



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Tesis

“Relación entre salud y ausentismo laboral en una fábrica de alimentos de la Ciudad de México”

Que para optar por el grado de:

Doctor en Ciencias de la Administración

Presenta: Victor Hugo García Chávez

**Tutor: Dra. Rebeca Martínez Sánchez
Dra. Ma. Cecilia T. Canseco Cortés
Dra. Sofía I. Contreras Solyomváry**
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

México, Ciudad de México.

Agosto, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Mi más sincero agradecimiento a todos los benefactores relacionados con la presente tesis, desde quienes forman parte de mi vida hasta quienes la consulten; pasando por supuesto por quienes participaron, acompañaron, asesoraron, tutelaron o examinaron el trabajo realizado en un programa de excelencia de la mejor institución posible para desarrollarlo.

Tengan certeza que ocuparán siempre un espacio importante en este documento, en mi formación y corazón.

Gracias.

Índice

Resumen de la investigación	8
Introducción	11
Capítulo 1. Salud	12
1.1. Funcionalidad física	13
1.2. Rol físico	15
1.3. Dolor corporal	16
1.4. Salud general.....	18
1.5. Vitalidad	19
1.6. Funcionalidad social	21
1.7. Rol emocional	22
1.8. Salud mental.....	24
1.9. Medición de la salud	26
Capítulo 2. Ausentismo laboral	33
2.1. Causas.....	34
2.2. Tipos de ausentismo	43
2.3. Modelos Explicativos	47
2.4. El ausentismo y los valores generacionales	48
2.5. El ausentismo y la flexibilidad laboral	52
Capítulo 3. Metodología de la investigación.....	63
3.1. Justificación	63
3.2. Planteamiento del problema	65
3.3. Pregunta de investigación.....	68
3.4. Hipótesis de investigación.....	68
3.5. Objetivos de la investigación.....	68
3.6. Diseño de investigación	69
3.7. Población y muestra	70
3.8. Definición conceptual y operacional de las variables	72
3.9. Instrumento de medición.....	76
3.10. Desarrollo de la investigación	81

3.11. Manejo estadístico	82
Capítulo 4. Resultados.....	85
4.1. Prueba piloto.....	85
4.2. Resultados de la investigación.....	91
Capítulo 5. Discusión y análisis de resultados	128
Conclusiones	136
Referencias.....	142
Anexo 1. Licencia de uso SF-36v2™	158
Anexo 2. Instrumento.....	165

Índice de tablas y gráficos

Tabla 1. Clasificación propuesta por el autor para el ausentismo, según el contexto del derecho laboral mexicano.....	46
Tabla 2. Días perdidos e importe cubierto por el IMSS por certificados de incapacidad. México, 2010-2012	66
Tabla 3. Tamaño de muestra para cada cuota	71
Tabla 4. Dimensiones del concepto de <i>Salud</i>	72
Tabla 5 Definición operacional de las dimensiones de <i>Salud</i> en base al porcentaje registrado con el cuestionario SF-36v2™	74
Tabla 6. Definición conceptual de los diferentes tipos de ausentismo con base en de la Cueva (1993) y el derecho laboral mexicano (2014).....	75
Tabla 7. Validación de contenido del instrumento SF-36v2™	78
Tabla 8. Matriz de Congruencia	83
Tabla 9. Resultados del modelo de α de Crombach para cada principal área de la salud evaluada con el instrumento SF-36v2™	87
Tabla 10. Puntuación registrada en las principales áreas de la salud en la muestra piloto	89
Tabla 11. Resultados del modelo de correlación de Pearson para ausentismo (total y por tipo en días de ausencia) y puntuación de las principales áreas de la salud en la prueba piloto.	90
Tabla 12. Empleados según sexo.....	92
Tabla 13. Empleados según grupo de edad.....	93
Tabla 14. Empleados según antigüedad en años	94
Tabla 15. Empleados según escolaridad	95
Tabla 16. Empleados según estado civil.....	96
Tabla 17. Empleados según número de hijos	97
Tabla 18. Empleados según Funcionalidad Física.....	99
Tabla 19. Empleados según Rol Físico	99
Tabla 20. Empleados según Dolor Corporal	100
Tabla 21. Empleados según Salud General.....	101
Tabla 22. Empleados según Vitalidad.....	102

Tabla 23. Empleados según Funcionalidad Social	103
Tabla 24. Empleados según Rol Emocional	104
Tabla 25. Empleados según Salud Mental.....	105
Tabla 26. Empleados según días de ausentismo injustificado registrados ...	106
Tabla 27. Empleados según días de ausentismo por permiso registrados ...	107
Tabla 28. Empleados según días de ausentismo por enfermedad general registrados	108
Tabla 29. Empleados según días de ausentismo total registrados	109
Tabla 30a. Calificación de funcionalidad física según características demográficas	111
Tabla 30b. Calificación de rol físico según características demográficas	112
Tabla 30c. Calificación de dolor corporal según características demográficas	113
Tabla 30d. Calificación de salud general según características demográficas	114
Tabla 30e. Calificación de vitalidad según características demográficas	115
Tabla 30f. Calificación de funcionalidad social según características demográficas	116
Tabla 30g. Calificación de rol emocional según características demográficas	117
Tabla 30h. Calificación de salud mental según características demográficas	118
Tabla 31. Casos de empleados que presentaron ausencias totales y por tipo en el periodo estudiado según características demográficas	120
Tabla 32a. Resultados del modelo de regresión logística bivariada para haber presentado ausencias según tipo y las características demográficas	123
Tabla 32b. Resultados del modelo de regresión logística bivariada para haber presentado ausencias según tipo y calificación de las principales áreas de la salud	124
Tabla 33. Resultados del modelo de correlación de Pearson para ausentismo (total y por tipo en días de ausencia) y puntuación de las principales áreas de la salud	127
Gráfico 1. Empleados según sexo	92
Gráfico 2. Empleados según grupo de edad en años	93

Gráfico 3. Empleados según antigüedad en años	94
Gráfico 4. Empleados según escolaridad.....	95
Gráfico 5. Empleados según estado civil	96
Gráfico 6. Empleados según número de hijos	97
Gráfico 7. Empleados según Funcionalidad Física	98
Gráfico 8. Empleados según Rol Físico	99
Gráfico 9. Empleados según Dolor Corporal.....	100
Gráfico 10. Empleados según Salud General	101
Gráfico 11. Empleados según Vitalidad	102
Gráfico 12. Empleados según Funcionalidad Social.....	103
Gráfico 13. Empleados según Rol Emocional.....	104
Gráfico 14. Empleados según Salud Mental	105
Gráfico 15. Empleados según ausentismo injustificado.....	106
Gráfico 16. Empleados según ausentismo por permiso.....	107
Gráfico 17. Empleados según ausentismo por enfermedad general	108
Gráfico 18. Empleados según ausentismo total.....	109
Gráfico 19. Promedio poblacional de puntuación en cada principal área de la salud mediante el cuestionario Short Form-36™. Presente estudio, Oaxaca, Sonora y Yucatán	130

Resumen de la investigación

Se estudió una muestra de 200 trabajadores de producción en una fábrica de alimentos de la Ciudad de México durante 2014. La salud de los sujetos se evaluó de forma multidimensional con el cuestionario SF-36v2™ y fue correlacionada con el ausentismo que registraron durante los seis meses previos. Los sujetos estudiados registraron un ausentismo de 263 días en el periodo estudiado, equivalente a una tasa de 2.63 días anuales por trabajador. No se registró ausentismo por accidente de trabajo, accidente de trayecto, enfermedad de trabajo u otra causa justificada en la muestra. Casi la mitad (44.5%) de los trabajadores estudiados presentó al menos un día de ausencia en el periodo de interés. Sólo el 35.4% de los días de ausentismo fueron por enfermedad general.

La variable demográfica que se asoció estadísticamente con más áreas de la salud fue el sexo. Las principales áreas de la salud que mostraron dependencia estadísticamente significativa con el sexo del trabajador fueron:

- Funcionalidad física (p-Razón de verosimilitudes <0.001)
- Dolor corporal (p-Razón de verosimilitudes= 0.008)
- Vitalidad (p-Razón de verosimilitudes= 0.002)
- Rol emocional (p-Razón de verosimilitudes= 0.006).

Haber presentado ausentismo en los seis meses estudiados fue estadísticamente dependiente de la edad (p- Razón de verosimilitudes= 0.002) y el número de hijos (p-Razón de verosimilitud= 0.003). El estado civil, antigüedad y escolaridad no mostraron asociación estadísticamente significativa con haber presentado o no ausentismo en el periodo de seis meses estudiado.

El rol físico demostró significancia estadística en el aumento de probabilidad de presentar ausentismo injustificado (Ods Ratio= 2.6, IC 95% 1.1- 6.0), por enfermedad general (Ods Ratio= 4.1, IC 95% 1.2- 13.9) y total (por cualquier tipo, Ods Ratio= 2.4, IC 95% 1.0- 5.3) en los trabajadores que calificaron como regular

(40 a 60 puntos), respecto a los que obtuvieron una calificación de muy bueno (60 a 80 puntos). También hubo significancia estadística para el aumento de probabilidad de ausentismo injustificado (Ods Ratio= 3.7, IC 95% 1.0- 13.8) y por permiso (Ods Ratio= 16.9, IC 95% 2.6- 109.3) entre los trabajadores que calificaron como mala vitalidad respecto a los que obtuvieron calificación de muy buena.

Las ocho principales áreas de la salud mostraron un gradiente de probabilidad de haber presentado ausentismo, total y por los tres tipos registrados, en el periodo de seis meses previos a su evaluación. Este gradiente de aumento de riesgo, inverso a la calificación de las áreas de la salud, se puede observar en la Tabla 32b que muestra los resultados del modelo de regresión logística bivariado para haber presentado ausentismo total y por tipo con calificación de las principales áreas de la salud.

La correlación fue más intensa entre el ausentismo injustificado y por permiso con las áreas de la salud mental que con las áreas de la salud física. El ausentismo por enfermedad general no demostró correlación con las ocho áreas de la salud. No todas las correlaciones obtenidas con el modelo de correlación de Pearson para ausentismo total y por tipo, medido en días de ausentismo, respecto a la puntuación obtenida en cada una de las ocho principales áreas de la salud mostró significancia estadística. Las correlaciones que alcanzaron un valor p máximo de 0.05 fueron:

- La funcionalidad física de forma inversa con el ausentismo injustificado ($p < 0.05$).
- La vitalidad de forma inversa con el ausentismo total ($p < 0.01$), ausentismo injustificado ($p < 0.01$) y ausentismo por permiso ($p < 0.01$).
- La funcionalidad social de forma inversa con el ausentismo injustificado ($p < 0.05$).
- El rol emocional de forma inversa con el ausentismo total ($p < 0.01$), ausentismo injustificado ($p < 0.01$), ausentismo por permiso ($p < 0.01$).

