastón de Mézerville menciona que “La autoestima es la percepción valorativa y confiada de sí misma, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida”. (Naranjo Pereira, 2007)

2.4. Satisfacción laboral

Se define como un sentimiento positivo respecto del puesto trabajo propio, que resulta de una evaluación de las características de éste.

Cuando se habla de las actitudes de los empleados, por lo general se hace referencia a la satisfacción laboral, un individuo con un alto nivel de satisfacción laboral, tiene sentimientos positivos acerca de su puesto de trabajo, mientras que alguien insatisfecho tiene sentimientos negativos.

Un concepto relacionado con la satisfacción laboral es el involucramiento en el trabajo, el cual mide el grado en que un individuo se identifica psicológicamente con su puesto de trabajo y considera que su nivel de desempeño percibido es importante para la valía personal. Los empleados con un nivel alto de involucramiento en el trabajo, se sienten muy identificados e interesados por la actividad que realizan.

Un estudio de los gerentes de enfermería en Singapur descubrió que los buenos líderes delegan facultades a sus empleados al involucrarlos en la toma de decisiones, al hacerlos sentir que su actividad es importante.

Los altos niveles de involucramiento laboral y la facultad psicológica se relacionan de manera positiva con la ciudadanía organizacional y el desempeño laboral un alto involucramiento en el trabajo también se relaciona con menor ausentismo y menores tasas de renuncia.

En el compromiso organizacional un empleado se identifica con una organización en particular y con sus metas, y desea continuar perteneciendo a ella. La mayoría de las investigaciones se han enfocado en el apego emocional hacia una organización y en la creencia en sus valores, como “el estándar de oro” del compromiso de los trabajadores.

Los modelos teóricos proponen que los trabajadores comprometidos son menos proclives al aislamiento laboral, incluso si se sienten insatisfechos, ya que tienen un sentimiento de lealtad organizacional. Por otro lado, los individuos que no están comprometidos, que sienten menos lealtad a la organización, tienden a exhibir niveles menores de asistencia laboral en general. Parece que incluso si los empleados no se sienten contentos con su trabajo, si están lo suficientemente comprometidos, se muestran dispuestos a hacer sacrificios por la organización.

2.5. Compromiso del empleado

Se define como el involucramiento, la satisfacción y el entusiasmo que un individuo muestra hacia el trabajo que realiza. Por ejemplo, podríamos preguntar a trabajadores sobre la disponibilidad de recursos y las oportunidades de aprender habilidades nuevas, si sienten que su trabajo es importante y significativo, y sus interacciones con sus colegas y superiores resultan gratificantes. Los empleados muy comprometidos sienten pasión por sus labores, así como una conexión profunda con su empresa; los empleados sin compromiso en esencia asisten al lugar del trabajo dan tiempo pero no ponen energía ni atención en sus actividades. Un estudio en casi 8000 unidades de negocio de 36 compañías encontró que aquellas que tenían empleados más comprometidos tenían clientes más satisfechos, eran más productivos y padecían menores niveles de rotación de personal y accidentes.

- Satisfacción laboral y desempeño en el trabajo.

Muchos estudios han concluido, que los trabajadores felices son más productivos, no obstante, algunos investigadores solían creer que era un mito la relación entre la satisfacción laboral y el desempeño en el trabajo. Pero una revisión de 300 estudios sugirió que la correlación es bastante alta. Cuando se reúnen datos sobre la satisfacción y la productividad para la organización en su conjunto, se encuentra que las empresas que tienen más empleado satisfechos tienden a ser más eficaces que aquellas con pocos empleados satisfechos.

- Satisfacción laboral y satisfacción del cliente.

Es frecuente que los empleados en puestos de servicio interactúen con los clientes como los gerentes de las organizaciones del servicio deben preocuparse por satisfacer a los clientes, es razonable preguntar si la satisfacción de los trabajadores se relaciona en forma positiva con la satisfacción de los clientes. Para quienes están en la línea frontal en contacto directo con los clientes, la respuesta es “sí”. Los empleados satisfechos incrementan la satisfacción y lealtad de los clientes.

- Satisfacción laboral y ausentismo.

Se ha encontrado una relación negativa consistente entre la satisfacción y el ausentismo, pero la correlación va de moderada a baja. Si bien tiene sentido que los empleados insatisfechos falten al trabajo, hay otros factores que también influyen en la relación.

- Satisfacción laboral y rotación del personal.

La relación entre la satisfacción laboral y la rotación del personal es más significativa que entre la satisfacción y el ausentismo. Si un individuo recibe una oferta de trabajo no solicitada, la insatisfacción laboral no es un buen pronosticador de la rotación ya que lo más probable es que el empleado se vaya en respuesta a la “atracción”. (El señuelo del otro empleo) Que al “empuje” (Lo poco atractivo de su trabajo actual). De manera similar es más probable que la insatisfacción laboral se convierta en rotación cuando el empleado tiene muchas oportunidades, ya que considerara que es fácil cambiar de trabajo. Por último cuando los empleados tienen un “capital humano” elevado (alto nivel académico, alto nivel de aptitudes) es más probable que la insatisfacción laboral se convierta en rotación porque tiene (o así lo percibe) muchas alternativas a su disposición.

- Satisfacción laboral y anomalías en el lugar del trabajo.

Si a los individuos no les gusta su ambiente laboral, responderán de algún modo, aunque no siempre es fácil predecir con exactitud como lo harán. La respuesta de uno tal vez sea renunciar mientras que la de otro sería perder el tiempo navegando en internet o substrayendo insumos del trabajo para su uso personal. En pocas palabras los trabajadores a quienes no les gusta su trabajo “se desquitan” de diversas maneras. Si los empleadores desean controlar efectivamente las consecuencias indeseables de la insatisfacción laboral, deberían atacar la fuente del problema (La insatisfacción) en vez de intentar controlar las distintas respuestas. (Robbins & Judge, 2013)

2.6. Conformidad

Como parte de un grupo, cada persona desea ser aceptado por sus integrantes, y eso lo hace susceptible a acatar las normas grupales; una gran cantidad de evidencias sugieren que los grupos ejercen presiones sobre sus miembros, con el propósito de que cambien sus actitudes y comportamientos para conformarse con el estándar grupal. Hay muchas razones para conformarse, pero investigaciones recientes destacan la importancia de un deseo de formarse percepciones precisas de la realidad con base en el consenso del grupo, de forjar relaciones sociales significativas con otras personas y de mantener un auto concepto. (Robbins & Judge, 2013).

El concepto de conformidad se deriva “del latín conformo – ajustarse, acomodarse a la voluntad de otro. Es un término con el que se indica una presunta tendencia a ser aquiescente con las costumbres y orientaciones que predominan en el grupo sociocultural en que se vive.” La conformidad es un cambio en la conducta del individuo, conforme a los demás. Es un hecho básico de la vida social, por lo que se consideran dos necesidades que posee cualquier individuo, el deseo de gustar o de ser aceptado por los demás, y el deseo de estar en lo cierto, de entender adecuadamente el mundo social. De este modo, para ser aceptado, el individuo genera ciertas conductas ante un grupo, e incluso cambia aspectos de su personalidad.

En determinados contextos sociales, se ejerce presión de diferente índole que encamina hacia la conformidad, en este sentido, un grupo puede influir en sus miembros a través de una presión manifiesta sobre los individuos, por ejemplo, mediante cohesión social o estatus social, estos elementos determinarán un nivel de conformidad que el individuo reflejará en un grupo, propiciando reglas que indicarán ciertas conductas, es decir, normas sociales, y que normalmente ejercen efectos sobre el comportamiento.

Las normas sociales son “pautas culturalmente adquiridas, aceptadas y aprobadas por la sociedad, que condicionan y rigen la conducta colectiva e individual, que se hacen necesarias como reglas del juego para la vida social”; las normas sociales puede estar formuladas explícitamente, por ejemplo la Constitución, las leyes, los reglamentos internos, entre otros; o pueden ser implícitas, es decir, los individuos

obedecen reglas no escritas como la forma de vestir, hablar, etc. Así, en general, los individuos se comportan de acuerdo a las normas sociales, es decir, existe una tendencia hacia la conformidad. (Rodríguez Pérez, 2012).

2.7. Conflicto laboral

- El conflicto entre los grupos es inevitable en las organizaciones y puede ser positivo o negativo, según su efecto en el logro de las metas de la organización.

- El conflicto funcional representa una confrontación entre los grupos que mejora y beneficia el desempeño de la organización.

- El conflicto disfuncional resulta de la confrontación o interacción entre grupos que obstaculiza el logro de las metas organizacionales.

- Aunque la mayoría de los administradores, intenta eliminar el conflicto, las pruebas indican que para la mayoría de las organizaciones un nivel óptimo de conflicto puede fluir positivamente en el desempeño organizacional.

- El conflicto inter grupal resulta de factores tales como interdependencia laboral, diferencias en las metas y en las percepciones, y la demanda cada vez mayor de especialistas.

- El conflicto disfuncional provoca cambios dentro y entre los grupos participantes. Dentro del grupo, puede haber un aumento en la cohesión y en el liderazgo autocrático; un enfoque en la tarea y un énfasis en la lealtad. Los cambios que ocurren entre los grupos incluyen las distorsiones de las percepciones, estereotipos negativos y menos comunicación.

- Una tarea difícil que un administrador debe confrontar es el diagnóstico y el manejo del conflicto inter grupal. Las técnicas para resolverlo incluyen la solución de problemas, metas superordinadas, expansión de recursos, evasión, suavizar,

compromiso, autoridad, cambiar a las personas o la estructura de la organización e identificar un enemigo común. Los procesos de negociación y de desarrollo de equipos también son técnicas valiosas para el manejo de negociación y de desarrollo de equipos también son técnicas valiosas para el manejo de conflictos; cada una de ellas es útil en situaciones y circunstancias específicas, y las dos aumentan su popularidad entre los administradores.

- Las técnicas de manejo de conflicto también existen para situaciones en las que el administrador diagnostica un nivel de conflicto que es disfuncional porque es demasiado bajo. Entre las técnicas de estimulación de conflictos están el uso de canales de comunicación, contratar o transferir a individuos orientados en forma distinta, cambiar la estructura de la organización y estimular la competencia. El punto importante es que el manejo eficaz del conflicto incluye tanto la solución como la estimulación. (Gibson, Ivancevich, Donnelly, & Konopaske, 2011)

2.8. Habilidad

Proviene del latín “habilitas” el cual hace referencia al talento, o a la actitud al realizar una actividad en concreto. Esto nos indica que una persona que cuenta con una determinada habilidad tiene la capacidad de efectuar una actividad con éxito, al usar dicha destreza.

Se puede decir, que la palabra habilidad hace referencia a un nivel de competencia. La cual implica contar con una capacidad específica al intentar alcanzar unas metas en concreto. Las habilidades tienen una importancia especial en lo que se refiere al ámbito laboral. Pues cada vez es más frecuente que en las empresas se nos exijan determinadas capacidades, tanto sociales como personales. Entre las más destacadas se mencionan las siguientes: La creatividad, la destreza manual, el liderazgo, la capacidad lingüística y la destreza de tipo mecánico.

Al exigir estas habilidades, lo único que estamos buscando es que el sujeto sea competente, eficaz e imprescindible en el trabajo a desarrollar. Las habilidades se pueden clasificar según dos tipos, esto es, habilidades sociales y personales, las cuales se pueden adquirir de forma innata o aprendida.

- **Habilidad personal:** Las habilidades personales dependen de su mayor parte de nosotros mismos, estas pueden venir a raíz de dos ramas, por un lado son las que desarrollamos de forma inherente a nuestra persona, y por otro, las que se despliegan gracias a la educación que recibimos.

Se ha de considerar que existe una serie de habilidades personales con las que deben de contar los trabajadores: Ser capaces de tomar decisiones, tener la capacidad de negociar, independiente del puesto que se adopta. El trabajador tiene que saber negociar e incluso cuando está en una posición desventajosa, adoptar un pensamiento estratégico, manejar el tema en el que vas a desarrollar tu trabajo como un experto, el trabajo se ha de realizar de forma apasionada.

Se ha de tener presente, que todas estas capacidades no tienen que ser innatas, sino que se pueden aprender a lo largo de nuestra vida. Esto se puede ver de forma clara al desarrollar un determinado trabajo como experto. Está claro que ningún sujeto se convierte en especialista por las simples capacidades innatas que tienen, sino que estas tienen que ser desarrolladas a lo largo de su vida o bien adquiridas de forma inicial.

- **Habilidad social:** En este tipo de habilidades incide directamente la educación. Esto se debe al hecho de que el sujeto debe aprender a estar con los demás, lo cual nos ayuda ser más sociales. Estas habilidades nos permiten comunicarnos, interactuar y relacionarnos de forma efectiva y satisfactoria. (Garrido Fernández, 2015)

2.9. Castigo.

El castigo ha sido definido como una consecuencia del comportamiento que reduce su probabilidad futura, o como una operación en la que un estímulo aversivo se hace contingente a una respuesta. (Leitenberg, 1982)

Castigo: La aplicación de una pena o la privación de una recompensa como consecuencia de una acción u omisión perturbadoras con la intención de que no se repita. Mower lo define como el incremento súbito y doloroso de un estímulo que sigue

a un acto. Y Azrin y Holtz, como la reducción de la futura probabilidad de una respuesta específica, como resultado de la aplicación inmediata de un estímulo que la contrarreste.