- La salud mental de forma inversa con el ausentismo total ($p < 0.01$), ausentismo injustificado ($p < 0.01$).

Introducción

En el ejercicio profesional del investigador, dentro de las empresas, ha sido posible reconocer los esfuerzos que las organizaciones realizan para sortear los conflictos que genera un elevado ausentismo. Cumplir las metas de producción, mantener el nivel en la calidad de la atención y evitar lesiones por sobre-esfuerzo en el personal operativo son ejemplos de retos que las empresas tienen que superar cuando el ausentismo les rebasa.

En el ámbito académico es común presenciar en conferencias, seminarios o congresos programas para reducir las pérdidas por ciertas enfermedades o determinados factores del clima organizacional. También hay constantes publicaciones tanto científicas como de divulgación sobre las pérdidas que enfermedades crónicas como la diabetes, condiciones personales como sobrepeso o factores del estilo de vida, como fumar provocan a las empresas, muchas veces aludiendo a la disminución de la productividad e incremento del ausentismo.

La presente investigación propuso estudiar la relación entre *salud* y *ausentismo*. En la literatura internacional lo que abunda es la investigación sobre determinada enfermedad o cierta condición y el ausentismo. Lo anterior ha provocado que las empresas realicen programas para controlar enfermedades o condiciones esperando disminuir el ausentismo atribuible a ellas, en lugar de realizar programas que aumenten el nivel de salud, general o en determinada área, para controlar el ausentismo causado por diversos factores, entre ellos enfermedades pero también condiciones atribuibles al trabajo o la vida diaria.

Son estos elementos los que motivan la presente investigación para poder ampliar el horizonte del conocimiento y entender mejor la relación existente entre la salud y el ausentismo. De este modo, las organizaciones podrán tener más elementos que les permitan establecer estrategias para disminuir el ausentismo entre su personal y mejorar su productividad.

Capítulo 1. Salud

La Organización Mundial de la Salud en su Constitución establece la definición clásica de salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 1946). La definición no ha sido modificada desde entonces por la Organización y engloba en las tres esferas que aborda, físico, mental y social, todo un abanico de roles, funciones y capacidades del individuo.

Corrientes contemporáneas han conceptualizado la salud de forma más amplia. La inclusión de la esfera espiritual y el enfoque personalizado y preventivo hacen de la noción moderna de salud algo más similar que nunca a la concepción de las culturas antiguas al respecto. La búsqueda del equilibrio del individuo con el medio es reconocida como base de la generación de salud (Morandi, Tosto, di Sarsina & Dalla Libera, 2011).

En un contexto globalizado, otro factor que no se debe perder de vista al analizar el concepto de salud es la cultura. Principalmente asociado al fenómeno de migración, el proceso de aculturación puede desencadenar estados de estrés y conflicto psicológico que promuevan desequilibrios psíquicos y problemas de salud mental (Riedel, Wiesmann & Hannich, 2011).

La salud como constructo tiene, desde el modelo de Ware y Sherbourne (1976; 1992) ocho áreas principales de la salud que se distribuyen entre el componente físico y el componente mental de la salud, a saber:

Componente físico de la salud:

- a. Funcionalidad física
- b. Rol físico
- c. Dolor corporal
- d. Salud general.

Componente mental de la salud:

- e. Vitalidad
- f. Funcionalidad social
- g. Rol emocional
- h. Salud mental.

El modelo multidimensional de la salud de Ware y Sherbourne (1976; 1992) guarda una clara correlación con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (1946) ya que las esferas física, mental y social se pueden ver reflejas en mayor o menor medida como componentes de las 8 áreas principales. A continuación se analiza más a detalle cada área principal de la salud.

1.1. Funcionalidad física

Existen distintos términos para referirse a la funcionalidad física. En general, se puede decir que es una mezcla de capacidades para desempeñar actividades básicas y complejas, asociadas con la vida diaria y con la calidad de vida, respectivamente (Painter, Stewart & Carey, 1999). Frecuentemente la funcionalidad física (antónimo de limitación física) es confundida con la actividad física (antónimo de sedentarismo e inmovilidad). Vale la pena aclarar que la actividad física es en realidad una compleja respuesta de comportamiento que se manifiesta en la realización de movimientos o actividades (Painter & Marcus, 2013).

Existen dos modelos conceptuales clásicos sobre la funcionalidad física: uno es el de Nagi (1964) donde el individuo sigue una marcha desde el estado de enfermedad a la invalidez a través del empeoramiento de síntomas que disminuyen progresivamente su funcionalidad física. El otro es el considerado por la Organización Mundial de la Salud (2001) en el marco de la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud. La diferencia es básicamente que la OMS conceptualiza también la participación de factores personales y

ambientales, no atribuye la evolución de la discapacidad en la sola presencia de enfermedades.

Varios autores se inclinan más por la segunda corriente, la funcionalidad física está determinada por componentes individuales, ambientales, sensoriales y culturales (Painter et al, 1999). Actividades comúnmente incluidas en su medición incluyen caminar o subir escaleras pero los componentes ambientales y culturales o de comportamiento resultan más difíciles de ponderar (Tomey & Sowers, 2009).

La funcionalidad física ha demostrado tener valor predictivo para varias complicaciones, principalmente en personas mayores aunque no de forma exclusiva. Una baja funcionalidad física se asocia con disminución de la calidad de vida, aumento de riesgo de caídas, discapacidad y muerte; así como incremento en costos de atención de salud (Painter et al, 1999; Tomey & Sowers, 2009).

La funcionalidad física puede ser evaluada mediante evaluaciones complejas en laboratorio. Los sujetos son sometidos a pruebas de movilidad entre las que destacan caminar en una banda o subir escaleras. Estas pruebas requieren equipos y personal entrenado para su aplicación. El uso de cuestionarios estandarizados también ha demostrado ser válido para la medición de la funcionalidad física y desde luego, resulta mucho más sencillo para el evaluador (Painter et al, 1999).

En el modelo de Ware y Sherbourne (1976; 1992) la funcionalidad física evalúa mediante diez indicadores que han probado mantener todos los supuestos de validez y confiabilidad en población mexicana (Zúniga, Carrillo, Fos, Gandek & Medina, 1999):

- Poder realizar actividades vigorosas
- Poder realizar actividades moderadas
- Poder levantar, cargar cosas
- Poder subir varios pisos por las escaleras
- Poder subir un piso de escaleras

- Poder doblarse, arrodillarse
- Poder caminar un kilómetro
- Poder caminar cientos de metros
- Poder caminar cien metros; y
- Poder bañarse y vestirse por sí mismo.

1.2. Rol físico

Para Ware y Sherbourne (1976; 1992) el rol físico es la capacidad de poder desempeñar actividades complejas con una connotación ocupacional. No se refiere solo a la posibilidad física de realizar trabajo remunerado sino en un sentido más amplio a las actividades “del rol” o tareas que típicamente sus pares realizan y la persona en sí solía realizar.

En la conceptualización multidimensional de salud de Ware y Sherbourne (1976; 1992) el rol físico equivale a lo que otros autores han conceptualizado como la parte compleja de la funcionalidad física o acrecentadora de la calidad de vida (Painter et al, 1999).

El modelo de enfermedad-minusvalía de la OMS (2001) propone cuatro etapas para la pérdida de la funcionalidad física: enfermedad activa, discapacidad, limitación funcional e invalidez. Las capacidades que se pierden para llegar a la etapa de discapacidad y limitación funcional corresponden en el modelo de Ware y Sherbourne (1976; 1992) al rol físico, en tanto que las capacidades que se han perdido por completo para llegar a la etapa de invalidez corresponden para estos autores al concepto de funcionalidad física.

Se ha encontrado que el rol físico es mejor en personas con mayor nivel de actividad física. La práctica de deportes y el evitar el sedentarismo demostró tener un efecto positivo en el rol físico de mujeres de edad media en Estados Unidos. Para poder

realizar esa investigación el equipo de Dugan (2009) evaluó el rol físico con el instrumento SF-36.

Para Ware y Sherbourne (1976; 1992) el rol físico puede evaluarse mediante cuatro indicadores que exploran la demora, cantidad, calidad y dificultad para realizar actividades usuales para el sujeto. Éstos han probado mantener todos los supuestos de validez y confiabilidad en población mexicana (Zúniga et al, 1999):

- Tener que reducir el tiempo de actividades por problemas físicos
- Completar menos actividades por problemas físicos
- Limitación en tipo de actividades realizadas por problemas físicos y
- Tener dificultad para realizar actividades por problemas físicos.

1.3. Dolor corporal

El dolor es un concepto que etimológicamente habla de una sensación molesta pero su definición se ha prestado a controversia por décadas (Bishop, 1980). Hasta los años sesentas del pasado siglo, el dolor era considerado una respuesta sensorial (Loeser & Melzack, 1999) e incluso para muchos autores la definición clásica de dolor manejada por Poggio y Mountcastle (1960) era preponderante: “Dolor es esa experiencia sensorial evocada por estímulos que dañan o intentan destruir el tejido, definido introspectivamente por todo hombre como aquello que lastima”.

Sensorialmente, el dolor resulta de una compleja interacción de componentes del sistema nervioso periférico y su integración en el sistema nervioso central. Los receptores y las fibras aferentes son los principales involucrados por parte del sistema nervioso periférico. Por parte del sistema nervioso central, el tracto espinotalámico, la formación reticular, el tálamo y la corteza son las estructuras con papel preponderante (Bishop, 1980).

En la actualidad se considera que el dolor no es una experiencia puramente sensorial, sino que es también cognitiva y afectiva (Loeser & Melzack, 1999). Se trata del síntoma más común de enfermedad (Swieboda, Filip, Prystupa & Drozd, 2013) y la primera causa de búsqueda de atención médica (Loeser & Melzack, 1999). Se experimenta desde muy temprano en la vida por lo que acompaña a muchos recuerdos y a la vez su percepción se nutre de las experiencias (Bishop, 1980; Loeser & Melzack, 1999; Swieboda et al, 2013).

Para algunos autores (Loeser & Melzack, 1999), la mejor definición actual del dolor es la propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (Merskey & Bogduk, 1994) maneja una definición más holística del concepto: “Dolor es una experiencia implacentera sensorial y emocional asociada con daño tisular real o potencial, o descrito en términos de daño”.

El dolor usualmente se clasifica según su localización anatómica, factor desencadenante y el tiempo de evolución (Loeser & Melzack, 1999; Swieboda et al, 2013). Sin embargo, como experiencia sensorial, afectiva y conductual, tiene cuatro componentes (Loeser & Melzack, 1999):

- a) Nociocepción: es la detección del daño tisular por los receptores y transmitido por las fibras nerviosas aferentes.
- b) Percepción de dolor: es la interpretación de daño por lesión o enfermedad integrada en el sistema nervioso central. Éste puede originarse en cualquier parte del sistema nervioso central o periférico, por ejemplo en la neuropatía diabética.
- c) Sufrimiento: es una respuesta emocional negativa comúnmente desencadenada por el dolor, duelo, ansiedad o algunos otros procesos psicológicos.
- d) Conductas de dolor: es la respuesta conductual mediada por el contexto cultural y ambiental. Ejemplos de estas conductas son: decir “ouch” o no querer ir a trabajar.

Para Ware y Sherbourne (1976; 1992) el dolor, como componente de la evaluación multidimensional de la salud, tiene dos indicadores que recogen a los cuatro componentes comentados anteriormente. Estos dos indicadores han probado mantener todos los supuestos de validez y confiabilidad en población mexicana (Zúniga et al, 1999):

- Magnitud del dolor percibido y la
- Interferencia del dolor con las actividades.

1.4. Salud general

El estado de bienestar biológico, psicológico y social que la OMS describe en la definición de salud es algo que los individuos tienden a percibir de manera global es decir, juzga su situación en las tres esferas de manera conjunta. El equipo liderado por Benavides (2010) evaluando cuestionarios estandarizados en uso, concluye que dentro de cualquier instrumento que se desarrolle con la intención de recoger información sobre condiciones de trabajo y salud, una de las preguntas a considerar es “¿cómo considera usted que es su salud?”.

La percepción de salud general no se enfoca en algún componente de la salud. Permite que la persona haga una ponderación global donde incluye no solo la información objetiva que tiene sobre su salud, sino también la interpretación que subjetivamente hace de esa información (Manning Jr, Newhouse & Ware Jr, 1982). Incluso para algunos autores, la distribución de la población en las categorías excelente, bueno, regular y malo como posibles respuestas para calificar su salud, resulta un indicador válido de la percepción comunitaria de la salud (Seblaepfer & Infante, 1990).

La salud general como constructo tiene algunos tributos de interés, además de la calificación del estado de salud ya comentado. También permite explorar cómo

percibe el individuo su salud en el tiempo es decir, su percepción sobre el estado de salud previo y su extrapolación del posible estado de salud en que se encontrará (Manning et al, 1982). Otro atributo de la salud general es permitir al sujeto la comparación subjetiva de su estado de salud con el nivel de salud que percibe en sus pares como punto de referencia (Ware, 1976; Ware & Sherbourne, 1992).

La salud general desde los autores aquí analizados no es una medida de resumen de la evaluación integral de la salud, sino un componente en sí de dicha evaluación, donde la salud general recoge la interpretación de la persona sobre el nivel y la “fortaleza” de su salud, básicamente entendida como salud física.

Para Ware y Sherbourne (1976; 1992) la salud general como área principal de la salud puede ser evaluada mediante cinco indicadores que han probado mantener todos los supuestos de validez y confiabilidad en población mexicana (Zúniga et al, 1999):

- Salud autopercebida, cómo califica su salud actual
- Sensación de enfermarse con mayor facilidad que los demás
- Sentirse tan saludable como otros
- Percibir que su salud empeora y
- Percibir que su salud actual es excelente.

1.5. Vitalidad

La vitalidad es un concepto para el que no existen definiciones que no sean ambiguas. Está claro que se relaciona a la definición integral de salud de la OMS, sin embargo muchos autores se han apoyado en el término para referirse a un

complejo conjunto de factores asociados al bienestar (Strijk, Proper, van der Beek & van Mechelen, 2009). McNair y su equipo (1971) lo definían como “un ánimo de vigorosidad y alta energía”. Para Ryan y Frederick (1997) la vitalidad es “un aspecto dinámico del bienestar, marcado por la experiencia subjetiva de energía y alivio”.

Investigadores del campo específico de la Salud Ocupacional también se han ocupado del estudio de la vitalidad y la definen como “altos niveles de energía, fuerza y aptitud, resistencia mental durante el trabajo, la voluntad de invertir esfuerzo en el trabajo de uno y la persistencia incluso enfrentando dificultades” (Shaufeli & Bakker, 2004). Incluso la consideran uno de los tres elementos del compromiso del trabajador.

Para Strijk y colaboradores (2009) no hay duda que la vitalidad refleja elementos mentales y físicos. No solo en las definiciones de autores disponibles en la literatura científica previa, también en su trabajo de campo con entrevistas parece constante que la gente asocia esos elementos al intentar definir vitalidad (Strijk et al, 2009). Niveles de energía, sensación de fuerza y aptitud, son componentes físicos de la vitalidad para estos autores; en tanto que bienestar, menor fatiga, resistencia mental y perseverancia son componentes predominantemente mentales. El estado de salud y los componentes del estilo de vida, particularmente la actividad física, dieta y manejo del estrés, ejercen una influencia directa sobre la vitalidad de los sujetos. A su vez, el estado de salud se modifica por la vitalidad (Strijk et al, 2009).

Aún en la conceptualización de Strijk y colaboradores (2009) de la vitalidad, resulta evidente la presencia de ambigüedades. Los atributos de la vitalidad que estos autores presentan como elementos del bienestar físico, al mirarlos por segunda vez, resultan ser componentes de bienestar mental. Por ejemplo, los niveles de energía son catalogados como elementos físicos en tanto su contraparte, menor fatiga, es considerada mental. Lo mismo ocurre con los otros elementos que estos investigadores marcan como físicos (sensación de fuerza y aptitud) toda vez que no hablan de componentes que reflejen sus capacidades físicas (ej. Capacidad para levantar objetos pesados como indicador de fuerza) sino de la actitud del sujeto

frente a su capacidad (ej. sensación de tener fuerza o ser apto son indicadores de la respuesta anímica del sujeto a sus capacidades, no de las capacidades en sí).

Ware y Sherbourne (1976; 1992) coinciden con las definiciones de vitalidad de los otros autores aquí presentados, quienes no incluían indicadores de bienestar físico en el constructo. Ellos hablaban de la vitalidad como una de las principales áreas de la salud, asociada al bienestar mental, expresable como el nivel de energía y de fatiga que percibe la persona. Para Ware y Sherbourne (1976; 1992) la vitalidad como escala componente del constructo de salud integral puede ser evaluada a través de cuatro indicadores que han probado mantener todos los supuestos de validez y confiabilidad en población mexicana (Zúniga et al, 1999):

- Sentirse lleno de vida
- Sentirse con energía
- Sentir desgaste y
- Sentir cansancio.

1.6. Funcionalidad social

La tercera esfera de la salud en la definición de la OMS (1946) es la social. La interacción social puede afectar positiva o negativamente la salud. Este efecto puede ser mediado por diversos mecanismos. Neuro-endócrinamente, la interacción social positiva estimula la liberación de neurotransmisores involucrados en múltiples procesos cognitivos y afectivos (Uvnas-Moberg, 1998). Psicológicamente, la interacción social puede afectar hábitos y estilos de vida, incluidas adicciones, por modificaciones conductuales (Jones, 1994).

Las redes de apoyo social, tienen claramente un efecto sobre la evolución de las personas con algún padecimiento y modifican el resultado de la atención médica recibida (Sherbourne & Stewart, 1991). Adicional a los efectos neuro-endócrinos y

psicológicos, las redes de apoyo social pudieran tener influencia mediante factores económicos y culturales (ej. al facilitar el acceso a tratamientos adecuados por el pago de ellos o por apoyar la toma de decisión sobre tratamientos desde un contexto cultural-moral diferente al del enfermo).

La relación entre interacción social y salud no es unidireccional. La salud del individuo afecta también la calidad y cantidad de interacción social que desarrolla (Ware, 1976; Ware & Sherbourne, 1992). Ware y Sherbourne (1976, 1992) armonizados con la definición de salud de la OMS (1946) proponen que el bienestar social, en términos de calidad y cantidad de interacción social, es una de las principales áreas de la salud. Para estos autores, el grado en que un individuo es socialmente funcional puede explorarse mediante dos indicadores que hacen una ponderación subjetiva del estado actual contra la tendencia habitual del sujeto como punto de referencia. Estos dos indicadores han probado mantener todos los supuestos de validez y confiabilidad en población mexicana (Zúniga et al, 1999):

- Alcance de actividad social y
- Tiempo de actividad social.

1.7. Rol emocional

El bienestar emocional es parte de la esfera mental de la salud. Se encuentra en los dominios psicológicos neuro-conductual y cognitivo de la mente (Ciompi, 1991). De acuerdo a Frijda (1986) la psicopatología emocional, es decir, el proceso que siguen las emociones desde la normalidad hasta el estado patológico puede caracterizarse en cinco parámetros: la situación interpersonal o relaciones; la experiencia emocional; la preocupación; el comportamiento expresado; y la fisiología (el ánimo). Básicamente podemos señalar que todos los individuos se encuentran en cierto estado emocional- cognitivo para un sentimiento dado pero en algunas personas esos cinco parámetros se polarizan hasta el punto de dejar al individuo en un estado disfuncional. Para ejemplificarlo, es normal sentir vergüenza pero una persona a la

que la emoción le llega a alterar la posibilidad de interacción social, presentando sudoración profusa y un miedo excesivo al juicio de otros, habrá caído en un trastorno de ansiedad.

Los desórdenes emocionales típicos son el trastorno de ansiedad, la depresión y el desorden bipolar. Cualquiera puede sufrir un trastorno afectivo a lo largo de su vida. Los síntomas son subjetivos e imposibles de cuantificar sistemáticamente de manera precisa (Baek, 2014). Está demostrado que los trastornos emocionales producen cambios neurobiológicos que afectan la atención (Browning, Holmes & Harmer, 2010), además de las alteraciones en los campos que Frijda (1986) describió.