El castigo puede tener dos formas: a) estímulo desagradable y doloroso; b) retención o privación de una recompensa esperada. Podría añadirse una tercera categoría, el castigo vicario, pero más que un tipo diferente de castigo, se trata de un efecto de las dos formas anteriores, el que se produce en quienes observan el fenómeno del castigo. En cualquiera de los casos, el castigo debe incluir la propuesta y direccionalidad de la conducta positiva y buscar que el sujeto reconozca y comprenda que su conducta es inadecuada y que decida modificarla.

Como dice Gotzens(1986), es necesario , previamente a la descalificación del castigo, revisar, analizar, y evaluar que es, que efectos produce, consecuencias,, ventajas, e inconvenientes, formas y condiciones de aplicación, alternativas posibles, solo después de estas consideraciones podremos juzgar razonablemente los pro y los contras del mismo.

Para que el castigo pueda justificarse son necesarias tres condiciones: a) que el sujeto entienda que ha obrado mal y que comprenda las razones por las que se aplica el castigo y lo que se pretende lograr con ello; b) hacerle ver que el castigo es justo, pues si piensa que se le trata con injusticia, reaccionara con ira y resentimiento; c) que el castigo sea proporcionado a la conducta que lo origina.

La confusión sobre la complejidad y legitimidad del castigo deriva, por una parte, de las cuestiones relacionadas con sus efectos negativos por las repercusiones que tiene sobre la personalidad y las relaciones sociales de quien es castigado, y, por otra, de su efectividad en la represión de comportamientos indeseados.

El castigo puede producir efectos secundarios negativos, unos de naturaleza estrictamente personal como frustración, ansiedad, depresión y disminución de la autoestima, y otros de naturaleza social como reacción agresiva del castigado o abuso de autoridad de quien castiga. Esto nos está indicando que los resultados del castigo son imprevisibles, sin duda más que los de recompensa, pues a veces fijan incluso la

conducta que se pretende eliminar, y que, por ello, hay que tomar serias precaución esa la hora de aplicarlo. (Beltrán, 1995)

2.10. Carga de trabajo.

Podemos definir la Carga de Trabajo como el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral.

La carga de trabajo se puede clasificar en:

- Carga externa (presión de trabajo): Es la suma de todas las demandas externas del sistema de trabajo a las que se encuentra sometido un trabajador y que actúan modificando el estado físico y psicológico del trabajador.

Las demandas se pueden clasificar en:

- Exigencias físicas: Se valoran las posturas adecuadas, los esfuerzos realizados y los movimientos repetitivos.
- Condiciones ambientales: Térmicas, iluminación, ruido en relación con la tarea y la comunicación, vibraciones.
- Concepción del puesto: Espacio, superficies y alturas de trabajo; máquinas, equipos y herramientas; mobiliario; abastecimiento y evacuación de piezas; mandos, señales, controles.
- Organización del trabajo: Jornada, horarios, pausas; ritmo de trabajo; proceso de trabajo; división de trabajo; relaciones de trabajo; canales de comunicación; formación e información
- Carga interna (tensión de trabajo): Respuesta interna del trabajador al ser expuesto a presión de trabajo. Esta depende de las características individuales.

Las consecuencias de la relación entre la carga externa y la carga interna dependen de las capacidades personales, entre las que destacan: la edad, el sexo, la formación recibida, la experiencia en la tarea, las capacidades físicas y mentales, las dimensiones corporales, el estado de salud, la actitud, la aptitud, la formación, etc. Esto explica que para dos trabajadores sometidos a un esfuerzo similar, la carga interna de

trabajo a la que están expuestos puede ser distinta. Cuando las demandas o exigencias de una tarea superan a las capacidades personales del individuo surge la fatiga. (Sureda Martínez, 2014)

2.11. Antecedentes históricos de la CEYE:

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la Central de Esterilización era el “apéndice” de Sala de Cirugía, el vestuario donde las mujeres auxiliares se reunían para doblar gasas y hacer vendajes. En la era de la posguerra, se levantó la necesidad de una Central de Esterilización Médica y Quirúrgica en todos los hospitales. Su responsabilidad primaria fue la esterilización de instrumentos y equipos, pero con el tiempo, le fueron agregadas otras funciones. (Wenzel, R. 1993). Hacia fines de los '70 se propuso la siguiente meta: la Central de Esterilización tendría el objetivo de proveer un servicio para mejorar el cuidado del paciente y mantener altos estándares en la práctica médica. También colaboraría con la administración hospitalaria protegiendo al personal de infecciones o accidentes, proveyendo un ambiente seguro para el empleado. (Acosta-Gnass, 2008)

2.12. Importancia de la CEYE en el funcionamiento de un hospital

La Central de Esterilización (CE), por definición, es el servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles (ropa, gasas, apósitos), equipamiento biomédico e instrumental a todos los sectores del hospital, con el fin de proveer un insumo seguro para ser usado con el paciente.

Juega un papel muy importante en la prevención de las infecciones adquiridas en el hospital, porque tales infecciones han sido asociadas con una desinfección inapropiada de objetos reusables incluyendo el equipo endoscópico, el equipo de cuidado respiratorio, transductores y equipos de hemodiálisis reusables. Recientemente, ha habido una controversia con respecto al reprocesamiento de dispositivos médicos caros (por ej. sondas sin lumen para electrofisiología cardíaca) etiquetados por el fabricante como de “uso único”. Si uno elige reusar un dispositivo descartable, la institución responsable debe demostrar que la seguridad, efectividad e integridad del producto no ha sido comprometido en el proceso. El Servicio de Central

de Esterilización tiene, además, la responsabilidad de recoger y recibir los objetos y equipos usados durante la atención del paciente, procesarlo, almacenarlo, y distribuirlo en todo el hospital.

El entorno de la CEYE es dinámico y rápido. El trabajo es desafiante, altamente técnico y complejo, el rendimiento de este servicio vital tiene un impacto importante en el buen funcionamiento de los numerosos servicios a los que proporciona productos.

Las ineficiencias en la productividad, los errores que crean la necesidad de volver hacer el trabajo y el rendimiento de mala calidad, son costosos para los hospitales. Con los costos siempre crecientes de la atención médica, los profesionales de la CEYE deben esforzarse para conservar los recursos y reducir los gastos. Sin embargo, lo más importante es la seguridad y el bienestar de los pacientes que han confiado en ellos para su atención. La negligencia y el descuido de la CEYE podría costar la vida de un paciente.

Los profesionales esmerados de la CEYE encontrarán una gran satisfacción al saber que sus esfuerzos, servicio, habilidades especiales y atención son parte de cada procedimiento quirúrgico, cada recuperación del paciente, cada nacimiento, cada alta del paciente y cada reunión familiar feliz.

La CEYE es un área ocupacional en evolución. Con los años, se han producido cambios drásticos que van desde un mayor uso de la tecnología y los servicios de apoyo prestados hasta las habilidades laborales, la capacitación y los requisitos educacionales necesarios para cumplir las responsabilidades del trabajo, los cambios continúan a un ritmo rápido. (Johnson, Konkur, & Rojo, 2013)

El servicio de CEYE, de acuerdo con Acosta–Gnass debe estar integrado por áreas, mismas que se describen a continuación:

2.13. Área técnica

El área técnica se compone a su vez de dos subáreas, que son el área de limpieza y de descontaminación del material (área sucia).

En el área de limpieza y descontaminación del material se reduce la carga microbiana y la materia orgánica de los instrumentos y dispositivos médicos que ingresan para su posterior procesamiento. Esta área está separada por una barrera física de las otras áreas de la Central de Esterilización (CE) (preparación, procesamiento, depósito) y ser fácilmente accesibles desde un corredor exterior.

La importancia de la separación física se basa en la necesidad de evitar que aerosoles, microgotas y partículas de polvo sean transportados desde el área sucia a la limpia por las corrientes de aire, dado que en este sector (por el tipo de trabajo que allí se desarrolla: cepillado, ultrasonido) se genera una gran cantidad de aerosoles. Los pisos, paredes, techos y superficies de trabajo deberán estar contruidos con materiales no porosos, que soporten la limpieza frecuente (diariamente, como mínimo) y las condiciones de humedad. Todo el aire de este sector debe ser expulsado al exterior y sin recirculación; se previene así la introducción de contaminantes a las zonas limpias, que ponen en riesgo al paciente y al personal.

La circulación de las personas es restringida y controlada y sólo el personal adecuadamente vestido ingresará a la misma. También se debe contar con una terminal de aire comprimido para el secado de elementos con lumen (tubuladuras, trócares). Este aire debe llegar limpio y seco al sector, lo que sugiere que sea tratado convenientemente con secador de aire de silicagel o filtrado de aceite.

Otro aire utilizado para el secado es el oxígeno. Es superior a otros por cuanto no presenta los problemas de humedad derivados del aire comprimido, aunque resulta más caro bajo la forma de envase en cilindros. Debe contar con presión de aire negativa con respecto a las áreas adyacentes. Debe poseer un extractor de aire funcionando permanentemente mientras se trabaja en el área (a razón de 10 cambios de aire por hora, con una salida de aire al exterior). No se deberán usar ventiladores de ningún tipo dentro del área.

Las ventanas tienen que estar permanentemente cerradas. Si no es posible cerrar las ventanas debido al calor producido por las lavadoras, equipos de ultrasonido y el agua caliente utilizada para el lavado del material, las ventanas tendrán que estar

dotadas con tela metálica para evitar la entrada de insectos. La humedad relativa ambiente debe ser de entre el 35-50%.

Estructura física mínima necesaria:

- Pisos y paredes lavables.
- Dos piletas profundas.
- Mesa de material lavable.
- No puede ser de madera.
- Retrete o inodoro para desechar gran cantidad de materia orgánica.

2.14. Área de acondicionamiento, empaquetamiento, preparación y esterilización del material (área limpia)

Al área de acondicionamiento, empaquetamiento, preparación y esterilización del material ingresarán los objetos completamente limpios y secos. Aquí, el instrumental y los equipos son revisados para velar por su limpieza, integridad y funcionalidad. El tránsito de las personas será estrictamente controlado, y sólo el personal adecuadamente vestido ingresará al área. Los dispositivos médicos, las cajas de instrumentos, la ropa, etc., son preparados para el proceso de esterilización.

Estructura física mínima necesaria:

- Pisos y paredes lavables.
- Mesada de material lavable, puede ser de madera.
- Sillas.
- Lupas para confirmación de la limpieza.
- Lavamanos para el personal.
- Salida de aire comprimido.
- Armarios con puertas para guardar el material no estéril y los insumos.

2.15. Área de almacenado del material (área estéril)

Al área de almacenado del material estéril ingresará únicamente el equipo o instrumental estéril, envuelto, para ser colocado en estantes abiertos o armarios cerrados. Esta área debe ser ventilada con al menos 2 cambios de aire por hora, con una temperatura entre 18°C-25°C, y una humedad relativa ambiente entre 35-50%. Todos los paquetes estériles deben ser almacenados a una distancia mínima de 30 centímetros del piso. El tránsito de las personas está prohibido, y sólo el personal autorizado y adecuadamente vestido ingresará al área.

Estructura física mínima necesaria:

- Pisos y paredes lavables.
- Armarios para guardar el material después del proceso de esterilización.
- Antes de la entrada contar con un lavamanos para el personal.

2.16. Área administrativa

Anexo, y separado del área técnica, la CE debe tener un área administrativa destinada para cumplimentar las actividades administrativas del personal y de los insumos. Además, en esta área se debe guardar toda la documentación generada por la CE, tales como: controles de los ciclos de esterilización, controles del número de materiales, equipos e insumos, funciones del personal y todos los otros procesos administrativos de una CE.

2.17. Área de apoyo

El área de apoyo debe estar constituida, al menos, por: un vestuario, para el cambio de la ropa de calle, resguardo de la misma y de los objetos personales. Un área de depósito de los productos químicos, detergentes y productos de limpieza. Esta área debe contar con una pileta adicional para el lavado de los accesorios utilizados en la limpieza del ambiente.

2.18. Recursos humanos y capacitación

La centralización de los servicios de limpieza y esterilización de todo el hospital en una CE garantiza la calidad de los procesos, además de optimizar y economizar los recursos humanos y materiales. El número de empleados de una CE dependerá del volumen de trabajo ejecutado, contando siempre con un mínimo de empleados estables. El área de limpieza y descontaminación del material (área sucia) deberá contar con un profesional exclusivo. Cada una de las áreas restantes deberá disponer de 1 o más profesionales que puedan ejercer actividades en las diversas áreas limpias. Debe existir un programa de entrenamiento continuo para todo el personal de la CE que contemple: nociones de microbiología, funcionamiento de los equipos, principios de limpieza, desinfección y esterilización, selección y empaquetado de instrumental, preparación de material textil, cargas de autoclaves, control de los procesos, almacenaje de material estéril, recolección y entrega de material, y uso del equipo de protección personal (EPP). (Acosta-Gnass, 2008)

2.19. Conocimientos y habilidades requeridas en las centrales y equipos de esterilización.

Las personas que trabajan en servicios centrales deben tener y aplicar un conocimiento significativo y muchas habilidades para que su departamento entregue con éxito y servicios de calidad a sus clientes, entre ellas se encuentran las siguientes:

- 1. Habilidades de comunicación:** El personal de la CEYE debe conocer métodos alternativos para entregar y obtener información. Deben comunicarse de manera oral y escrita de manera eficiente para ello, deben ser capaces de:
 - Evaluar la capacidad de las otras personas para entender lo que se está comunicando, adaptar tácticas de comunicación a las necesidades individuales, aplicar habilidades de escucha activa mediante técnicas de reflexión, reformulación y aclaración;
 - Interactuar de manera adecuada y respetuosa, con diversos grupos étnicos, etarios, culturales, religiosos y económicos en numerosas situaciones laborales y sociales;

- Comunicarse de forma clara, comprensible, precisa y oportuna;
- Utilizar las pautas y métodos específicos del establecimiento para enviar y recibir información;
- Acceder y utilizar información por medios electrónicos.

2. **Sistemas del establecimiento:** el personal de la CEYE deben comprender la manera en que su papel se ajusta a su departamento, su organización y al entorno de atención médica en general. Deben ser capaces de identificar de qué manera los sistemas clave afectan los servicios que prestan y la calidad de la atención que entregan. Para esto se requiere que ellos:

- Estén al tanto de la gama de servicios que se ofrecen a los clientes, eviten la duplicación y los desechos necesarios, participen en las actividades de mejoramiento de la calidad, utilicen los recursos, entre ellos, otros miembros del personal, manuales y oportunidades de capacitación.

3. **Habilidades de empleabilidad:** El personal de la CEYE exitoso practican las habilidades de empleabilidad para mejorar sus oportunidades laborales y nivel de satisfacción en el trabajo y mantienen y mejoran esas habilidades cuando es necesario. Los ejemplos surgen cuando ellos:

- Mantienen habilidades personales adecuadas como la asistencia y la gestión del tiempo y cuando asumen la responsabilidad individual de sus actos;
- Alcanzan estándares profesionales de conducta;
- Usan habilidades analíticas para resolver problemas y tomar decisiones;
- Formulan soluciones para los problemas usando habilidades de pensamiento crítico (analizar, sintetizar, evaluar) de forma independiente y en equipo;
- Se adaptan a situaciones cambiantes;
- Practican la integridad y honestidad personal;

- Participan en una autoevaluación continua y en la modificación de objetivos para su mejoramiento personal y profesional;
- Muestran un comportamiento respetuoso y empático en su interacción con los compañeros superiores, subordinados y clientes en situaciones individuales y grupales;
- Escuchan con atención instrucciones verbales, solicitudes y otra información para verificar su exactitud;
- Entienden las distintas opciones profesionales y la preparación necesarias para ella.

4. **Responsabilidades legales:** El personal de la CEYE debe entender y mantener una conciencia de las responsabilidades, las limitaciones y las implicaciones legales de sus acciones en el entorno de la atención médica para ello, deben:

- Resolver problemas relacionados con dilemas o cuestiones legales;
- Cumplir con los procedimientos establecidos para el manejo de factores de riesgo;
- Determinar cuándo se debe enunciar un incidente;
- Mantener la confidencialidad;
- Operar dentro del ámbito requerido de la práctica, seguir las normas obligatorias sobre la seguridad en el trabajo;
- Aplicar las normas obligatorias relacionadas con las leyes sobre el acoso, el trabajo y otras leyes laborales;
- Cumplir con los requisitos legales sobre la documentación.

5. **Ética:** La ética se refiere a conocer la diferencia entre “bueno” y lo “malo”. En los entornos de atención médica, significa ajustarse a las normas de conducta aceptadas y profesionales. El comportamiento ético es “Hacer lo correcto de la manera correcta”. La ética debe gobernar y guiar la forma en que el personal de la CEYE actúan y toman decisiones. Siempre deben:

- Respetar los derechos y la libre determinación de los pacientes;
- Promover la justicia y la igualdad de trato de todas las personas;
- Reconocer la importancia de las necesidades de los pacientes por sobre otras consideraciones;
- Mostrar lealtad a los compañeros de trabajo y al centro de salud;
- Denuncia cualquier actividad que afecte de manera adversa la salud, la seguridad o el bienestar de los pacientes, visitantes o compañeros de trabajo;
- Cumplir con las pautas normativas pertinentes.

6. **Prácticas de seguridad:** El personal de la CEYE eficaz comprenden los riesgos actuales y potenciales para los pacientes, compañeros de trabajo y ellos mismos. Evitan lesiones o enfermedades a través de las practicas seguras de trabajo y siempre respetan las políticas y los procedimientos de salud y seguridad lo hacen cuando:

- Practican los procedimientos de control de infecciones;
- Utilizan las precauciones estándar para controlar la propagación de infecciones;
- Practican procesos de limpieza adecuados, de desinfección y esterilización;
- Aplican los principios de la mecánica corporal, como el uso de técnicas apropiadas para levantar objetos;
- Evitan incendios y riesgos eléctricos;
- Utilizan instrumentos y equipos según las indicaciones;
- Manejan los materiales peligrosos.

7. **Trabajo en equipo:** El personal de la CEYE debe comprender las funciones y responsabilidades de los miembros individuales como parte del equipo de atención médica incluida su capacidad para promover la prestación de atención medica de calidad. Deben interactuar de manera eficiente y sensible con todos los miembros de su equipo y lo hacen cuando:

- Practican las habilidades como la cooperación, el liderazgo y la anticipación de las necesidades de sus compañeros de trabajo;

- Respetan las diferencias culturales y religiosas de los miembros del equipo;
- Interactúan con los demás de una manera coherente con la estructura del equipo de atención médica y las líneas de autoridad;
- Manejan los conflictos en el lugar de trabajo teniendo en cuenta los puntos de vistas de otras personas;
- Respetan y valoran la experiencia y las contribuciones de todos los miembros del equipo;
- Aceptan el compromiso necesario para asegurar los mejores resultados.

8. **Administración de recursos:** El personal de la CEYE deben comprender y practicar los principios y las técnicas de la administración de recursos. Ellos aseguran el uso cuidadoso de los recursos disponibles al tomar decisiones oportunas, ellos administran eficazmente los recursos cuando:

- Controlan los costos y reducen los desechos;
- Ofrecen un servicio de calidad;
- Practican habilidades de gestión de tiempo;
- Identifican y resuelven problemas potenciales y se anticipan a las necesidades de los clientes;
- Conocen y utilizan adecuadamente el inventario;
- Practican tácticas de reciclados y gestión de derechos.

9. **Otras habilidades:** El personal de la CEYE requiere otras habilidades por ejemplo:

- Ayudar en la selección de los materiales, suministros y equipos necesarios para prestar servicios;
- Seguir las advertencias e instrucciones del fabricante y pedir aclaraciones si es necesario;
- Evaluar continuamente los resultados y los procedimientos;
- Practicar las técnicas indicadas para evitar las infecciones nosocomiales;

- Mantener las áreas de trabajo departamentales en buenas condiciones;
- Mantener su entorno de trabajo limpio y organizado. (Johnson, Konkur, & Rojo, 2013)

Para entender la percepción de los trabajadores en CEyE, se tomó la teoría de Sor Callista Roy, la cual se presenta a continuación.

2.20. Teoría de Sor Callista Roy

Sor Callista Roy, miembro de las Hermanas de San José de Carondelet, nació el 14 de octubre de 1939 en los Angeles (California). En 1963, obtuvo un título de grado en enfermería en el Mount Saint Mary's College en los Angeles, y en 1966 un master en enfermería de la universidad de California (Los Angeles). Después de haber finalizado sus estudios de enfermería, Roy inicio su formación en Sociología; recibió un máster en Sociología en 1973 y un doctorado en la misma materia en la Universidad de California en 1977.

El modelo de Roy se centra en el concepto de Adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería, persona, salud y entorno están relacionadas con este concepto base. La persona busca continuamente estímulos en su entorno. Como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación. Esta reacción puede ser eficaz o puede no serlo. Las respuestas de adaptación eficaces son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse, es decir la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces son las que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación.

Como sistema vital abierto que es, la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales, contextuales y residuales. Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en el entorno.

En el modelo de Roy, hay dos subsistemas que se relacionan entre sí. El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está compuesto por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y de efectos está compuesto por cuatro modos de adaptación: a) necesidades fisiológicas; b) Autoestima; c) Función del rol, e d) interdependencia.

Roy considera que tanto el regulador como el relacionador son métodos de afrontamiento. El subsistema del regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, reacciona automáticamente mediante procesos de afrontamiento neuronal, químico y endocrino. El subsistema del relacionador, gracias a los modos de adaptación de la autoestima, de la interdependencia y de la función del rol, reacciona por medio de los canales cognitivos y emocionales, el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el criterio y las emociones. La percepción de la persona enlaza el regulador con el relacionador y esa entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. La percepción es un proceso del relacionador. Las reacciones que suceden a la percepción son un entorno al relacionador y al regulador.

Los cuatro modelos de ambos subsistemas del modelo de Roy ofrecen la forma o aportan pruebas de las actividades del relacionador y del regulador. Las reacciones ante los estímulos se llevan a cabo por medio de los modos de adaptación. El modo de adaptación fisiológico-físico se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse. El auto concepto de grupo se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y como se debe actuar en la sociedad. Roy define el concepto de autoestima de uno mismo como el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado. El auto concepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual). El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro. El modo de adaptación de la interdependencia trata sobre las

interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y dios) y su sistema de apoyo social. El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. Las proposiciones relacionadas entre los subsistemas del relacionador y del regulador unen los sistemas de los modos de adaptación.

Las personas vista como un todo está compuesta por seis subsistemas. Estos subsistemas (el regulador, el relacionador y los cuatro modos de adaptación) se relacionan entre sí para formar un complejo sistema cuyo propósito es la adaptación. Las relaciones existentes entre los cuatro modos de adaptación tienen lugar; cuando los estímulos internos y externos influyen en más de un modo de adaptación; cuando hay un comportamiento negativo en más de un modo o cuando un modo de adaptación se convierte en un estímulo focal, contextual o residual para otro modo. (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

2.21. ESCENARIO

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, creado como una institución gubernamental para realizar y ejecutar programas en pro de los trabajadores del estado, pensionados y beneficiados de ambos.

Predecesora del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) fue la Dirección General de Pensiones y de Retiro, organismo público descentralizado con atribución pública y personalidad jurídica propia que nació mediante la expedición de la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro el 12 de agosto de 1925. A partir de esa fecha se comenzó a estructurar y organizar la Dirección de Pensiones. Relacionado con este antecedente, el 1 de noviembre de 1938 se creó la Federación de Sindicatos al Servicio del Estado (FSTSE), cuyo estatuto jurídico dio a los trabajadores personalidad jurídica propia, derecho a la libre asociación y seguridad laboral. En lo que se refiere a los servicios médicos, por primera vez se amparaba a los trabajadores al servicio del Estado, en su inicio cubría únicamente accidentes laborales a través de la subrogación a hospitales privados.

En 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social y la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social; en 1959 se generó la adición del apartado B al artículo 123 de la Constitución, con la incorporación de las garantías para los servidores públicos; ese mismo año, con motivo del XXI aniversario de la expedición del Estatuto de la FSTSE, el Presidente Adolfo López Mateos anunció en el Palacio de Bellas Artes que presentaría al Congreso la iniciativa de ley que daría origen al ISSSTE; el 30 de diciembre de 1959 se generó su discusión, aprobación y publicación en el Diario Oficial de la Federación como Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. En 1960, la Dirección de Pensiones y de Retiro se transformó en ISSSTE.

En sus inicios se organizó con dos escenarios de gobierno, la Junta Directiva y la Dirección General, a su vez integrada por las subdirecciones de Servicios Médicos,

de Pensiones y Préstamos y de Administración. Se inició así la creación de un sistema integral, nacional y regionalizado de atención a la salud y servicios médicos, en beneficio del progreso nacional y de la calidad de vida de los mexicanos. En sus inicios se amparó a 487 mil derechohabientes beneficiados con las 14 prestaciones que marcaba la nueva ley y que incluía el seguro de enfermedades no profesionales y de maternidad, seguro de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales. (Rojo Padilla, 2011)

En el estado de Morelos, el 10 de septiembre de 1960 se inicia el servicio médico del ISSSTE, con la apertura de un consultorio de medicina general y la subrogación de atención hospitalaria en el hospital de Cuernavaca. El 13 de enero de 1961, en un local rentado en la calle de la estación, en Amatlán, se instala la primera clínica del ISSSTE con tres consultorios médicos uno de odontología, un área de hospitalización con 20 camas censables y las especialidades de cirugía general y gineco-obstetricia.