Para Ware y Sherbourne (1976, 1992) el bienestar emocional es una de las ocho principales áreas de la salud. De acuerdo a estos investigadores, la aproximación al bienestar emocional como constructo corresponde al impacto que las alteraciones del afecto han tenido en sus actividades cotidianas. Desde su perspectiva, el rol emocional es el bienestar afectivo, entendido no como la presencia de determinadas enfermedades mentales, sino como la funcionalidad social asociada a la presencia o ausencia de ellas. En este modelo de estudio multidimensional de la salud hay tres indicadores del bienestar emocional, dos relacionados con la cantidad y el tiempo de desempeño de las actividades habituales al rol social asignado al individuo (ej. Trabajo remunerado, actividades del hogar, entre otros) que concuerdan con la caracterización de los trastornos emocionales de Frijda (1986) y un tercer indicador relacionado a la atención o cuidado con que las realiza que concuerda con los hallazgos de Browning y colaboradores (2010).

Los tres indicadores propuestos por Ware y Sherbourne (1976, 1992) para evaluar la salud emocional, entendida como la repercusión que las alteraciones emocionales han tenido en la vida cotidiana, han probado mantener todos los supuestos de validez y confiabilidad en población mexicana (Zúniga et al, 1999):

- Reducir el tiempo de actividades por problemas emocionales

- Completar menos actividades por problemas emocionales y
- Menos cuidadoso al realizarlas por problemas emocionales.

1.8. Salud mental

La esfera mental es una de las tres que la OMS (1946) incluyó en su definición de salud. La salud mental de acuerdo a esa definición, no es solo la ausencia de enfermedades mentales, sino el completo estado de bienestar, logrando una vida disfrutable, productiva y plena (OMS, 2005).

En el modelo multidimensional de Ware y Sherbourne (1976, 1992) la salud mental es una de las ocho principales áreas de la salud. Estos autores enmarcan la salud mental a la ausencia de trastornos del afecto. El área de la salud complementaria en este modelo para la comprensión del constructo de bienestar mental es el rol emocional o en otras palabras, la funcionalidad del individuo asociada al bienestar mental.

Los trastornos mentales más comunes son los del afecto. Los padecimientos mentales más comunes son la ansiedad, depresión y el trastorno bipolar (Browning et al, 2010). La depresión es término que agrupa en realidad a varios trastornos del ánimo, incluyendo la depresión mayor, el trastorno distímico y el episodio depresivo. En términos generales estos trastornos se diferencian por la cantidad y severidad de los síntomas presentados, entre los que sobresalen el estado de ánimo depresivo, disminución de la capacidad de sentir interés o placer por las cosas, alteraciones del apetito, sueño y peso corporal (APA, 2000).

Existen 12 trastornos de ansiedad entre los que se encuentran las agorafobias, las fobias específicas, trastornos por estrés y el trastorno obsesivo-compulsivo (APA, 2000). Comúnmente los términos ansiedad y trastorno de ansiedad son empleados para referirse al trastorno de ansiedad generalizada. Este padecimiento lo define la

Asociación Americana de Psiquiatras como “ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar)” y se caracteriza por los síntomas de inquietud, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (APA, 2000).

Desde la década de los 70's del siglo pasado, los investigadores del campo de la salud mental han centrado sus esfuerzos en la evaluación de esos padecimientos. Goldberg (1979) publicó un instrumento para la evaluación de la salud general (refiriéndose a la salud mental) para el estudio de la ansiedad y depresión. Con una versión original de 60 reactivos y una final de 12, se trata de un instrumento ampliamente validado, utilizado en distintos idiomas que ha sido recomendado no sólo para la investigación, sino también para la práctica clínica (García, 1999). Ware y Sherbourne (1976, 1992) en su modelo de evaluación multidimensional de la salud proponen también el estudio de estas enfermedades mentales como evaluación de la salud mental. En su versión de 36 reactivos, proponen cinco indicadores para la salud mental que han probado mantener todos los supuestos de validez y confiabilidad en población mexicana (Zúniga et al, 1999):

- Sentirse nervioso
- Sentirse desanimado
- Sentirse tranquilo
- Ánimo depresivo y
- Sentirse feliz.

1.9. Medición de la salud

Al tratarse de algo tan amplio y complejo, ponderar la salud de forma integral se convierte en un tema de interés en la segunda mitad del siglo pasado. En los 80's se realizó un estudio para evaluar la salud de pacientes atendidos en diferentes condiciones (diferentes médicos, diferentes hospitales) y por distintas causas. Este estudio de resultados médicos (MOS, por sus siglas en inglés) dio lugar a múltiples publicaciones. La investigación empleaba un cuestionario extenso que fue creado específicamente para ese estudio en base a instrumentos pre-existentes (Ware & Sherbourne, 1992). Se incluyeron reactivos de estudios e instrumentos diversos como el GPWBI (General Psychological Well-Being Inventory) (Dupuy, 1984), mediciones de funcionalidad y salud física de diferentes estudios (Patrick, Bush & Chen, 1973; Hulka & Cassel, 1973; Reynolds, Rushing & Miles, 1974; Stewart, Ware & Brook, 1981), el cuestionario de percepciones de salud (HPQ) (Ware, 1976), entre otros. Este instrumento denominado Perfil de Bienestar y Funcionalidad contenía 149 preguntas y buscaba permitir evaluar integralmente el estado de salud de las personas, necesidad no satisfecha al momento, permitiendo evaluar el resultado que tenían los pacientes luego de recibir atención médica en diferentes condiciones (Stewart & Ware, 1992).

Para simplificar el instrumento usado en el MOS y formar un cuestionario multipropósito que pudiera ser empleado más fácilmente, tanto en la práctica médica como para investigaciones, se hicieron varios intentos por seleccionar los reactivos que permitieran mantener las características psicométricas de la versión extensa. Así se generó el SF-36™ como un instrumento que podía ser auto-administrado o aplicado por un entrevistador para individuos de 14 años o más (Ware & Sherbourne, 1992).

Para crear estos instrumentos Ware y Sherbourne seleccionaron los parámetros que más frecuentemente eran evaluados en los estudios existentes y que pudieran mantener la validez de constructo con la definición de salud. Los 8 *conceptos de*

salud, como los autores originales denominaron a las principales áreas de la salud que evalúa el cuestionario son (Ware & Sherbourne, 1992):

- Funcionalidad física. Limitaciones en las actividades físicas debidas a problemas de salud.
- Limitaciones del rol debidas a problemas físicos.
- Funcionalidad social. Limitaciones de las actividades sociales debidas a problemas emocionales o físicos.
- Dolor corporal. Sensación física de molestia.
- Salud mental general: distrés psicológico y bienestar mental.
- Limitaciones en las actividades del rol habitual debidas a problemas emocionales.
- Vitalidad. Energía y fatiga.
- Percepción de salud general. Autopercepción del estado de salud.

En 1992 uno de los instrumentos comúnmente empleado para evaluar la salud era el perfil de salud de Nottingham. En ese mismo año Brazier y colaboradores (1992) publicaron una investigación que validaba que la versión breve del MOS, con sus 36 reactivos, tenía mejor aceptación por los sujetos y era capaz de detectar alteraciones en la salud que el Nottingham pasaba por alto. A finales de 1992 inició el proyecto Evaluación Internacional de la Calidad de Vida para validar el SF-36™ en más de 15 países (Aaronson, 1992).

Se ha aplicado el instrumento SF-36™ para evaluar los patrones en al menos 200 enfermedades y condiciones médicas. Algunos de los más estudiados han sido: cáncer, dolor de espalda (lumbalgia), artritis, enfermedades cardiovasculares, depresión, diabetes, migraña, VIH/SIDA, padecimientos renales, alteraciones del sueño, enfermedad vascular cerebral, trasplantes, padecimientos renales, entre otros, cada uno con más de 50 artículos publicados (Turner-Bowker et al, 2002). En Europa el SF-36™ se ha aplicado también para comparar el beneficio de algún

tratamiento en el control de patologías crónicas específicas, como diabetes (Van den Donk et al, 2013).

Al estudiar poblaciones de personas con cierta enfermedad se ha encontrado correlación entre la puntuación obtenida con el SF-36™ y pérdidas laborales. En Estados Unidos de Norte América se encontró que con peores puntuaciones obtenidas con este instrumento aumentaba el riesgo de muerte e incapacidad para laborar en población diabética (Bjorner et al, 2013).

Si bien el SF-36™ se ha empleado frecuentemente por todo el mundo para estudiar poblaciones con enfermedades específicas, también se emplea muy comúnmente para estudiar población aparentemente sana. En población general se ha utilizado para evaluar de forma diagnóstica las condiciones de adultos en países como Alemania (Ellert & Kurth, 2013) y Francia (Audureau et al, 2013; Coste et al, 2013). En Finlandia (Korhonen et al, 2013) han empleado este instrumento para estudiar de forma general el efecto del índice de masa corporal en la población adulta.

Ha sido empleado en población sana como propuesta para diagnosticar la situación de grupos específicos que comparten alguna característica, no una enfermedad. Por ejemplo, por grupos etarios, en la India fue empleado para evaluar la salud de la población mayor, estudiando un grupo entre 60 y 69 años de edad (Lahariya, 2012). De forma similar, en Reino Unido lo aplicaron en busca de estrategias para fomentar el bienestar mental de la población de 65 años y más (Sprange et al, 2013). Gooren (2013) y colaboradores lo aplicaron en Tailandia para estudiar la salud de personas transgénero.

En el campo de la salud ambiental, el SF-36™ es uno de los cuestionarios más utilizados para evaluar la salud auto-reportada por individuos de poblaciones en las que se busca efectos de exposición a contaminación ambiental. Así lo encontró Daniau (2013) en una revisión de la literatura.

El SF-36 ha sido ampliamente utilizado para evaluar la salud de trabajadores de los distintos sectores industriales. Por dar algunos ejemplos:

- Sector Primario

En Brasil se empleó para conocer la salud de los cortadores de caña de azúcar en periodos diferentes del ciclo agrícola (Carvalho Junior et al, 2013) y en India para estudiar la salud de mujeres trabajadoras de minería y agricultura (D'Souza et al, 2013).

- Sector Secundario

Se ha empleado para comparación del mismo grupo de trabajadores en estudios de intervención en China, Zhu y colaboradores (2013), lo aplicaron para conocer el impacto de una intervención educacional en mujeres empleadas de fábrica que habían migrado de entorno rural.

- Sector Terciario

Este instrumento ha sido utilizado en cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas (Acaster et al, 2013) en Reino Unido, cuidadores de ancianos en China (Yang et al, 2012) y cuidadores de personas con secuelas de lesiones medulares en Brasil (Graça et al, 2013).