En 1962 al instituto lo absorbió la Secretaria de Obras Públicas pasando, el personal médico, paramédico y sus derechohabientes, a formar parte de la unidad, siendo insuficiente el edificio para brindar la atención de los derechohabientes. Viéndose en la necesidad de obtener un propio motivo por el cual se adquieren las instalaciones de Hoteles Capri, ubicado en la avenida Álvaro Obregón 335, realizando remodelación de tipo hospitalario,

En enero de 1969 se inauguró el entonces Hospital General Regional “Dr. Carlos Calderón Elorduy”, por el Licenciado Rómulo Sánchez Mireles, director general del ISSSTE, siendo como director de la clínica hospital el Doctor Gustavo Garabay Ochoa y como jefa de enfermeras, la enfermera general Alma Ponce Barragán. Este hospital está incluido en la zona 4 para dar cobertura a los estados de Morelos, Guerrero, Puebla y Estado de México. En el año de 1975 ya se encontraba con 12 puestos periféricos distribuidos en igual número de municipios.

La Honorable Junta Directiva del ISSSTE, el 15 de septiembre de 1978, aprueba el Reglamento de la delegación estatal que opera en cada entidad federativa.

La delegación Morelos inicia sus actividades en enero de 1979 con una estructura formada por cuatro subdelegaciones de prestaciones económicas, subdelegación de servicios sociales y culturales, subdelegación de administración. Además, contaba entonces con dos jefaturas de departamento que con el tiempo se transformaron en subdelegación, departamentos de tienda y departamentos de recursos financieros.

En 1988 se inaugura la clínica hospital Dr. Rafael Barba Ocampo en la ciudad de Cuautla, Morelos, y en ese mismo año, en la ciudad de Cuernavaca, se descentralizan los servicios de primer nivel de atención al inaugurarse la clínica de medicina familiar de Cuernavaca, quedándose el hospital exclusivamente para atención de segundo nivel.

Fue el 19 de enero de 2008 cuando el presidente Felipe Calderón motivado por las gestiones del gobernador de Morelos, colocó la primera piedra que le dio continuidad a los trabajos de construcción del hospital regional “Centenario De La Revolución Mexicana” Emiliano Zapata, Morelos, fue inaugurado el 3 de febrero del 2010.

El hospital “Centenario de la Revolución Mexicana” beneficia de manera directa a los derechohabientes del Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado (ISSSTE) y a los de Morelos y estados circunvecinos como: Guerrero, Puebla, Oaxaca, México y del Distrito Federal.

En este centro hospitalario se dieron en el 2017, 128,569 consultas a todos los grupos de edades. En los servicios hospitalarios de cirugía, ingresaron 3,646 pacientes, egresaron 3,610, hubo 92 defunciones y los días estancia fueron de 15,435. Los actos quirúrgicos totales fueron 5,075 de los cuales 3,691 fueron mayores, 103 menores y 1,281 de corta estancia. También las estadísticas arrojaron que se transfundieron, 6,237 pacientes. (ISSSTE, 2018).

Descripción de la Central de Equipos y Esterilización del Hospital de alta especialidad “Centenario de la Revolución Mexicana.” (Hospital de tercer nivel)

El hospital es una construcción en forma mixta, la Central de Equipos y Esterilización (CEYE) se encuentra ubicada en el primer piso en la parte lateral de la torre principal, colinda por un lado, con las cinco salas de quirófano y por el otro con el área de hemodinamia. Entre el servicio de hemodinamia y la CEYE se encuentran dos elevadores y las escaleras.

La CEYE está dividida por 5 áreas separadas por puertas con cancelas de vidrio transparentes; la primera puerta que conduce a este servicio es de madera y se encuentra un pequeño vestidor, con tres anaqueles de lockers y percheros donde el personal de enfermería y demás (técnicos en mantenimiento, ingenieros, médicos, estudiantes y toda persona que de alguna u otra manera tenga la necesidad de utilizar las instalaciones) colocan su ropa; para vestir un uniforme especial, limpio (uniforme quirúrgico) así como cubre bocas y gorro.

A un lado del vestidor existe un baño con un lavabo donde el personal se realiza el lavado de manos antes de ingresar a su área de trabajo.

Existe otra puerta que aísla este vestidor de las 5 áreas de los procesos de la CEYE y un área administrativa como se describe a continuación:

La primera área tiene un transfer que consta de dos ventanas corredizas de cancelería con cristal y que da al pasillo que conduce al quirófano y donde el personal de toda el área hospitalaria, solicita los servicios de la CEYE (Canje y abastecimiento de material etc.) Esta primera área recibe el nombre de recepción y mide aproximadamente 1.5 metros de ancho, por 2.5 de largo.

De lado derecho de esta área existe una puerta de madera que comunica al área administrativa donde la jefa de servicio efectúa actividades (pedidos de material, reuniones con los enfermeros del área y otras funciones propias del puesto). Existe un archivero, con 4 cajones donde se coloca papelería, tarjetas nuevas que remplazan a otras similares cuando éstas se han deteriorado y que son indispensables para

identificar todo el material, equipo e instrumental necesario para la realización de todos los procesos que se hacen en el área hospitalaria, quirúrgica y consulta externa.

Se encuentra un escritorio pequeño con una computadora de escritorio y una impresora. Se observa dos entrepaños de madera en la pared que se encuentran a un lado del escritorio, en esa misma pared, existe un ventanal que mide aproximadamente 2 por 2 metros. En esos entrepaños se colocan las carpetas donde encontraremos diversa papelería.

La segunda área es llamada lavado del material y equipo procedente de áreas de hospitalización (Medicina interna, cirugía general, pediatría, urgencias etc.) y de las áreas quirúrgicas (donde se realizan cirugías de diversa índole) donde se realizan actividades como, lavado manual y automatizado de dichos equipos y se observa una tarja doble, una lavadora ultrasónica, una mesa de trabajo de metal que mide aproximadamente 1.5 por 1 metros, hay dos entrepaños pegados en la pared en la parte superior donde están ubicadas las tarjas, donde se colocan compresas no estériles y reutilizables que servirán para el secado del material y equipo que en esta área se procesa.

Además se colocan en estos entrepaños jabones enzimáticos que serán utilizado en los equipos. En esta área también se realizan actividades como inspección, lubricación y retiro de material inservible que se dará de baja y se reemplazará por uno nuevo o reparado. En esta misma área y dividido por cancelería de cristal se encuentra un cubículo donde existen 5 anaqueles pegados a las paredes y una vitrina grande que mide aproximadamente 1.5 m de ancho por 1.5 de largo y una mesa Pasteur. En estos anaqueles y vitrinas, se encuentra instrumental nuevo y que ha sido reparado en espera de reemplazar al que se va dando de baja de las cirugías que se inspeccionan.

La tercera área que se encuentra en la CEYE es el empacamiento o embalaje donde existe una mesa de trabajo que mide aproximadamente 2 m de largo por 1.5 m de ancho. En la parte baja de esta mesa se encuentra un entrepaño de madera donde se colocan recipientes de plástico (6 piezas) que en su interior tienen bolsas de grado

médico de diferentes tamaños para el embalaje del material que requiera de estas para ser sometidos al proceso de esterilización por vapor húmedo (autoclave).

También se observa en este lugar otra mesa de trabajo que mide aproximadamente 2.5 m de largo por 1 m de ancho. Tiene un entrepaño donde se colocan indicadores químicos que se utilizarán en el material y equipo que será procesado en el método de esterilización (peróxido de hidrogeno que es esterilización en frio o también conocido de plasma). En esta mesa se ubican cajas pequeñas que contienen bolsas especiales para este proceso, además de tijeras, plumones de tinta permanente del color según el turno (Matutino- azul, vespertino- verde y nocturno- rojo).

En este lugar hay dos entrepaños largos, encima de esta mesa donde se almacenan campos quirúrgicos no estériles de distintas medidas, que serán utilizados para el empaquetamiento de charolas de cirugías y equipos que así lo requieran. También se encuentra pero separada por cancelería y cristal un cubículo donde se preparan bultos de ropa para las diferentes cirugías y tiene dos grandes anaqueles donde se coloca ropa quirúrgica para la preparación de los mismos, observamos una mesa pequeña donde se realiza el doblado de ropa para la preparación de los bultos quirúrgicos.

La cuarta área donde la temperatura es más alta que en el resto de las áreas, se observan al fondo 4 autoclaves de vapor de gran tamaño donde se esteriliza el material y equipo, bultos de ropa quirúrgica etc. a los lados de estos autoclaves de vapor se ubican dos autoclaves de Sterrad donde se esteriliza el material con peróxido de hidrogeno (plasma), para material termosensible que no puede procesarse en autoclaves de vapor, existen tres mesas de trabajo de distintos tamaños donde se colocan en ellas, en dos todo el material que espera ser procesado y en una la de mayor tamaño se encuentra el material que ha sido procesado por cualquiera de estos autoclaves y espera que se enfríe para ser almacenado en el lugar que le ha sido asignado, también se puede observar una ventana de cristal corrediza que comunica con los quirófanos del área quirúrgica y donde se recibe el material y equipo que ha sido utilizado en las cirugías de las distintas especialidades para realizar todo el ciclo para su reutilización.

La quinta área es de Almacenamiento que tiene en su interior 19 vitrinas que contienen el material y equipo estéril que será utilizado en el área tanto de hospitalización como áreas quirúrgicas. Se encuentran dos ventanas: una que da al pasillo que va hacia al quirófano y en donde se entrega el material estéril a toda el área de hospitalización y la otra ventana, se realiza la entrega de material estéril al interior del quirófano, cabe mencionar que estas ventanas tienen una doble ventana corrediza, para prevenir la entrada de polvo de los pasillos. En estas ventanas, encontramos también gel antibacterial que el personal de enfermería utiliza en sus manos para el manejo del material estéril. Hay un equipo de aire acondicionado para mantener la temperatura adecuada que las normas de la CEYE establecen.

Laboran en la CEYE en el turno matutino 2 enfermeras con categoría de especialistas (quirúrgicas), de 8 horas, 1 enfermero con categoría de auxiliar de 8 horas, 1 enfermera con categoría de auxiliar de 6.5 horas, 1 enfermera con categoría de general de 8 horas y una jefe de piso de 8 horas con especialidad de enfermera quirúrgica.

En el turno vespertino laboran: 1 enfermera con categoría de especialista de 8 horas (quirúrgica) de 8 horas, 2 enfermeros con categoría de auxiliares de 8 horas y un enfermero con categoría de auxiliar de 6.5 horas.

En el turno nocturno A laboran: 1 enfermera con categoría de especialista (quirúrgica) de 8 horas (quirúrgica) y una enfermera con categoría de auxiliar de 8 horas, 1 jefe de servicio de 6.5 horas con especialidad de enfermera quirúrgica.

En el turno nocturno B laboran: 1 enfermera con categoría de especialista de 8 horas (quirúrgica) y una enfermera con categoría de auxiliar de 8 horas.

En la jornada Diurna laboran: 1 enfermera con categoría de especialista de 8 horas (quirúrgica) y dos enfermeras con categoría de auxiliares de 8 horas.

En la jornada nocturna laboran: 1 enfermera con categoría de especialista (quirúrgica) 8 horas y 1 enfermera con categoría de auxiliar de 8 horas.

CAPITULO III. MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo de diseño fenomenológico con el personal de enfermería de la central de equipos y esterilización del Hospital Regional “Centenario de la Revolución Mexicana” en Emiliano Zapata, Morelos. La información se recolectó a través de entrevistas semiestructuradas en el periodo comprendido Marzo-Agosto 2017 las cuales se hicieron posteriores a la autorización de la institución, los participantes brindaron su información de manera voluntaria previa firma de consentimiento informado. Las entrevistas y la autorización verbal fueron grabadas en un teléfono celular marca Samsung, la duración promedio de cada una de ellas fue de 50 minutos, haciendo hincapié que se realizaba la pregunta y no se intervenía, evitando al máximo la gesticulación, las aportaciones propias y evitando emitir juicios personales. Participaron en el estudio tres enfermeras y dos enfermeros, dos auxiliares de enfermería y tres enfermeras generales. Las entrevistas se efectuaron fuera del ámbito laboral, en todo momento se mantuvo el anonimato de los participantes asignándoles una letra para la presentación de resultados, las entrevistas fueron transcritas en el programa Word 2010, posteriormente fueron revisadas y leídas completamente para después realizar la lectura párrafo por párrafo, renglón por renglón y palabra por palabra, haciendo el análisis y detectando las diversas categorías. Se procedió a la interpretación del discurso y se identificaron las categorías de manera manual. Se realizó la presentación de los resultados colocando las frases más significativas emitidas por los participantes y que correspondían a la categoría.

3.1. Fenomenología

La palabra fenomenología se deriva de la palabra griega *fenomenom*, que significa “mostrarse a si mismo”, poner en luz o manifestar algo que puede volverse visible en si mismo. (Heidegger, 1962: 57)

La fenomenología es una corriente filosófica originada por Edmund Husserl a mediados de 1890; se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales o interaccionales. La fenomenología descansa en cuatro conceptos clave: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad o la comunidad (la relación humana vivida). Considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones.

Existen dos premisas en la fenomenología (J. Morse y L. Richards, 2002). La primera se refiere a que las percepciones de la persona evidencian para ella la existencia del mundo, no como lo piensa, sino como lo vive; así, el mundo vivido, la experiencia vivida, constituyen elementos cruciales de la fenomenología. La segunda señala que la existencia humana es significativa e interesante, en el sentido de que siempre estamos conscientes de algo, por lo que la existencia implica que las personas están en su mundo y sólo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos. De esta forma, los comportamientos humanos se contextualizan por las relaciones con los objetos, con las personas, con los sucesos y con las situaciones. (Alvarez-Gayou Jurgenson, 2003).

Mientras que para Husserl, la fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia, Heidegger, por otra parte, precisa que la fenomenología se enfatiza en la ciencia de los fenómenos; esta consiste en “permitir ver lo que se muestra, tal como se muestra por si mismo”; por consecuencia, es un fenómeno objetivo, por lo tanto verdadero y a su vez científico.

El profesional de enfermería tiene que basar su cuidado en entender lo que la gente siente o piensa cuando está frente a un evento que desestabiliza su vida cotidiana. La fenomenología se dirige al estudio de la experiencia vivida respecto de una enfermedad o circunstancia por el propio protagonista de la experiencia y busca describir los significados de los fenómenos experimentados por los individuos a través del análisis de sus descripciones.

Resumiendo, conforme lo que explican tanto Husserl como Heidegger se define a la fenomenología como el estudio de los fenómenos (o experiencias) tal como se presentan y la manera en que se vive por las propias personas.

Enfermería como disciplina humanística, necesita métodos de investigación que la acerquen a su objeto de estudio (el cuidado de la persona). Pero estos métodos deben ayudarnos a ver a cada individuo como a un ser con respuestas y sentimientos propios, y que sólo él los experimenta de manera única. Es fundamental que no se generalice sobre la conducta humana, ya que es la persona misma quien construye su mundo y lo vive de acuerdo a su propia percepción de la realidad. Esto hace que tenga sus propias respuestas a diversas situaciones, incluidas las enfermedades, respuestas que también son influidas por una gran cantidad de factores. (Trejo Martínez, 2012) .

Las realidades cuya naturaleza y estructura pueden ser observadas al menos parcialmente, desde afuera, podrán ser objetos de estudio de otros métodos. En cambio las realidades cuya naturaleza y estructura peculiar sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia interno del sujeto que las vive y experimenta, exigen ser estudiadas mediante el método fenomenológico. En este caso, no se está estudiando una realidad “objetiva y externa” (como ordinariamente se califica), igual para todos, si no una realidad cuya esencia depende del modo en que es vivida y percibida por el sujeto, una realidad interna y personal, única y propia de cada ser humano. Por lo tanto, no se le puede introducir por la fuerza en el esquema conceptual y método preestablecidos por el investigador, ya que, posiblemente destruiría su naturaleza y esencia peculiar. (Morse, 2003).

El conjunto de instrumentos y medios a través de los que se realiza en el trabajo de campo fenomenológico. Sirve de instrumento para recoger la información de las expresiones y experiencias de los participantes de la investigación. Sirven de integración de la estructura por medio de la que se organiza las descripciones recogidas de las experiencias y vivencias en el trabajo del campo.

Las principales técnicas a utilizar son las siguientes: observaciones, grabación de conversación, escribir anécdotas de experiencias personales y videos de entrevista a profundidad.

El método fenomenológico ha realizado importantes aportaciones a la corriente cualitativa en la investigación:

- a) La primacia que otorga la experiencia subjetiva inmediata como base para el conocimiento.
- b) El estudio de los fenómenos desde la perspectiva de los sujetos, teniendo en cuenta su marco referencial.
- c) Su interés por conocer como las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen en interacción. (Rodríguez, 2014)

3.2. Triangulación de datos en la investigación cualitativa

Triangulación: Las técnicas de triangulación aluden a la variedad de puntos de vista que convergen en la realidad del estudio. Flick (2012) la define como combinación de métodos, grupos de estudio, entorno locales/temporales y perspectivas teóricas diferentes que se ocupan del estudio de un mismo fenómeno. Sintetiza así los cuatro tipos de triangulación que fueron distinguidos inicialmente por Denzin (1989).

- Triangulación de datos: Estudio de los fenómenos en distintas fechas y lugares y por personas diferentes.
- Triangulación del investigador: diferentes observadores y entrevistadores para detectar o minimizar las desviaciones derivadas del investigador como persona.

Implica la comparación sistemática de las influencias de diferentes investigadores en el problema y resultados de investigación.

- Triangulación de la teoría: con el propósito de acercarse a los datos múltiples perspectivas o hipótesis en mente.
- Triangulación metodológica: que implica la combinación de distintas técnicas de recogida y producción de información. (Ballesteros Velazquez, 2014)

3.2. Consideraciones éticas

Las investigaciones científicas han producido grandes beneficios para la humanidad, sin embargo, también han planteado muchos dilemas éticos a lo largo de la historia por los abusos cometidos con los participantes en estos experimentos.

Tres son los principios básicos para la investigación: respeto a las personas, beneficencia y justicia, principios que se consideran Universales, lo que significa que trascienden fronteras geográficas, culturales, económicas, jurídicas y políticas.

La investigación en Enfermería surge de la necesidad de profundizar en el cuerpo propio de los conocimientos de forma continua. Ello permite mejorar la calidad de la asistencia prestada por los profesionales y potenciar el desarrollo de la enfermería. Constituye una parte fundamental para una correcta atención a los enfermos por lo tanto la acción de investigar debe estar al alcance de todo enfermero.

En el ámbito de la enfermería, la ética estudia las razones de comportamiento en la práctica de lo profesional y valores que regulan dichas conductas.

Antes de iniciar una investigación, el profesional de enfermería debe plantearse la conveniencia y la corrección tanto de los objetivos que pretende conseguir, como de los medios que piensa emplear para llevarlo a cabo. Esta consideración de objetos y acciones es el objeto de la ética.

La investigación en enfermería valora tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa, la nueva visión de la enfermería basada en la evidencia (EBE) donde se complementa la investigación cuantitativa y cualitativa, entrega evidencias que son

utilizadas en las diferentes instancias, siendo el que aporte el apoyo científico necesario a la experiencia profesional. Para poder realizar la práctica en la evidencia se hacen necesarios los registros de enfermería.

Para la participación en proyectos de investigación enfermera es imprescindible el Consentimiento informado por parte los participantes, así como la intervención de los Comités de Éticos de investigación, encargados de velar por la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos que participen y de ofrecer garantía pública al respecto.

En este contexto el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México.

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones, y opiniones trataran de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada. Respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.

Durante la investigación se respetaron los principios éticos, al permitir la participación voluntaria de las enfermeras que cumplieron con las características de inclusión solicitadas. En todo momento se procura la confidencialidad de los participantes.

El estudio se apegó al reglamento de la ley general de investigación para la salud, considerando sus valores, la profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y ética, que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión.

Toda investigación en seres humanos se debe realizar de acuerdo con tres principios éticos básicos: autonomía, beneficencia y no maleficencia y justicia. En forma general se concuerda en que estos principios que en teoría tienen igual fuerza moral guían la preparación responsable de protocolos de investigación.

Autonomía. Protección de las personas con capacidad en toma de decisiones, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables. En el presente estudio este principio se respetó al permitir la participación voluntaria, no se ejerció ningún tipo de presión moral o psicológica que condicionaría la participación.

Beneficencia y no maleficencia. Se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. La entrevista que se realizó para recabar la información para este estudio no implicó riesgo a la integridad física o moral de los participantes ya que en todo momento se mantuvo la confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes.

Justicia. La participación de los aspirantes debe ser seleccionada en forma justa y equitativa y sin prejuicios personales o preferencias. En esta investigación, se incluyó a las personas que quisieron participar, sin considerar raza, credo, condición social o laboral ni ningún otro aspecto para ser excluidos.

Consentimiento Informado

El consentimiento informado se logra como el proceso de diálogo y de colaboración en el que se intenta tener en cuenta la voluntad y los valores del paciente, sería preferible llamarlo el derecho a la “decisión informada” o a la “elección informada”. Hay que entender el consentimiento informado como un nuevo ideal hacia la promoción de la autonomía de los pacientes. El consentimiento informado es la aceptación racional de una intervención médica o la elección entre cursos alternativos posibles. Claro está que para asumir este consentimiento el paciente debe reunir ciertas condiciones.

- 1) Disponer de una información suficiente.
- 2) Comprender la información adecuadamente.
- 3) Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores.
- 4) Ser competente para tomar la decisión en cuestión.

El objetivo ideal es tener auténtica comunicación con la persona. Para este estudio se aplicó un consentimiento informado firmado por la enfermera. (Ver anexo 1)

Algunas reflexiones sobre la ética en la investigación cualitativa.

Hablar de ética en la investigación en la actualidad, constituye un tema que muchos consideran necesario, sino es que indispensable. Muchas entidades financiadoras en diversos países exigen que todo protocolo incluya declaraciones de protección a las personas que participan en el estudio, incluso, solicitudes que carezcan de ella son rechazadas de inmediato.

Existen códigos de ética para la investigación, emanados de asociaciones profesionales que intentan establecer guías y normas para un proceder correcto en la investigación, o, por lo menos, para alertar sobre los dilemas morales a los que pueda enfrentarse un investigador; algunos los crearon diversas asociaciones estadounidenses, como la de antropología, la de investigación educativa, la psicológica, la de sociología, la organización mundial de la salud y diversas universidades e instituciones de educación superior.

La declaración de la “asociación americana de psicología”, la decisión de realizar investigación se sustenta en la decisión individual del psicólogo de que el estudio contribuirá al desarrollo de la ciencia psicológica y el bienestar humano.

Los planteamientos que sostiene Steinar (1996) en cuanto a que es muy difícil establecer reglas explícitas y soluciones claras a los problemas éticos que surjan en un estudio cualitativo. Este autor plantea la discusión de cinco elementos importantes a considerar:

1. El consentimiento informado: Se refiere al hecho de proporcionar a las personas que participan en el estudio, información sobre las generalidades de éste, sobre el propósito de la investigación, sobre el diseño y sobre cualquier riesgo o beneficio probable. El consentimiento informado implica que la persona decide participar voluntariamente, sabiendo que tiene el derecho de retirarse en el momento que lo desee. Algunas personas recomiendan obtener este consentimiento informado por escrito. Algunos autores, como Lincoln (Citado por S. Kvale 1996), proponen cambiar este consentimiento informado, por un dialogo abierto en el que permanentemente se negocie con los participantes. Para Kvale, esta constituye una propuesta más democrática.

2. Confidencialidad: Se refiere a que la información privada perteneciente a la identificación de la persona no será divulgada.

3. Consecuencias: El principio del beneficio significa que el riesgo de la persona a sufrir algún daño debe reducirse al mínimo. La suma de los beneficios potenciales para la persona y la importancia del conocimiento que se obtendrá del estudio deberá compararse con el riesgo potencial de la persona, y de esa manera se tomará la decisión de realizar o no el estudio. En este sentido, la declaración de que la investigación debe contribuir al beneficio social implica necesariamente que los investigadores consideren temas políticos referentes a que es beneficio o propiciatorio de una sociedad justa.

4. Papel del investigador: Considera Kvale que el investigador necesita dos cualidades: la sensibilidad para identificar un problema ético y la responsabilidad de actuar consecuentemente en función de lo que ha descubierto. A esto Kvale, lo denomina responsabilidad científica hacia su profesión y hacia las personas que participan en su estudio.

5. Preguntas: Al iniciar un estudio, el investigador se preguntó lo siguiente:

- ¿Cuáles serán las consecuencias benéficas del estudio?
- ¿Cómo puede obtenerse el consentimiento informado de los participantes?
- ¿Quién debe otorgar este consentimiento?
- ¿Cuánta información sobre el estudio es factible dar de antemano?
- ¿Cómo se va a proteger la confidencialidad de las personas que participen?
- ¿Quién tendrá acceso a la información obtenida?
- ¿Qué tan importante es que las personas permanezcan en el anonimato?
- ¿Cómo se puede ocultar la identidad de las personas participantes?
- ¿Existe la posibilidad de que surjan problemas legales? (Álvarez & Jurgenson, 2003)

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En el estudio participaron cinco enfermeras (os) de la CEYE, de los cuales, dos tienen categoría de enfermero auxiliar y tres de enfermera general, tres pertenecen al turno matutino y dos al turno vespertino. Con una antigüedad en el servicio que varía de cinco meses a tres años. La edad de los entrevistados osciló entre 28 a 53 años.

En el análisis de las entrevistas se exploraron siete categorías, mismas que se explican a continuación:

Categoría “Conformidad”.

La categoría principal que emerge del contenido del discurso de los participantes, deja ver que existe la conformidad, entendiendo que ésta consiste en la “modificación de una posición ya asumida por el sujeto en una dirección aceptada por otro”. Esta conformidad se hace patente cuando los entrevistados intentan justificar su trabajo como parte de la atención a los pacientes. En el pensamiento colectivo social, se identifica que el trabajo enfermero consiste en la atención directa y personalizada a sujetos enfermos, los cuales, en su mayoría, se encuentran en los hospitales, lugar en donde laboran los participantes de esta investigación. De esta forma, el personal de CEYE, intenta justificar su trabajo en la atención del paciente, aunque de una manera indirecta, lo que puede verse en el siguiente fragmento:

E: entonces nosotros también cuidamos a los pacientes desde esta área.

Del mismo modo, se evidencia la percepción que el mismo personal tiene de sí mismo, dejando ver su insatisfacción y al mismo tiempo su justificación:

D: pero a pesar de todo no es que no trabaje con... con pacientes. Cuidado de pacientes No. No estoy trabajando con pacientes ahorita, pero... trato de que el material que ocupan con los pacientes, vaya correctamente estéril este... en buenas condiciones ¿Para qué? para que el paciente se recupere.