Los médicos también han sido estudiados utilizando el SF-36™. En estudiantes de medicina (médicos internos) en Irán (Jamali et al, 2013) se empleó para evaluar los

efectos de estresores psico-sociales en esta población. Tong (2012) lo utilizó para comparar el estado de salud de médicos “junior” y compararlo con el de médicos “senior” de Singapur.

En empleados de corporativos de Tailandia se aplicó para estudiar la relación entre enfermedades asociadas a estilos de vida y la salud (Vathesatogkit et al, 2012).

En Australia, en 2013, para comparar el estado de un grupo de profesores tras un programa de salud ocupacional versus un grupo control (Figl-Hertlein et al, 2013). En Hong Kong se empleó para estudiar a cuidadores de pre-escolar e identificar cuáles sub-grupos requería especial atención por vulnerabilidad a su salud (Chan, 2012).

Más recientemente este instrumento se ha aplicado en estudios para evaluar la influencia de las tendencias globales en la organización del trabajo en la salud. En España fue utilizado para estudiar la relación de la precarización del trabajo y la salud (Vives et al, 2013).

Recién a finales del siglo pasado, Zúniga (1999) realizó junto con su equipo un estudio para evaluar las características psicométricas del cuestionario SF-36 y establecer un perfil multidimensional de la salud en población del sureste de México. La investigación se condujo en 1995 con el soporte de The Department of Health Systems Management de Tulane University Medical Center, el Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la Universidad Autónoma de Yucatán y The Health Institute del New England Medical Center.

La muestra del estudio de Zúniga incluyó 257 mexicanos. La población a caracterizar con el perfil multidimensional de salud eran los oficinistas de una institución pública del sureste de México. La muestra constó de 170 voluntarios sanos trabajadores de una institución pública de 3500 empleados. Se incluyeron empleados hombres y mujeres de 18 a 64 años de edad que no hubieran utilizado

servicios de salud en el último año y no tuvieran enfermedades crónicas diagnosticadas.

Para comparar el perfil de salud que se obtuviera en la población de interés, Zúniga y su equipo (1999) incluyeron en el estudio a un grupo control de 87 mexicanos empleados de un centro de educación superior del sureste del país seleccionados entre los usuarios de los servicios médicos en las dos semanas previas a la aplicación de la encuesta. Este grupo, teóricamente con menor salud, sería la referencia.

Zúniga (1999) encontró que el instrumento tenía un muy buen comportamiento psicométrico. Cumplió con todos los criterios de validez y confiabilidad en las 8 escalas que incluye. No encontraron ninguna evidencia para sugerir modificaciones al sistema de ponderación propuesto por los autores del instrumento. En cuanto al perfil multidimensional, los investigadores encontraron que el grupo teóricamente sano en efecto presentó un promedio superior en las calificaciones de las escalas incluidas, excepto en rol emocional, donde el grupo teóricamente con menor salud obtuvo 0.7 puntos más que los empleados sanos de la institución pública (en una ponderación posible de 0 a 100).

Casi a la par de los trabajos de Zúniga, otro equipo de investigadores conducido por Durán (2004) realizó en México un esfuerzo para establecer perfiles de normalidad que pudieran servir como referencia de los grupos de población mexicana. Durante 1999 con el apoyo y financiamiento del International Development Research Center de Canadá. Luego de realizar la validación del instrumento en población rural de Morelos, Durán y colaboradores (2004) aplicaron el SF-36™ en Sonora y Oaxaca. Por cuestiones de recursos la muestra se limitó a esos estados buscando caracterizar la población de todo el país al tomar los dos extremos de desarrollo estatal. Con casi seis mil sujetos estudiados, hombres y mujeres desde 25 hasta más de 75 años de edad.

Durán y colaboradores (2004) generaron mediante este proyecto el perfil normativo para el estudio multidimensional de la salud en población mexicana. Adicionalmente obtuvieron dos perfiles de acuerdo a los estados de la república estudiados que pueden usarse como referencia para poblaciones mexicanas de acuerdo al nivel socioeconómico de la región que procedan. Durán (2004) encontró que a diferencia de lo que ocurre en Estados Unidos y Canadá, en nuestro país se dan diferencias mayores a 5 puntos en los promedios de los perfiles de salud por región por lo que en caso de estudios con población de los extremos del desarrollo socioeconómico es preferible emplear los perfiles que generaron para Sonora o Oaxaca, según sea el caso, más que el perfil normativo.

Junto con las diferencias regionales, Durán y su equipo (2004) encontraron diferencias progresivas por lo que en su detallada publicación del perfil normativo incluyó también el perfil multidimensional de salud de referencia por grupos de 10 años a partir de los 25 años. Estos valores sirven de referencia para comparar poblaciones de diferentes grupos de edad y diferentes regiones en nuestro país contra un perfil basal.

Capítulo 2. Ausentismo laboral

No existe una definición única de ausentismo laboral. De hecho, tampoco existe una forma única de escritura de la palabra; ausentismo o absentismo se consideran correctas. Para Chiavenato (2000) el término se refiere a “las faltas o inasistencias de los empleados al trabajo”. Al intentar ampliar la definición, Chiavenato incluye dos factores más: la causa y el tiempo. Para este autor cualquier causa entra en la definición y también las faltas a la parte inicial de la jornada, es decir, retardos (Chiavenato, 2000). Para algunos investigadores la definición se acota un poco más al referirse al término como “horas no trabajadas” (Peiró, Rodríguez y González, 2008).

Ya en los años setentas del siglo XX se manejaba la definición de la Oficina de Estadísticas Laborales del Departamento de Trabajo de EEUU que decía: “ausentismo es la no presentación del trabajador al trabajo para el cual está contratado. Este término se aplica al tiempo perdido por enfermedad o accidente, así como por otras razones no autorizadas. Incluso este tiempo no laborado puede haberse acordado previamente con el patrón, tal es el caso de los permisos sin goce de sueldo que las empresas otorgan por causas que consideran válidas para ausentarse (Bohlander, Sherman y Snell, 2003). También se consideran ausentes los trabajadores que abandonan su trabajo, hasta tanto sean eliminados de la nómina” (Bureau of Business Practice, 1977). Esta definición contenía además un componente administrativo del ausentismo al prolongar su contabilización hasta que el empleador lo retirara de la nómina.

En un estudio realizado por una mutua de accidentes y enfermedades profesionales en España durante 2008, se encontró que los directores de recursos humanos en realidad definen *absentismo* de una forma tan genérica como la Real Academia de la Lengua Española, simplemente como “faltar al trabajo”. Sólo 30% de los directores que participaron acotaban el ausentismo al presentado por causa injustificada (Ergasat, 2008).

Uno de los problemas principales que ha existido desde que se inició el estudio del ausentismo laboral deriva precisamente de que cada empresa puede manejar definiciones diferentes, haciendo que las frecuencias registradas no sean comparables entre organizaciones (Chiavenato, 2000).

El ausentismo es un fenómeno intrínseco a las organizaciones. Plantea por sí mismo un problema para el logro de los objetivos de dichas organizaciones. Cuando se eleva puede además estar significando problemas de los trabajadores, incluidos de salud. Al ser intrínseco, toda organización debe esperar ausentismo total por parte de sus miembros y esto debe ser considerado normal. Cierta cantidad de faltas en la vida laboral de una persona es lógica, faltas por ejemplo, debidas a enfermedad incapacitante (Peiró et al, 2008).

En un sentido general, tratando de recopilar las diversas definiciones, se puede decir que el ausentismo es la pérdida de tiempo laborable por la no presencia del trabajador y puede deberse a diversas causas. Dado el contexto mexicano, la legislación y la práctica en las empresas, el investigador propone la siguiente definición de *ausentismo*, aplicable en nuestro país: es el fenómeno dado por la suma de faltas de los trabajadores; las faltas de los trabajadores corresponden a los días en que el trabajador estaba supuesto a laborar y no lo hizo. Es esta definición con la que se aborda el problema en la presente investigación.

2.1. Causas

Desde tiempos muy remotos se ha comentado sobre las razones de que el trabajador no se presente a laborar. En el antiguo Egipto, por ejemplo, las tres causas de ausentismo eran enfermedad, apaciguar a los dioses y pereza (Lawson, 1978).

Las causas de ausentismo son tan diversas como amplia sea la definición con la cual se esté manejando el término. Para Chiavenato (2000) cuya definición de ausentismo considera cualquier motivo, las causas de ausentismo no son comprendidas del todo y se requiere más investigación al respecto pero señala como principales a las siguientes diez:

1. Enfermedad comprobada
2. Enfermedad no comprobada
3. Razones familiares
4. Retardos involuntarios por fuerza mayor
5. Faltas voluntarias por motivos personales
6. Dificultades y problemas financieros
7. Problemas de transporte
8. Baja motivación para trabajar
9. Escasa supervisión de jefatura
10. Política inadecuada de organización.

De acuerdo con el estudio realizado por la mutua Ergasat (2008) los directores de RRHH en España concuerdan con Chiavenato (2000) que la enfermedad de corta duración es la causa más frecuente de ausentismo. Por otro lado, los responsables de RRHH no la consideran la más impactante para la organización, siéndolo el accidente de trabajo y licencias de maternidad/ paternidad.

La percepción desde el corazón de las organizaciones no está nada distante de las estadísticas oficiales. Haciendo una revisión de ellas, Peiró, Rodríguez y González (2008) encontraron que el 83% de las horas laborables perdidas en España se debieron a incapacidad temporal y maternidad. Incapacidad temporal en el contexto de estos investigadores es equivalente a *enfermedad comprobada* para Chiavenato (2000).

Si bien todos los autores señalan la enfermedad común como la principal causa de ausentismo en las organizaciones, varios autores también han presentado reflexiones desde hace cuatro décadas sobre la existencia de causas reales detrás de esta. Muchas veces el trabajador reporta ausentismo por enfermedad sin encontrarse realmente enfermo. Otras tantas realmente se encuentra aquejado por algún padecimiento físico, sin que esa sea la causa básica. Es posible que el descontento de un trabajador respecto a su empleo, factores psico-sociales, económicos o culturales se traduzca realmente en enfermedades o síntomas físicos (Bureau of Business Practice, 1977; Lawson, 1978).

A finales de la década de los 70's autores como Wilbert E. Scheer consideraban que a pesar de las razones legítimas de ausentismo, la mitad de los trabajadores solo argumentaban excusas de no estar en el trabajo para encubrir la simple verdad de fondo: preferían estar en otro sitio (Lawson, 1978).