Esta conformidad, puede estar influenciada hace que el personal de enfermería modifique sus sentimientos, de acuerdo a la posición mantenida por la mayoría. Así, el personal de enfermería experimenta una presión simbólica ejercida por el grupo de trabajadores de la institución hospitalaria.

En este caso, es conveniente considerar la teoría de Kelman, que sostiene que la conformidad es una influencia social y que se relaciona con el cambio de acciones de una persona como resultado de la presión. Kelman distingue tres formas de influencia social o conformidad: (Gracia, 2011)

1. Sumisión: mostrar acuerdo con el origen de la influencia por miedo al rechazo o al castigo
2. Identificación: mostrar acuerdo por el deseo de sentirse miembro del grupo
3. Interiorización: mostrar acuerdo por la creencia de que el origen de la influencia tiene razón.

Los participantes en su discurso exteriorizan que la influencia social se relaciona con la sumisión y la identificación.

Se percibe la necesidad de aprobación que muestran los trabajadores de la CEYE respecto a sus actividades, lo que desde la postura de Branden, (Atala, 1997) se encuentra relacionado con la autovaloración, a la que define como el “derecho a triunfar y a ser felices, el sentimiento de ser respetables, de ser dignos y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos”. Esta necesidad se refleja en el siguiente párrafo:

E: No, no lo valoran, porque cuando llegamos a subir a piso, por ejemplo, nosotros también, este, empacamos lo que es la gasa, la compresa, apósitos, entonces, si es feo llegar a los pisos y encontrarse ese tipo de material que nosotros preparamos, pues desperdiciado, que lo usan para cosas que no son, o lo encontramos en el piso y nadie lo recoge, le dan mal uso a todo ese material

Lo anterior deja ver que el personal se siente subvalorado, y que intenta, compensar esa falta de valoración por diversos medios.

Categoría “Hacer bien las cosas”.

Es notoria la forma que los participantes tienen para manifestar su interés por ser percibidos como profesionales, que cuentan con habilidades y destrezas propias de la profesión y que no necesariamente las deben demostrar en la atención directa a los pacientes. Intentan demostrar que son eficientes en el cuidado de los pacientes (misión a la que se deben), como es posible verlo en las expresiones siguientes:

A: si algo no está bien hecho he... ha de considerar que no están bien hechas las cosas.

T: me interesa este, pues, hacer bien las cosas porque creo que podemos marcar la diferencia.

T: hay que tratar de hacer las cosas lo mejor que podamos.

G: tenemos que hacer los procedimientos bien hechos.

No obstante, la idea de la eficiencia, en este sentido, se limita a la satisfacción de la expectativa que los demás se han formado. Es notorio como el personal omite la toma de decisiones de manera personal, el ejercicio de su criterio personal y profesional y se conforma sólo con cumplir con lo que le ordenen, sin cuestionar la razón de dichas órdenes:

T: yo lo voy hacer bien y si me dice que hay que abrir todas la pinzas para que se laven bien, pues abro todas las pinzas aunque me tarde más y las seco todas.

Desde esta perspectiva, el personal de enfermería se percibe a sí mismo como eficiente, dado que cumplen con las órdenes que reciben e intentan satisfacer las expectativas de sus jefes.

Categoría “Todo mundo exige”.

La concepción del mundo surge en el proceso de la actividad históricamente concreta de los hombres y, una vez surgida adquiere enorme importancia en su vida cotidiana.

En filosofía, el término *mundo* posee varios posibles significados. En algunos contextos, se refiere a todo lo que conforma la realidad o el universo físico. En otros, puede tener un específico significado ontológico.

Martin Heidegger, sostenía que "el mundo circundante es diferente para cada uno de nosotros y, sin embargo, nos movemos en un mundo común". De acuerdo a su teoría, todos somos "lanzados" al mundo, y debemos llegar a acuerdos con él. (Espitia Castillo, 2013)

Por su parte Sigmund Freud propuso que nos movemos en un proceso de pensamiento común.

Desde diversos autores, la concepción del mundo significa un conjunto de ideas acerca de todos los fenómenos de la Naturaleza y de la Sociedad que circundan al hombre. Su importancia radica en que su definición condiciona las relaciones entre el hombre y el medio ambiente.

Para Hegel, en la sociedad de clases como la representada en el ámbito hospitalario, no existe una concepción única del mundo. Cada persona, de acuerdo a su categoría laboral, nivel de estudio o servicio al que está asignado, construye una determinada concepción sobre la realidad del hospital en que labora, teniendo como base la experiencia, el pensamiento colectivo y las expectativas profesionales. (Dilthey, 2015)

Considerando estas circunstancias, se vislumbra que el personal se percibe como integrante de un mundo exigente, difícil de satisfacer, que desconoce el trabajo que realizan en la CEYE y que al mismo tiempo no "respetan" minimizando los problemas que esto puede ocasionar al interior de funcionamiento del servicio.

A: un servicio en el que todo mundo va y grita, todo mundo va y pide las cosas. Piensan que tenemos de estar a disposición de ellos o hacer

las cosas que ellos quieren que hagamos a su manera. En ocasiones no respetan ese horario, y entonces a la hora que ellos van a ocupar las cosas vienen a la central a pedir las cosas aunque sea ya fuera de su horario establecido.

Socialmente se considera al respeto es un valor moral importante del ser humano, fundamental para lograr una armoniosa interacción social, que favorece la comprensión al otro, la valoración de sus intereses y necesidades, y que se manifiesta con la tolerancia.

Considerando que la palabra proviene del latín respectus, y que es traducido como 'atención', 'consideración' o 'mirar de nuevo', se deduce que el personal en CEYE se percibe como incomprendido, no valorado y víctima de la intolerancia de sus compañeros.

Categoría “Conflictos laborales”.

La palabra conflicto es entendida de diferentes modos, de acuerdo a la perspectiva de los autores. A continuación se muestran algunos de las definiciones más conocidas en las ciencias sociales

Para Vinyamata el conflicto es una “lucha, desacuerdo, incompatibilidad aparente, confrontación de intereses, percepciones o actitudes hostiles entre dos o más partes. Es connatural con la vida misma, está en relación directa con el esfuerzo por vivir. Los conflictos se relacionan con la satisfacción de las necesidades, se encuentra en relación con procesos de estrés y sensaciones de temor y con el desarrollo de la acción que puede llevar o no hacia comportamientos agresivos y violentos”. (García Villaluenga, 2018)

Fisas menciona que es un proceso interactivo que se da en un contexto determinado. Es una construcción social, una creación humana, diferenciada de la violencia. (Fisas, 1998)

Julien Freund define el conflicto en “un enfrentamiento o choque intencional entre dos individuos o grupos de la misma especie que manifiestan una intención hostil, generalmente acerca de un derecho. (Souza Barcelar, 2009)

Conflicto:

Como un proceso que comienza cuando una de las partes percibe que es afectada por la otra parte o que está a punto de afectar de manera negativa algo que a la primera le interesa. Esta definición es intencionalmente amplia; describe el momento en cualquier actividad, en la que una interacción se convierte en un conflicto entre partes. Abarca una amplia gama de conflictos que las personas experimentan en las organizaciones: metas incompatibles, diferencias en la interpretación de los hechos, desacuerdos basados en expectativas conductuales.

Tipos de conflicto:

1. Conflictos disfuncional: Aquel que dificulta el desempeño del grupo.
2. Conflicto de tarea: Conflicto sobre el contenido y las metas de trabajo.
3. Conflicto de relación: Conflicto basado en las relaciones interpersonales.
4. Conflicto de proceso: Conflicto sobre cómo se debe realizar el trabajo. (Robbins & Judge, 2013)

Definición de conflicto laboral: Identifican una particular categoría, que ofrece sus propias peculiaridades, Pla Rodríguez, los define como “Toda contienda derivada de una relación laboral”. Destaca el maestro uruguayo que lo esencial del concepto, son los términos “Conflictos” y “De trabajo”, por lo que viene a resultar innecesarias las exigencias de que se trate de conflictos entre uno o más trabajadores con su empleador y la que la norma aplicada sea de carácter laboral.

Contrasta con lo anterior la afirmación de De la Cueva en el sentido de que uno de los sujetos, por lo menos, debe ser parte de una relación laboral; y que, por otro lado, la materia sobre la que verse en el conflicto debe estar regida por normas de trabajo; en realidad, al menos la existencia de conflictos entre sindicatos excluye la necesidad de que uno de los sujetos sea parte de una relación laboral. Del mismo

modo, el conflicto puede tener su origen a un siendo de derecho, en normas que no sea estrictamente de trabajo.

Es por ello que resulta precisa la definición de Krotoschin, sencillamente expresa que por conflictos de trabajo en sentido amplio se entiende las diferencias de cualquier clase que nacen de una relación del derecho laboral.

Una breve y amplia definición ofrece Fernando Suarez González “cualquier tipo de fricción que pueda producirse en las relaciones de trabajo y seguridad social”.

La contraposición de intereses que caracteriza a las relaciones laborales hace ciertamente que surjan conflictos de diversa naturaleza que rebasan o envuelven a los sujetos de la relación del trabajo y alcanza a quienes de una manera u otra participan en el desarrollo de las relaciones laborales.

Lupo Hernández Rueda identifica las siguientes características de los conflictos del trabajo

- a) Desbordan el interés meramente particular y tienen repercusión social.
- b) Son predominantemente humanos, al poner en juego valores humanos de carácter universal.
- c) Son susceptibles de trascender los límites nacionales, cuando pueden afectar la vida económica y la tranquilidad pública interestatal
- d) Citando a Miguel Gerardo Salazar indica que tienen sustantividad propia, que motiva la “Despersonalización de las partes”
- e) Intervienen los sindicatos como parte en los procesos
- f) Varios tratadistas (Napoli, Alonso Garcia) Aluden a una “Desigualdad situación de las partes” (Rodríguez, 1989)

Una palabra que se manifestó constantemente en los discursos de los participantes, fue “conflictos”, de acuerdo a sus expresiones, es posible definir que estos están relacionados con el desarrollo de las acciones, con trato hostil, relación con compañeros de enfermería o médicos, y con la forma en que los manejan.

Los conflictos que surgen con profesionales del área de enfermería están relacionados con el material y con las actividades que desarrollan en la CEYE como se observa en los siguientes párrafos:

A: ha habido conflictos por diferentes circunstancias, pero es relacionado al material que se maneja ahí.

E: empiezan decir: “oye apoya allá”, o “haz esto, haz el otro”.

D: los conflictos, si hay muchos conflictos, un lugar de conflictos. ..., tuvimos un conflicto con la compañerita, ... no me gusta cómo... como trabaja porque ella este... acaba de llegar en la cirugía ambulatoria, pero no trae el material arreglado, no le, le falta esto, le falta este otro y quiere acusarnos

G: a veces se generan conflictos por qué no traen el material como debe de ser, por que lo deben traer limpio y seco, y en eso conflictuamos....se enojan al momento en de que no les aceptamos el material entonces hay, hay como una agresión y de repente uno también no sabe cómo ponerse, en qué papel ponerse con ellos...

González Consuegra. (2010) Observa dos categorías necesarias en todo conflicto, por un lado, la percepción de los implicados de que sus intereses se ven o pudieran verse afectados, y por otro lado, la incompatibilidad de metas, lo que lleva al grupo a percibir la afectación del logro de sus metas, lo que hace que la persona se sienta desmotivada, limitada en la realización de acciones.

Otra forma de conflictos entre el personal es el que se da con los médicos, con quienes se establece una relación de subordinación, mediada por el pensamiento social colectivo, que pone al enfermero (a) en una posición inferior, generando estrés laboral:

D: muchos conflictos a veces con los médicos

D: vamos a tener conflictos con todo mundo, con todo mundo vamos a tener conflictos

Otra de las fuentes de conflicto entre el personal surge por las diferencias en la ejecución de los procedimientos propios del área, que varían de acuerdo con la actitud y habilidades de cada uno de los trabajadores. Así, hay quien experimenta agresiones por la lentitud al hacer las tareas, argumentando que le falta habilidad, mientras otro personal de la misma área visualiza esta lentitud como una falta de colaboración con el equipo y asume que aun teniendo la habilidad, no efectúa las tareas con la rapidez que requiere el servicio, por lo que las tareas deben ser realizadas por el resto del grupo, generando que los sujetos se perciban como receptores de malos tratos, a los cuales reaccionan de diferentes maneras, recurriendo a la confrontación, defensa o agresiones:

E: en los conflictos que yo he llegado a tener, confronté una vez una de ellas pidiendo una explicación de, cuál era su motivo de burla

G: nos creaba conflicto por qué no hacíamos bien las cosas

D: si tengo conflictos con ella porque también tengo mi carácter

D: pero si hay muchos conflictos también, porque las compañeras

D: si hay problemas en el área, bastantes

G: tuvimos mucho conflicto entre el mismo personal

G: el mismo conflicto que teníamos ahorita

La forma en que afrontan estos conflictos es mediante la intervención de la jefa del servicio, a quien recurren cuando consideran que estos se han “complicado” y que son incapaces de resolverlo, como puede leerse en los siguientes fragmentos:

E: surgen conflictos son un poquito complicados y es donde, eh, hacemos que intervenga nuestra jefa

G: hemos tratado de, de de resolver por así decirlo el conflicto

Categoría “Gasitas”.

Una constante observada es que los trabajadores se perciben como hacedores o preparadores de gasas y compresas, lo que consiste en extraer la gasa de grandes empaques, separa paquetes de 10, envolverlas en papel o introducirlas en bolsas especiales, sellar con el papel indicador de la esterilización, escribir en el empaque fecha de esterilización, meter al autoclave, sacarlas cuando ha transcurrido el tiempo establecido para su esterilización, acomodar en los estantes correspondientes y repartir a los servicios cuando estos los solicitan. Cabe mencionar que en el proceso de preparación, esterilización, manejo y almacenamiento de material es necesario tener amplios conocimientos, habilidades para su manejo, capacidad de organización y muchas virtudes más, sin embargo, ni el mismo personal de la CEYE lo percibe como tal, lo cual expresan de manera consistente:

T: cuestión de reeducar incluso hasta nuestras mismas compañeras enfermeras por qué no entienden, no entienden que el trabajo en la CEYE es más que envolver unas gasas.

T: no es nada más envolver gasa.

El personal expresa estas actividades utilizando los sufijos diminutivos. El uso del diminutivo en español modifica el significado de las palabras. Es utilizado de diversas formas que incluyen, ito, iyo, ico, in, siendo el más común el primero. De acuerdo a diversos autores, el significado del diminutivo puede referirse a diferentes aspectos, al de reducción de tamaño, de importancia o de sinceridad. Metafóricamente, se puede utilizar para reducir el valor (objetivo o subjetivo) de algo. Si el diminutivo es utilizado de manera cariñosa puede representar una manera insincera, es decir, sarcasmo. (Patricia V. Lunn, 2013). Otra interpretación de los sufijos diminutivos es el asignar un valor despectivo, indicando desprecio o ridículo. (Pequeño, insignificante, sin importancia) (José Ignacio Hualde, 2001) . De esta forma, el diminutivo podría significar menor grado de una cualidad o bien el desprecio o sarcasmo de algo.

En el discurso de los participantes, es notorio el uso del diminutivo cuando se refieren a la forma en que piensan que los demás conciben su trabajo. Por la forma en

que lo expresan podría deducirse que el personal se autopercibe como realizador de funciones poco importantes, de poco valor, incluso, hasta de manera despectiva, como puede verse en los siguientes párrafos:

A: yo no quiero ir a la CEYE porque ahí nada más hacen gasitas

E: que solamente hacen gasitas

E: el hecho de estar metiendo gasitas, o apósitos, o estar haciendo compresitas, metiéndola en la bolsita y empacándola

Esta minimización de su trabajo hace que los profesionales se perciban como minimizados, poco importantes o poco valorados en el proceso de atención del paciente, aquello para lo que fueron formados, que fue su ideal y que no satisface sus expectativas profesionales, como puede verse en las siguientes expresiones:

D: los compañeros no, no este... no aprecian nuestro trabajo de la CEYE y es importante

T: nosotras mismas como enfermeras menospreciamos a nuestra compañera que está en la CEYE

G: como que trata uno de hacer las cosas y ellos así como de... no le toman tanta importancia como debiera de tener... no ven todo el trabajo que nosotros hacemos... No, nos valoran las personas que han estado aquí

G: no nos valoran... desconocen todo lo que nosotros hacemos

A: yo creo que no lo entienden (que hacen un trabajo importante) o no lo han percibido de esa manera

A: Yo creo que no lo valoran

Lo anterior explica la siguiente categoría

Categoría “Castigo”.

El castigo ha sido considerado tradicionalmente como una forma de violencia para controlar la conducta.

Así, el personal de CEYE manifiesta sentirse controlado, que es enviado a este servicio como parte de una estrategia para imponer el orden y la disciplina en el Hospital. En la psicología el castigo aparece ligado a la educación y tradicionalmente se aplica con el objeto de evitar la repetición de un acto. Se considera como el opuesto al premio. Produce efectos secundarios como emociones negativas, sentimientos de culpa o de vergüenza y genera ansiedad por escapar de la situación.

Los entrevistados manifestaron abiertamente sentirse agredidos por haber sido asignados al servicio de CEYE, expresando que esta asignación obedece a un castigo, lo que, de acuerdo a las definiciones, sería con el fin de lograr una modificación de su conducta, es decir, les hace sentir que han tenido conductas inapropiadas, por lo cual, han sido merecedores de dicho castigo.

Así lo expresan los trabajadores:

T: ...no me dio mucho gusto, no me dio mucho gusto porque tenemos la idea de que siempre que nos mandan a ese servicio es porque pues nos castigan o este o eres muy rebelde o eres problemática conflictiva.

T: para quitarte un poco esas acciones que tú de repente tienes te mandan a ese lugar como una manera de reprenderte.

T: pues que hiciste para que te vinieran a encerrar aquí, eso te pasa por andarte peleando con las personas o por contestar, no debes de decir lo que piensas... generalmente creen que cuando te mandan a ese servicio es porque quieren llamarte la atención, quieren jalarte las orejas.

T: creo que no soy tan mala...y creo que no soy tan mala.

T: estás ahí porque te portas mal o porque a lo mejor ahí te fueron arrinconar.

Estas expresiones muestran que el personal se percibe como víctima de sus jefes, que utilizan el castigo para imponer orden y disciplina dentro del hospital, pero mediante un modelo agresivo para el personal. (Herrera., 2003).

En algunas ocasiones, las expresiones llegan a ser incluso de angustia, como lo muestra la siguiente:

D: hay veces sí que ya no, ya no quiero estar en el área, ya no.

T: yo no quiero estar ahí, voy a estar encerrada (...) no, no, no me gustó y este... y la verdad este si le digo le comenté a una compañera y le rogué le dije ándale por favor. No me dejes que me encierren allá.

Esta percepción de castigo se ve ligada con la categoría de Carga de trabajo

Carga de trabajo.

Los participantes manifestaron que dentro de sus actividades laborales tienen exigencias, las cuales deben cumplir satisfactoriamente.

La Carga de Trabajo se define como el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral. En todo puesto de trabajo se reciben una serie de señales que pueden ser muy diversas (órdenes de trabajo, indicadores, documentos, etc.) y que las personas perciben e interpretan, lo que afecta la realización de acciones determinadas.

En la CEYE, el personal recibe señales que interpreta como la carga de trabajo que deberá atender, la que hubo en el turno anterior y probablemente la que deje sin realizar. Las señales que recibe el personal a través de los sentidos son múltiples y variadas, como el orden en los anaqueles que contienen el material y equipo esterilizado y no esterilizado, equipos (autoclaves) que no funcionan correctamente y que retrasan los procesos, gente esperando en ventanillas para ser atendida, que no se realizaron los procesos que deberían hacerse en el turno anterior y que tendrán que sumarse a los del turno, falta de personal, compañeros que no colaboran, personal de

enfermería con facies de cansancio del turno anterior, rumores en los pasillos de que hubo mucho trabajo en el turno anterior, pendientes por realizar, sentimientos de enojo del personal del turno anterior, mesas de trabajo repletas de material por preparar, aislamiento de las personas y otras señales que hacen que los trabajadores detecten información y la interpreten como exceso de trabajo, generando una respuesta, es decir, la acción que consideran es la más adecuada.

En función de este proceso mental, es necesario considerar los distintos tipos de exigencias, relacionadas con la información recibida, que son principalmente la cantidad y calidad de las señales que llegan, la dispersión de las mismas, la diversidad de fuentes de las que proceden esas señales y la variabilidad de los canales sensoriales a través de los cuales se perciben.

Así mismo, hay que considerar el análisis que el personal hace de dicha información: profundidad de elaboración y complejidad de los razonamientos.

De este modo, el personal prepara su respuesta, que tendrá características como rapidez, complejidad, libertad en la toma de decisiones, número de alternativas entre las que se ha de seleccionar la respuesta, la manera en que ejecutará las acciones de la respuesta, o el tiempo en que la realizará.

El tiempo de que dispone el personal para realizar su tarea está relacionado con el ritmo de trabajo. Si se ha de trabajar deprisa, el trabajador requerirá de un mayor esfuerzo, del mismo modo, el tiempo durante el cual el trabajador debe mantener la atención, se relaciona con la oportunidad de descansar, de convivir con los compañeros o de conocer otras áreas laborales y lograr una recuperación de la fatiga.

El personal entrevistado manifestó en sus expresiones ser objetos de una sobrecarga de trabajo, que si bien puede ser real en algunos momentos, en otros sería solo la percepción de la misma influenciada por la percepción a través de los sentidos:

E: Se carga mucho hacia ciertas personas o hacia mí mismo, dependiendo de la carga de trabajo

E: de repente se carga el trabajo hacia un solo lado, pero bueno tratamos de, bueno, al menos yo trato de apoyarlas, en lo que yo pueda

T: Toda la sobre carga de trabajo... estoy segura de que si hay muchas cosas que no hacemos como deberíamos

G: más carga de trabajo porque ahora todo el material se hace en la mañana y hay compañeritos que todavía no, o no saben o no quieren trabajar a la par.

E: es bastante trabajo.

E: se realizan tantos procesos en esta área.

D: ...Jefa no sé qué está pasando, suba y vea la cantidad de trabajo y no tengo gente o al sindicato agarraba y bajaba y le decía "oiga doctor con todo respeto, pero quiero que suban y vean la cantidad de trabajo que tengo".

T: Muy cansada, a veces siento así como que mis pies este, como que me pulsan, este, hay ocasiones en las que no vamos ni al baño, una vez vamos hacer pipí o lo que tengas que hacer muy rápido y este, y bueno pues sí, la verdad si es algo pesado.

T: quiere hacer las cosas rápido y cómo ve que hay mucho trabajo, mucho trabajo quiere acelerarse.

T: dejo tanto trabajo porque me quede sola, no pude hacer esto, no pude hacer lo otro... hay que sacar todo el trabajo, no podemos dejar trabajo aquí amontonado.

T: falta mucho, mucho apoyo.

G: nosotros nos vemos muy saturados de trabajo.

Es evidente como los participantes reflejan en sus expresiones que el trabajo no es repartido de manera equitativa en los diferentes turnos, ni entre los compañeros del mismo turno, así como insatisfacción laboral por no realizar los procedimientos de la manera que ellos creen que es correcta debido a las exigencias que el servicio les requiere.

CAPITULO V. CONCLUSIÓN

Como resultado de la investigación presentada se concluye que el personal de enfermería de la Central de Equipos y Esterilización (CEYE) de un hospital de tercer nivel, se autopercibe como personas que realizan actividades que, si bien son necesarias para la atención de los pacientes, no les corresponden, lo que se ve influenciado por el pensamiento colectivo social, que de manera sistemática ha etiquetado al trabajo enfermero limitándolo sólo a la atención directa y personalizada del cuidado a personas enfermas, las cuales, en su mayoría se encuentran en los hospitales.

Al mismo tiempo y en sentido diferente, se considera con habilidades y destrezas distintas a las que tienen los demás profesionales de enfermería y que se ubican en otras áreas hospitalarias, ya que el trabajo que desarrollan tiene características diferentes que les ha conferido el desarrollo de competencias diferentes y específicas que son necesarias para el cuidado del paciente, ya que mediante estas, se satisfacen las necesidades indirectas que requiere la atención médica, de enfermería y otras áreas, tan importantes o más que la atención directa, ya que de la labor que desarrollan en CEYE, dependen muchas actividades que se realizan en el hospital, por lo que merecen el respeto y reconocimiento de sus pares como profesionales. Se visualizan como integrantes y proveedores de un mundo exigente, difícil de satisfacer, cuyo trabajo en la CEYE es invisibilizado y subvalorado, por lo que son sujetos a quienes no se respeta y se desvalorizan. En su discurso manifiestan sentimientos de ser sujetos de incomprensión e intolerancia por parte de los demás profesionales que laboran en el hospital.

Perciben malos tratos por parte del personal médico y personal de otras áreas manifestadas por críticas severas al trabajo que realizan en el área de la CEYE, de lo que resulta confrontaciones frecuentes con los mismos. Se autoperciben como realizadores de actividades poco importantes y que por lo tanto no satisfacen sus

expectativas profesionales, se sienten castigados al ser asignados al servicio de la CEYE, lo que les genera sentimientos de culpa o vergüenza.

Manifiestan sobrecarga de trabajo e inequidad en la repartición del mismo por lo que se autoperciben insatisfechos en su trabajo que realizan.

Por lo que se concluye que el personal de enfermería de la CEYE, requiere de estrategias gerenciales (capacitación continua, conferencias motivacionales, incentivos, grupos de apoyo) que les permitan sentirse valorados y satisfechos de la actividad que realizan para poder proporcionar calidad de atención indirecta a los pacientes, que redundará notablemente en la productividad hospitalaria evitando retrasos en las áreas quirúrgicas y en las áreas hospitalaria, así como los costos que estos generan.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

En el análisis de las entrevistas se identificaron siete categorías: la categoría principal deja ver que existe “conformidad” en los participantes, ellos justifican su trabajo en la atención del paciente, aunque sea de una manera indirecta. Por lo que se evidenció la percepción que el mismo personal tiene de sí mismo dejando ver su insatisfacción laboral, que como menciona Blum, para considerar la satisfacción laboral, el personal debe estar a gusto con su trabajo o con los distintos aspectos que se derivan de él, de tal manera que el trabajo puede ser una experiencia agradable o desagradable, dependiendo de la influencia que tenga la satisfacción sobre los aspectos personales y los laborales.