En el estudio realizado por el Buró de Prácticas Comerciales (BPC) en los años 70's, se buscó con un diseño transversal en una muestra de más de 230,000 trabajadores en EEUU la asociación entre satisfacción con el trabajo y el ausentismo laboral. No se encontró correlación entre el concepto que el trabajador tenía respecto de la empresa, la percepción que el trabajador tenía de su salario, ni la impresión que él refería de la carga de trabajo impuesta. Se encontró que la evaluación de la supervisión y de las condiciones físicas-ambientales en el lugar del trabajo reportadas por el trabajador sí correlacionaban con el ausentismo (Bureau of Business Practice, 1977).

Ha sido señalado un hecho que apoya el punto respecto a la falta de correlación entre salario y ausentismo. Durante los periodos de aumento en la tasa de desempleo se esperaría que el ausentismo disminuyan por temor a perder el empleo en una época que no favorecería conseguir fácilmente otro, sin embargo lo observado es que el ausentismo se mantiene relativamente estable a pesar de abundancia de mano de obra por elevación del desempleo (Lawson, 1978).

También del estudio del BPC se desprendieron algunas causas de ausentismo elevado que fueron frecuentemente identificadas por los supervisores (Bureau of Business Practice, 1977):

- “Faltistas crónicos”, empleados que sistemáticamente explotan alguna característica que la empresa valora y no desearía perder (por ejemplo, alguna destreza) para faltar a voluntad sin temor de desempleo;
- El fenómeno del trabajador “de paso”. Empleados que no tienen ningún compromiso con el trabajo, básicamente lo consideran un empleo temporal por lo que no tienen interés en conservarlo;
- Falta de demanda. El ocio por sub-ocupación dentro de la empresa fue declarado como causa de ausentismo excesivo;
- Género. El papel social de las mujeres fue identificado como causa de mayor ausentismo entre el personal de este sexo en comparación con los varones. Las mujeres eran socialmente responsabilizadas de la salud de la familia. En caso de enfermedad de familiares, principalmente los hijos, la mujer era quien primero sacrificaba su presencia en el trabajo.

En otros estudios, también de los 70's, se llegaron a encontrar hallazgos reforzando el tema de los “faltistas crónicos”. En una compañía de telefonía hasta un tercio de los trabajadores fueron identificados con tendencia crónica a ausentarse (Lawson, 1978).

-Percepción de los empleados sobre el ausentismo

En una encuesta realizada a los empleados para conocer la percepción de ellos sobre las causas de ausentismo en el trabajo, las causas declaradas como principales fueron las siguientes (Lawson, 1978):

- 1er lugar: enfermedad real
- 2do lugar: enfermedad imaginada o fingida
- 3er lugar: enfermedad de un familiar directo
- 4to lugar: supervisión deficiente.

La subjetividad de los trabajadores respecto a la causa de las faltas es importante. No sólo para entender a qué atribuyen ellos sus faltas, también para conocer cómo perciben las faltas de sus compañeros. Es remarcable que la segunda causa principal señalada sea enfermedad imaginada o fingida ya que otros autores han señalado el impacto de percepciones similares en las organizaciones. Cuando el trabajador percibe que es posible faltar en la organización sin que existan consecuencias se genera un fenómeno de imitación por desmoralización (Bureau of Business Practice, 1977).

Si bien las causas reales tras reportes de ausentismo por enfermedad podían ser otras varias en los años 70's, el sistema de administración y compensaciones de ausentismo por enfermedad no es estático. En el modelo actual de gestión del financiamiento de ausentismo por enfermedad resulta mucho más difícil que el ausentismo reportada como *enfermedad* en realidad no conlleve un fenómeno de alteración de la salud asociado (Schliwen, Earle, Hayes & Heymann, 2011).

Derivado de la inferencia anterior, las otras causas ocultas que eran señaladas por los investigadores y los mismos empleados de la década de los setentas del siglo

pasado parecen actualmente ser declaradas y registradas con mayor frecuencia como causa directa. Así se refleja en la lista de principales causas de ausentismo de Chiavenato y sin embargo, la enfermedad comprobada continúa encabezando el listado (2000). El análisis de las estadísticas oficiales españolas, cuyo sistema de administración de la compensación es estricto, lo apoya (Peiró et al, 2008).

-Baja motivación para trabajar.

Acorde con el modelo básico de motivación de Leavitt, el comportamiento humano es resultado de la interacción de la persona con un estímulo o causa, mediado por factores como la necesidad y la tensión, y siempre se orienta a lograr un objetivo. La motivación se da de forma cíclica cuando el individuo en equilibrio es estimulado por una necesidad que lo pone en tensión, para terminar con la tensión es necesaria una respuesta, el comportamiento, del individuo para lograr la satisfacción y recobrar el estado de equilibrio (Chiavenato, 2000).

Para Maslow (1943) las necesidades humanas tienen una jerarquía que inicia con necesidades inherentes a la naturaleza orgánica del individuo y van adquiriéndose nuevas necesidades durante el desarrollo del individuo. Las necesidades satisfechas no generan ningún comportamiento, son los requerimientos de cubrir las necesidades los que los motivan.

Herzberg propuso que son dos los grupos de factores que motivan al trabajador. En su teoría de los dos factores propuso que los factores higiénicos son las características ambientales, sociales, físicas y organizacionales en torno a un trabajo; en tanto los factores motivacionales son las tareas y deberes inherentes al cargo. El primer grupo son los factores que originan la insatisfacción laboral, en tanto el segundo grupo son los factores que originan la satisfacción laboral (Chiavenato, 2000).

Diversos estudios han reforzado la teoría de los dos factores. Por ejemplo, George S. Odiorne encontró que la falta de mantenimiento a la maquinaria y equipo podía estar relacionada a la satisfacción laboral, incidiendo en el ausentismo. Reportando tasas considerablemente más bajas de ausentismo cuando las máquinas tienen un mantenimiento adecuado comparado con las que recibían uno deficiente (Lawson, 1978).

-El papel del supervisor.

El supervisor se consideraba en la década de los 70's del siglo pasado como crucial en el control del ausentismo elevado (Bureau of Business Practice, 1977; Lawson, 1978). Por un lado, si la percepción del trabajador respecto al supervisor influía directamente en el número de faltas (Bureau of Business Practice, 1977) la relación entre ambas partes debía tenerse muy en cuenta. Por otro lado, el papel del supervisor también se proponía que incluyera el manejo personal del ausentismo. La propuesta de los investigadores de esa época era que el supervisor directo del empleado tuviera un acercamiento con él inmediatamente después del ausentismo. Al parecer, los casos más exitosos respecto a control de exceso de ausentismo eran los supervisores que llevaban a cabo ese acercamiento y le hacían notar al empleado que sus faltas estaban siendo registradas, que esas ausencias tendrían consecuencias y que se verificaba la coherencia del ausentismo reportado como enfermedad (Bureau of Business Practice, 1977; Lawson, 1978).

Además del estudio del BPC que encontró la relación de la supervisión deficiente con el ausentismo, otro estudio clásico que concuerda es el de Noland. Este último mostró que cuando el trabajador tenía una actitud desfavorable hacia su supervisor inmediato, el ausentismo era mayor. Sus observaciones concuerdan con las efectuadas por Detroit (Lawson, 1978).

El supervisor es la persona clave para que en el contacto diario con los trabajadores mantenga una actitud que permita al empleado satisfacer varias de las necesidades básicas. Es quien puede hacerle notar que su trabajo se valora; darle la sensación de pertenencia dentro de la organización; mostrar una conducta comprensiva cuando se presenta ausentismo justificado, entre otras (Bureau of Business Practice, 1977; Lawson, 1978).

Del mismo modo el supervisor es quien puede establecer la primera línea para que el trabajador sea consciente que sus faltas se monitorean. Si bien Noland señalaba que el ausentismo es demasiado complejo para que el supervisor fuera responsabilizado totalmente por ello, también los colocaba como una de las primeras cosas que la gerencia debía considerar para poder controlar el ausentismo (Lawson, 1978).

-El ausentismo entre las mujeres

Así como fue señalado en el estudio del BPC el cuidado especial que debe ponerse al hablar de ausentismo en las mujeres, otros autores han comentado al respecto. Sin emplear un enfoque de discriminación, el análisis de género es necesario para entender por qué se han reportado cifras mayores de ausentismo entre las mujeres (Bureau of Business Practice, 1977). Sin pretender lograr una explicación clara para este hecho, se ha comentado sobre roles socialmente asignados a la mujer. En general, su papel dentro de la procuración de ingresos para el hogar es secundario, razón por la que se prefiere sacrificar su presencia en el trabajo cuando algún asunto requiere la presencia en casa. Sea por razones de salud de familiares o cualquier tema menor que requiera designar tiempo en casa que estaba programado pasarlo en el trabajo, se da prioridad al hombre para asistir, en tanto la mujer atiende en casa (Lawson, 1978).

Básicamente se explica lo anterior porque al ser considerado comúnmente el de la mujer un ingreso menor y de apoyo al del varón, resulta preferible conservar el trabajo y por tanto el ingreso del hombre. Desde luego deben concebirse diferentes perfiles de mujer trabajadora para entender el hecho. Será diferente cuando la mujer es madre soltera, viuda, recién casada, etc. Dado el diferente rol social que tiene cada una de ellas, el patrón de ausentismo será también diferente (Lawson, 1978).

Peiró, Rodríguez y González (2008) encuentran en las investigaciones más actuales que el análisis aplicado por los investigadores de los 70's continúa teniendo validez en el impacto al ausentismo. Los trabajadores con mayor estrés son las mujeres del grupo de 25 a 50 años con hijos a su cargo. Por lo que el género y el rol social asociado no deben perderse de vista ni menospreciarse en análisis con el contexto moderno. En la cultura latinoamericana donde el machismo es un componente aún presente, este debe considerarse también como uno de los factores que puede estar jugando a favor de priorizar la asistencia del varón al "trabajo" ya que en este contexto socio-cultural, el trabajo no remunerado no se considera por la población en general como "trabajo". De este modo el resultado es que la mujer suda con mayor facilidad a quedarse en casa para que el hombre continúe con el rol del de asistir al "trabajo".

No debe perderse de vista que en el análisis de los diferentes factores asociados al ausentismo laboral que aquí se han abordado hay un elemento que aparece de forma reiterativa: El trabajador o la trabajadora toma la decisión de asistir o no al trabajo. Dicho de otro modo, los elementos asociados, sean laborales, familiares o sociales, ejercen su influencia incluso de manera simultánea sobre la persona pero es al final ella quien con mayor o menor grado de conciencia al respecto toma la decisión de ausentarse del empleo.

2.2. Tipos de ausentismo

A nivel internacional se han propuesto diversas clasificaciones para el ausentismo. En los setentas una propuesta de clasificación del ausentismo en los Estados Unidos era la basada en el aviso de la falta (Bureau of Business Practice, 1977):

- a) "Falta justificada", cuando se recibiera aviso el mismo día que se daba la falta y la causa de esta fuera alguna explicación que la empresa considerara admisible;
- b) "Falta injustificada", debía considerarse así cuando la falta se reportara a la empresa el mismo día que el empleado no asistía pero que la explicación resultara ser una causa inadmisibles para la organización; y
- c) "Falta no informada", cuando el trabajador simplemente no se reportara el mismo día que no se presentaba a laborar.

Para Nova (1996) en España, visto desde la salud laboral el ausentismo puede ser de dos tipos:

- a) Por motivos psíquicos. Derivan de la búsqueda psíquica del individuo por recobrar el equilibrio ante la pobreza de factores motivacionales.
- b) Por motivos físicos. Derivan de accidentes y enfermedades.

El Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales en España emplea para su Encuesta de Coyuntura Laboral (2006) esta tipología de horas no trabajadas:

- a) Vacaciones y días festivos: vacaciones anuales, fiestas laborales y puentes no recuperables.

b) Causas ocasionales: incapacidad temporal y maternidad, permisos remunerados, conflictividad laboral, ausentismo no justificado, entre otros.

Como fenómeno social puede clasificarse en (Lawson, 1978):

a) Ausentismo histórico: es el que se presenta durante el tiempo y que ha mantenido intensidad relativamente constante dentro de cada contexto, personal del sector estudiado.

b) Ausentismo estructural: es el que se registra con un aumento constante y sostenido durante un tiempo considerable hasta que se mantiene de nuevo estable para constituirse como un nuevo nivel de ausentismo histórico.

c) Ausentismo coyuntural: son variaciones en incrementos o decrementos de corta duración explicados por cambios en el contexto socio-político.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ha empleado desde 2005 una clasificación para la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, donde categoriza a los encuestados no presentes en su trabajo como:

a) Ausente temporal con vínculo laboral. Tiene un empleo que no está ejerciendo durante la semana que le encuestan pero no perderá la relación con su lugar de trabajo ni deja de percibir un sueldo.

b) Ausente temporal de su ocupación. Persona auto-empleada que no laboró en la semana de referencia.

c) Ausente temporal sin vínculo laboral. Tiene un empleo que no desempeñó en la semana que le encuestan, no está percibiendo un salario por ello pero volverá a ese empleo.

En nuestro país, el ausentismo requiere una tipología diferente a las antes señaladas para fines legales. Desde la perspectiva de Mario de la Cueva (1993) y a la luz de la legislación laboral mexicana, podemos identificar que la Ley Federal del Trabajo (LFT) en su artículo 47 da pie a tres tipos de ausentismo: con permiso del patrón, por causa justificada y por causa injustificada. Por otro lado, para acotar las causas justificadas es necesaria la revisión de la L.F.T. en sus artículos 42, 44, 473, 474 y 477, así como de la Ley del Seguro Social (LSS) en particular los artículos 41, 42, 55 y 101.

La Tabla 1 resume la propuesta de clasificación para ausentismo laboral en contexto de relaciones obrero-patronales sujetas al apartado A del artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su sustento legal. Dado que en México el manejo médico-legal realizado por el IMSS y el seguimiento administrativo dentro de las organizaciones queda englobado en esta clasificación, será la tipología guía para el presente estudio.

Tabla 1. Clasificación propuesta por el autor para el ausentismo, según el contexto del derecho laboral mexicano

TIPO DE AUSENTISMO	SUSTENTO LEGAL
I. Permiso del patrón	art. 47 LFT
a. Con goce de sueldo	
b. Sin goce de sueldo	
II. Causa justificada	art. 47 LFT
a. Incapacidad temporal por enfermedad general;	art. 42 LFT
b. Incapacidad temporal por riesgos de trabajo	art. 473, 474 y 477 LFT y art. 41, 42 y 55 LSS
i. Accidentes de trabajo	
ii. Enfermedades de trabajo	
iii. Accidentes de trayecto	
c. Incapacidad por maternidad	art. 101 LSS
d. Prisión preventiva o arresto del trabajador;	art. 42 LFT
e. Desempeño de servicios y cargos públicos u obligatorios mencionados en el artículo quinto de la constitución o cuando los trabajadores sean llamados para alistarse y servir en la Guardia Nacional;	art. 42 y art. 44 LFT
f. Falta de documentos que exijan las leyes y reglamentos, necesarios para la prestación del servicio,	art. 42 LFT
III. Causa injustificada (por exclusión).	art. 47 LFT

Fuente: elaboración propia en base a Ley Federal del Trabajo (LFT) y Ley del Seguro Social (LSS) vigentes.

2.3. Modelos Explicativos

Las causas del ausentismo se han intentado abordar enfocándolas desde distintos modelos explicativos, algunos de ellos son (Peiró et al, 2008):

- Modelo de huida del trabajo. El trabajador falta porque es una medida para protegerse de los riesgos de trabajo, incluidos los psicosociales.
- Modelos de adaptación e inadaptación de la persona al trabajo. Basado en el clima laboral, se propone que la socialización puede ser la causa base.
- Modelo de intercambio. Con el enfoque psicosocial pero refiriendo mayor racionalización, en este modelo el trabajador falta porque ha realizado la ponderación de lo que el trabajo le significa en pérdida de otras esferas sociales.
- Modelos centrados en la cultura. Contempla la cultura del empleado pero también la cultura organizacional como explicación del ausentismo.
- Modelos centrados en aspectos estructurales. Explican mediante elementos de la organización, básicamente de políticas, la causa del ausentismo sistematizado.
- Modelo de grupos más o menos propensos. Centralizados en aspectos individuales agrupa a los empleados para crear tendencias.

Nova (1996) propuso que al investigar más a fondo el ausentismo se encontrará que son deficiencias en las condiciones del trabajo la causa raíz del problema. Planteó que por una vía, estas condiciones desencadenan enfermedades y accidentes, mientras por otra vía producen fenómenos psicológicos, ambas terminan por ocasionar el ausentismo del trabajador. Las condiciones físicas

producirán faltas involuntarias o imprevistas, en tanto las condiciones psicológicas producirán faltas voluntarias o previstas.

2.4.El ausentismo y los valores generacionales

Los recursos humanos sin importar la empresa de la que se trate son personas inmersas en un contexto social e histórico determinado. Más aún, cada persona trae consigo un bagaje de experiencias, vivencias y testimonios sobre eventos cruciales que modifican la forma en que perciben y abordan la vida. Los grupos humanos que han vivido enmarcados en el mismo periodo, llámese época, siglo o década, presentan de manera general el mismo enfoque. Cuando se trata de marcos históricos cercanos al lapso de una vida humana, comúnmente se le denomina *generación*.

Hablando en un sentido sociológico se entiende *generación* como la población de cierto rango de edad que comparte experiencias formativas y contextos sociológicos que han marcado su historia, imprimiendo características comunes que los asemejan entre sí y los distinguen del grupo etario que los precede (Clément, Bonvalet & Ogg, 2011). Algunos autores hablan de cohortes generacionales como el periodo entre el cuál se enmarca una generación. Para Mannheim (2013) ese periodo es de 30 años mientras que otros autores proponen cohortes de 20 años pero de manera general se puede decir que las fechas de que marcan el inicio y término de las generaciones dependen en realidad del autor desde el que se estén abordando (Markert, 2004).

La mayoría de los autores clasifican las generaciones recientes de acuerdo a cuatro arquetipos. El primero de ellos se conforma por los nacidos antes de 1946, llamados tradicionalistas por algunos autores (Eisner, 2005) o veteranos por otros (Chirinos, 2009), los baby boomers (nacidos entre 1946 y 1964), la generación “X” (nacidos entre 1965 y 1979) y la generación “Y” (nacidos después de 1980). Estas

generaciones se diferencian entre sí debido a sus características pero al interior de cada generación sus individuos presentan expectativas, actitudes y conceptualizaciones semejantes sobre el trabajo y abordan la vida laboral con necesidades, creencias y valores también semejantes entre sí y diferentes entre generaciones (Eisner, 2005; Chirinos, 2009).

Partiendo de esta co-existencia de cuatro generaciones diferentes en los centros de trabajo es que cobra importancia conocer las características que identifican a cada arquetipo. Los tradicionalistas son los trabajadores de mayor edad. Les marcó la Segunda Guerra Mundial, crecieron entre conflictos políticos y una mala economía (Eisner, 2005). El vida diaria resuelven problemas y tienen profundos valores patrióticos y familiares (Morton, 2004). En el trabajo son sacrificados y estables con un gran sentido de ética (Eisner, 2005). Les satisface el trabajo bien hecho y la mayoría se ha retirado del ámbito laboral o está a punto de hacerlo. Los miembros de esta generación actualmente representan apenas el 4% de los trabajadores (Hernández, Medina y Arellano, 2016).

La generación que sucedió a los tradicionalistas son los baby boomers. Se trata de individuos de la posguerra, crecidos en periodo de prosperidad, descritos también como idealistas, moralistas y seguros de sí mismos. En su formación tuvieron gran importancia movimientos sociales diversos entre los que destacan el movimiento de Derechos Civiles en Estados Unidos, el movimiento estudiantil de 1968 en México, múltiples movimientos de liberación de la mujer así como el boom de la liberación sexual y la experimentación con sustancias psicoactivas de forma más abierta y común que en la generación previa (Hernández et al, 2016).

Los baby boomers representan actualmente más del 40% de la población trabajadora (Eisner, 2005). Las personas de esta generación se caracterizan por trabajar duro, ser competitivos pero buenos con el trabajo en equipo. Encuentran satisfacción en el trabajo a través de la obtención de títulos y promociones de puesto (Hernández et al, 2016). Algunos investigadores consideran que las personas de esta generación se niegan a aceptar el retiro y buscarán mantenerse laboralmente

activos, incluso cambiando de línea de trabajo o buscando opciones de autoempleo en las que puedan desenvolverse aplicando la experiencia recabada durante una larga vida de trabajo (Reynolds, 2004).

La generación que siguió a los baby boomers se denomina generación “X”. La gente de esta generación se caracteriza por haber crecido con gran independencia. Son producto una época con gran liberación femenina y se criaron como hijos de madres trabajadoras. Muchos de ellos crecieron en hogares con padres divorciados (Eisner, 2005). Se les considera “nómadas” y en general se habla de su percepción del trabajo como un medio de subsistencia (Chirinos, 2009; Clément et al, 2011). Mientras que autores como Eisner (2005) describen a los sujetos de esta generación como enérgicos, emprendedores, amantes de la libertad y autosuficientes, Hernández y colaboradores (2016) encuentran en una profunda revisión de la literatura que otros autores resaltan características menos favorecedoras en esta generación y los consideran perezosos, cínicos y quejosos.