En este caso, es conveniente también considerar la teoría de Kelman, que sostiene que la conformidad es una influencia social y que se relaciona con el cambio de acciones de una persona como resultado de la presión. Desde su perspectiva, el personal de CEYE experimenta la conformidad en forma de Sumisión, a pesar de que no está de acuerdo con laborar en ese servicio, muestra conformidad por miedo al rechazo de sus compañeros, al castigo que podría provenir de sus jefes o supervisores y que se traduciría en una limitación de privilegios tales como pases de salida o licencias. En el personal que aún no tiene la seguridad laboral de contar con una contratación de base, el miedo, además, se refuerza por la vulnerabilidad que tienen, como personal eventual, a no alcanzar una mejor contratación e inclusive, a perder el empleo.

En la siguiente categoría “hacer bien las cosas” los participantes se autoperciben con habilidades y destrezas para laborar en una central de equipos y esterilización, manifiestan su necesidad de ser reconocidos como profesionales, aunque no tengan atención directa con el paciente y se conforman con cumplir con lo que le ordena su jefe de área y omite la toma de decisiones de manera personal, por lo que no ejercen su criterio personal y profesional. Garrido refiere que la habilidad hace referencia al talento, o a la actitud al realizar una actividad en concreto, lo que se traduce en que una

persona que cuenta con una determinada habilidad tiene la capacidad de efectuar una actividad con éxito, al usar dicha destreza.

Se ha de considerar que existe una serie de habilidades personales con las que deben de contar los trabajadores: Ser capaces de tomar decisiones, tener la capacidad de negociar, independiente del puesto que se adopta. El trabajador tiene que saber negociar e incluso cuando está en una posición desventajosa, adoptar un pensamiento estratégico, manejar el tema en el que va a desarrollar su trabajo como un experto, el trabajo se ha de realizar de forma apasionada. Así, el personal de CEYE tiene habilidades que solo el personal que ahí labora logra desarrollar, lo que implica manejo de autoclaves, capacidad organizativa, de toma de decisiones, facilidad de planeación, conocimientos de química, física y otras ciencias

En otra categoría “Todo mundo exige” el personal de enfermería percibe a los usuarios del servicio como miembros de un mundo exigente, difícil de satisfacer, que desconocen el trabajo que realizan en la CEYE, que “no respetan” el trabajo que ahí se desarrolla, minimizando los problemas que esto puede ocasionar al interior del funcionamiento del servicio, por lo que ellos se sienten, no valorados, incomprendidos y víctimas de la intolerancia de sus compañeros. Al respecto, Güell y Muñoz, las personas tienen la capacidad de establecer su propia identidad y atribuirse un valor y, a esa valoración se le llama autoestima. Señala que “Si conseguimos mantener un buen nivel de autoestima resistiremos las críticas, nos abriremos mejor a los demás, aprenderemos a pedir ayuda y, en general, nos resultará mucho más gratificante vivir, lo que contribuirá también a prevenir cualquier proceso depresivo”.

Una de las categorías que se mencionó constantemente durante las entrevistas fue la de “conflictos laborales”. La cual el autor Fernando Suarez la define como cualquier tipo de fricción que pueda producirse en las relaciones de trabajo y seguridad social. Los participantes la manifestaron en que reciben trato hostil de sus compañeros de enfermería de otras áreas, así como de personal médico. Algunos experimentaron agresiones por la lentitud al hacer las tareas, argumentando que les falta habilidad, por lo que los participantes se autoperciben como receptores de malos tratos a los cuales

reaccionan de diferentes maneras, recurriendo a la confrontación, defensa o agresiones.

La forma en que ellos afrontan estos conflictos es mediante la intervención del jefe de servicio a quien recurren cuando consideran que los conflictos se han complicado y que son incapaces de resolverlos.

Es notorio el uso del diminutivo cuando se refieren a la forma en que piensan que los demás conciben su trabajo, por la forma en que lo expresan, podría deducirse que el personal participante se autopercibe como realizador de funciones poco relevantes, de poca trascendencia, esta minimización de su trabajo, hace que se autoperciban como poco importantes o poco valorados en el proceso de atención en el paciente, aquellos para lo que fueron formados y que fue su ideal, que no satisface sus expectativas profesionales. De acuerdo a diversos autores, el significado del diminutivo puede referirse a diferentes aspectos, al de reducción de tamaño, de importancia o de sinceridad. Metafóricamente, se puede utilizar para reducir el valor (objetivo o subjetivo) de algo. Si el diminutivo es utilizado de manera cariñosa puede representar una manera insincera, es decir, sarcasmo. (Patricia V. Lunn, 2013). Otra interpretación de los sufijos diminutivos es el asignar un valor despectivo, indicando desprecio o ridículo. (Pequeño, insignificante, sin importancia) (José Ignacio Hualde, 2001). De esta forma, el diminutivo podría significar menor grado de una cualidad o bien el desprecio o sarcasmo de algo.

El personal de la CEYE manifiesta sentirse controlado, que es enviado a este servicio como parte de una estrategia para imponer el orden y la disciplina en el hospital, se autoperciben “castigados”, con sentimientos de culpa o de vergüenza y le generan ansiedad por escapar de la situación. Como lo menciona Leitenberg, el castigo ha sido definido como una consecuencia del comportamiento que reduce su probabilidad futura, o como una operación en la que un estímulo aversivo se hace contingente a una respuesta. Es entonces que el castigo está implícito en el castigo de ser asignado a ese servicio. Ante esta manera pensar, la respuesta de los trabajadores se traducirá en trabajo mal realizado, baja productividad y mínima eficiencia.

El personal entrevistado, manifestó en sus expresiones ser objetos de una sobrecarga de trabajo, ya que reflejan en sus expresiones, que el trabajo no es repartido de manera equitativa en los diferentes turnos, ni entre los compañeros del mismo turno, así como insatisfacción laboral por no realizar los procedimientos en la manera en la que ellos creen que es correcta, debido a las exigencias que el servicio le requiere, por lo que Sureda Martínez define carga de trabajo como el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral.

El ser humano, como menciona el modelo de “Sor Callista Roy” se centra en el concepto de adaptación de la persona. Las nociones de Roy de enfermería: persona, salud y entorno están relacionadas con este concepto base. La persona busca continuamente estímulos en su entorno como paso último, se efectúa la reacción y se da paso a la adaptación, el que nos compete en este trabajo de investigación, se relaciona en el subsistema secundario que está compuesto por cuatro modos de adaptación y los que nos interesan son el autoestima, función del rol y el de interdependencia, con el cual, si no existe un equilibrio no se da la adaptación, ya que el rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro. El de interdependencia trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad que son “el dar y recibir amor, respeto y valores”; y el de autoestima como el conjunto de creencias que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado, el propósito de estos modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social.

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

AUTOPERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Enfermera (o): Como parte de una investigación se realizará una actividad relacionada con la autopercepción del personal de enfermería de la Central de Equipos y Esterilización (CEYE) en un hospital de tercer nivel. Esto es de gran importancia ya que los resultados de esta investigación permitirán al personal directivo de los hospitales, conocer la forma en que los trabajadores de la CEYE perciben su realidad y la razón de sus respuestas ante las exigencias institucionales, en base a lo cual se podrán proponer estrategias gerenciales que permitan modificar la autopercepción para obtener mejores resultados en la institución y una mayor satisfacción laboral de quienes están asignados al servicio.

Para esta actividad se le solicitará su apoyo para responder una entrevista la cual contará con preguntas abiertas sobre su desempeño y participación, así como su autopercepción en la CEYE. La información recopilada, será confidencial. Esto no tomará más de 60 minutos.

Por lo que le pedimos su autorización por escrito para poder realizar dicha actividad, recordándole que estas son acciones que están contempladas dentro de la investigación.

Si usted está de acuerdo por favor indíquelo:

Acepto: Sí _____ No _____

Ud. acepta participar en esta actividad del proyecto.

Servicio y turno _____

Le agradecemos mucho su participación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aceves Palma, J. L., Garcia Vega, S., & González Pedraza Avilez, A. (2011). Insatisfacción de la imagen corporal y autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* , 129.
- Acosta-Gnass, S. I. (2008). *Manual de esterilización para centros de salud*. Pan American Health Org.
- Alvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2003). *Como hacer investigacion cualitativa fundamentos y metodologia*. Barcelona: Paidos .
- Ballesteros Velazquez, B. (2014). *Taller de Investigación Cualitativa*. Madrid: UNED.
- Branden, N. (2009). *Cómo mejorar su autoestima*. Grupo Planeta (GBS), .
- Cazalla Luna, N., & Molero, D. (2013). Revision teorica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista electronica de investigacion y docencia* , 44.
- Cspedes Cabrera, K. M. (- de Junio de 2016). *Repositorio: Universidad Privada Antenor Orrego*. Recuperado el 22 de 05 de 2018, de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2764>
- De Souza Cruz, M. C., & Mariscal Crespo, M. I. (2016). Competencias y entorno clinico de aprendizaje en enfermería: autopercepcion de estudiantes avanzados de Uruguay. *Enfermería Global*, 121 - 134. Recuperado el 22 de 05 de 2018, de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/docencia1.pdf>
- Domènech Llaberia, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Univ. Autònoma de Barcelona.
- Escamilla Cruz , S., Córdoba Avila, M. Á., & Campos Castolo, E. M. (2012). Autopercepción de competencias profesionales de la Licenciatura en Enfermería. *CONAMED*, 67-75. Recuperado el 22 de 05 de 2018, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3971719>
- García Hernández, Y., Martínez García, M. D., Rivera López, M. I., & Gutiérrez Fragosó, G. (2016). Satisfacción laboral del personal de enfermería en dos instituciones de salud pública: Caso hidalgo, México. *Ciencia Administrativa* , 29.
- García-Romeraa, I., Danetb, A., & March-Cerdàab, J. (2016). Autopercepción de las personas responsables en los equipos sanitarios de Andalucía. *Calidad Asistencial*,

356-364. Recuperado el 22 de 05 de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X16300471>

Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly, J. J., & Konopaske, R. (2011). *Organizaciones*. México: McGrawHill.

Gracia, T. I. (2011). *Introducción a la psicología social*. Editorial UOC.

ISSSTE. (11 de 05 de 2018). *GOB.MX*. Recuperado el 26 de 05 de 2018, de <http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2017.html#cap15>

Johnson, T., Konkur, P., & Rojo, C. (2013). *Manual Técnico de Servicios Centrales*. Chicago: International Association of Healthcare.

Morse, J. M. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia.

Naranjo Pereira, M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica "Actualidades"*, 2-3.

Orrego Ramirez, C., Meza Fuentealba, C., Vergara Nuñez, C., Lee Muñoz, X., & Schleyer Daza, N. (2016). Percepción estética del paciente desdentado comparada con la opinión de expertos. *Revista Clínica de Periodoncia, implantología y Rehabilitación Oral*, 55.

Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la salud: (reto de nuestro tiempo)*. Ediciones Díaz de Santos.

Pozos Magaña, M. G., & Jasso Soto, M. E. (2016). Nivel de satisfacción percibida por enfermería con el servicio otorgado por la Central de Equipos y Esterilización. *CONAMED*, 134.

Raffini, J. P. (2008). *100 maneras de incrementar la motivación en clase*. Editorial Pax México.

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier.

Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013). *Comportamiento Organizacional*. México: Pearson.

- Rodríguez Fuentes, M., Arpajón Peña, Y., Herrera López, I. B., Justo Diaz, M., & Jimenez Quintana, Z. (2016). Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. *Revista Cubana Estomatología* , 3.
- Rodríguez, A. P. (1989). *Estabilidad en el empleo, solución de conflictos de trabajo y concertación social: (perspectiva iberoamericana)*. EDITUM.
- Rodriguez, M. (2014). *La doble pregunta y las 7 llaves del Metodo Cualitativo: Ciencias Soaciales*. Summa Cum Laude.
- Rodríguez Pérez, C. (2012). *Psicología social*. Mexico: RED TERCER MILENIO.
- Rojo Padilla, J. A. (2011). Sociedad de Médicos Fundadores del Centro Hospitalario 20 de Noviembre. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* , S20.
- Santos Popper, M. C. (2013). Autopercepción del Personal de Enfermería de Atención Primaria de la Salud. *REVISTA URUGUAYA DE ENFERMERÍA*, 1 - 10. Recuperado el 22 de 05 de 2018, de <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/45/43>
- Trejo Martinez, F. (2012). Fenomenologia como metodo de investigacion: una opcion para el profesional de enfermeria. *Medigraphic* , 99.
- Villamizar Acevedo, G., Becerra Alvarez, D. R., & Delgado Martinez, A. C. (2014). Autopercepción de estudiantes de psicología sobre sus competencias en los campos laboral, educativo y salud. . *Revista de estudio y experiencias en educación* 154.