Se trata de una generación de niños altamente influenciados por los contenidos de la televisión. Un breve análisis puede resaltar que los individuos de la generación “X” convivieron toda o gran parte de su vida con un auge tecnológico que incluyó la telefonía celular, televisión por cable e internet y estos medios de comunicación permitieron a esta generación enterarse en tiempo real de eventos que marcaron al mundo como la caída del muro de Berlín de la misma forma que les sirvieron como distracción durante diversas etapas de crisis económica, la epidemia del VIH-SIDA y problemas sociales asociados al uso de drogas.

La generación “X” representa casi un tercio de los trabajadores en activo en nuestros días (Hernández et al, 2016). Son empleados tecnológicamente preparados y con pensamiento globalizado que encontrarán la realización laboral en la medida que logren el equilibrio de vida y trabajo mediante el posicionamiento en empleos flexibles (Morton, 2003).

La generación “Y” es la generación de la información. Sus miembros han crecido conectados virtualmente 24 horas al día con un mundo globalizado. Altamente dependientes de la tecnología, están acostumbrados al internet y los videojuegos. Tienen una actitud desafiante y retadora (Hernández et al, 2016). Los valores más resaltables de la generación “Y” son la lealtad, la inclusión y la autosuficiencia (Eisner, 2005).

Los trabajadores de la generación “Y” conforman una quinta parte de la población trabajadora actual. Son por mucho la generación más tecnológica, educada y abierta al trabajo en equipo (Hernández et al, 2016). Han laborado siempre en entornos de automatización de procesos, trabajo flexible y en general están habituados a relaciones obrero-patronales menos formales y con menos prestaciones que las que recibieron las generaciones previas.

En el común de los entornos laborales actuales es posible encontrar la convivencia de las cuatro generaciones previamente analizadas. Como ha sido señalado antes, estas generaciones tienen valores diferentes y su visión, expectativas y actitudes ante el trabajo son también diferentes. Hace ya casi dos décadas que investigadores como Veira y Romay (1998) han estudiado la relación entre diversos factores, principalmente macro económicos, y el valor asignado por la población al trabajo comparando esta percepción entre grupos de edad. Particularmente interesante resulta que estos autores encontraron una asociación negativa entre las diferencias intergeneracionales en la valoración del trabajo con el producto nacional bruto per cápita. La diferencia intergeneracional la estimaron tomando el porcentaje de los jóvenes (menores de 30 años de edad) que consideraban al trabajo como “muy importante” en sus vidas y restándole el porcentaje de los mayores (más de 50 años de edad).

Grosso modo, lo anterior significa que entre más desarrollado son los países, menos proclives son los jóvenes a considerar el trabajo como parte importante de sus vidas en comparación con los mayores. A pesar que hace dos décadas se encontró que dicha diferencia intergeneracional en el caso de México era nula (Veira & Romay,

1998) dado el desarrollo económico de nuestro país sería esperable que se siguiera la tendencia general y la brecha entre la centralidad que los jóvenes atribuyen al trabajo haya disminuido.

Tomando en cuenta las diferencias entre los valores característicos de cada generación y sus distintas actitudes, expectativas y percepciones del trabajo se puede inferir que la postura ante el ausentismo laboral es también diferente entre generaciones. Al atribuirle una importancia dispar al trabajo, podrían los jóvenes tener también una percepción diferente respecto a los mayores de la importancia de preservar el empleo y asignarle al comportamiento de ausentismo una menor relevancia.

La menor centralidad del trabajo en la vida de los jóvenes jugaría a favor del ausentismo cuando los empleados de los menores rangos de edad tienen que tomar la decisión de presentarse o no a laborar, asignándole prioridad a otros aspectos de su vida. Lo anterior aunado a una menor lealtad y sentido de dependencia al trabajo de los miembros de la generación “Y” que fue abordado a través de este apartado.

2.5.El ausentismo y la flexibilidad laboral

La flexibilidad laboral o flexibilidad del mercado de trabajo surgió en los años 80 del siglo pasado principalmente en países desarrollados en un contexto de crecimiento económico desfavorable (Lagos, 1994). Desde la perspectiva de Santantonio y Tavilla (1995) se buscaba tres objetivos del sector empresarial:

- Reducir costos laborales para mejorar la competitividad de la industria manufacturera.
- Disminuir la “rigidez” de la legislación laboral.
- Ajustar la producción al ciclo de los negocios.

La “rigidez” del mercado laboral sirvió como punto de partida para la discusión entre los empleadores y los responsables de las políticas laborales para coincidir en que los mecanismos tradicionales de combatir el desempleo se habían agotado y se necesitaban relaciones laborales más “flexibles” que resolvieran la situación económica de principios de la década de 1980 (Lagos, 1994). Derivado de este contexto es que las definiciones iniciales sobre el concepto de flexibilidad laboral se enfocan a la capacidad para adaptarse. Tal es el caso de Boyer (1987) para quien la flexibilidad se entiende como la capacidad de un sistema de adaptarse ante diversas perturbaciones. Otros autores como Atkinson (1987) definen la flexibilidad de una forma más enfocada a los cambios que conlleva en reglamentaciones, prácticas institucionales y culturales entre otras para incrementar de manera permanente la capacidad de responder al cambio. Lagos (1994) al recabar las definiciones que organismos internacionales asignaban a *flexibilidad del mercado laboral* señala que para la Organización Internacional del Trabajo esta es la “capacidad de adaptarse a las circunstancias económicas, sociales y tecnológicas” mientras para la Organización Internacional de Empleadores se define en términos de costos como “la capacidad de adaptar los costos laborales relativos entre empresas y ocupaciones o la adaptación del costo de los factores de producción a las condiciones del mercado”.

¿Cómo se da dicha adaptación del mercado de trabajo a los cambios? ¿Cómo se adaptan los costos de trabajo? Desde el análisis de Boyer (1986) existen cinco estrategias:

- 1) Incorporación de equipos más flexibles. Adaptación de la producción.

- 2) Polivalencia. Flexibilizar la posibilidad de los empleados para cambiar de puesto dentro de la organización.
- 3) Cambios legales. El debilitamiento de las obligaciones de los empleadores en términos de contratación y particularmente de despido.
- 4) Flexibilidad salarial.
- 5) Flexibilidad en costos salariales. Posibilidad de que los empresarios disminuyan los montos por conceptos de descuentos sociales y fiscales.

Puede apreciarse que algunas formas de flexibilizar el trabajo se dan dentro de la misma organización, ej. La polivalencia, mientras que otras basadas en flexibilidad de contratación y despido se dan en el nivel del mercado laboral externo. Estas características han dado lugar a la clasificación de *flexibilidad de mercado laboral* en *interno* y *externo*, en términos generales cuando se habla de flexibilidad del trabajo se está haciendo referencia a la flexibilidad externa (Santantonio & Tavilla, 1995). Es la flexibilidad del mercado laboral externo la que más ha sido objeto de estudio por sociólogos y economistas desde 1970 por las condiciones desiguales que pone a la balanza obrero-patronal.

Ha sido analizado por estudiosos del tema que la rigidez de la legislación laboral, específicamente en términos de protección contra el despido (costos para las empresas asociados al despido) impacta negativamente la productividad ya que los empleados bajan la intensidad del trabajo y se muestran renuentes a los esfuerzos de la organización para la intensificación del esfuerzo (Emerson, 1988). Sobre esas bases diversos países han modificado las formas contractuales en las que Caro Figueroa (1993) describe tres tipos básicos:

- 1) Vías objetivas. Igual que los contratos por obra o tiempo determinado clásicos, responden a necesidades objetivas de las organizaciones en su interior como puede ser modificación o ampliación de operaciones.

2) Vías coyunturales. Responden a la necesidad de fomentar la creación de empleos para determinado sector como jóvenes o mujeres.

3) Trabajo a tiempo parcial. Responde a las necesidades de los trabajadores con ocupaciones extra-laborales como los estudiantes o amas de casa.

La paradoja en la flexibilización del mercado laboral como estrategia de afrontamiento al desempleo como ha sido señalada por Boyer (1987) radica en que pareciera que para frenar el desempleo hace falta facilitar los despidos. Santantonio y Tavilla (1995) por su parte aclaran que esta aparente paradoja se percibe porque se observa el fenómeno desde la perspectiva neoclásica y remarca la necesidad de observar que para poder ofertar vacantes laborales a los desempleados hace falta que existan puesto vacantes. Estos autores denuncian que la discusión sobre la flexibilidad laboral ha relegado a segundo plano el tema de la precarización del trabajo a pesar de ser fenómenos inseparables. El trabajo precario se conceptualiza a través de cuatro dimensiones (Rodgers, 1993): el grado de certidumbre en la continuidad del trabajo, el control sobre el trabajo, el grado de protección (del trabajador), y el nivel de ingresos.

Algunos indicadores proporcionan una clara visión de la modificación en el mercado laboral de Latinoamérica apuntando a una flexibilidad elevada desde 1980 y al revisarlos es fácil observar la relación entre estos cambios y la precarización del trabajo. El primero es crecimiento del sector informal con una tasa anual de más del doble respecto a la del sector formal (6.7% versus 3.0%). El segundo es un crecimiento desmedido en el número de empleos representados por la pequeña empresa (menos de 10 empleados) con un crecimiento anual del 7.5% contra un 0.5% de crecimiento anual de las empresas medianas y grandes (Lagos, 1994). Otro parámetro que resalta la flexibilización que ha sufrido el trabajo en América latina son la clara tendencia de las grandes empresas a subcontratar etapas de su proceso productivo, fenómeno conocido como outsourcing (Bohlander et al, 2003).

La desaceleración del crecimiento del sector público y el privilegio generalizado del trabajo a destajo son tendencias que se suman a la evidencia de la flexibilidad creciente del mercado laboral en la región (Lagos, 1994).

De la Garza (2002, 2013) aclara que para entender el fenómeno de la flexibilización del trabajo en México lo más adecuado es revisar los cambios que se han dado en la legislación laboral y en la contratación colectiva. La política laboral ha pasado en nuestro país del Estado benefactor con sus pactos entre Estado, empresas y sindicatos a una postura neoliberalista. A partir de la década de los 90 la subcontratación ha aparecido en el primer plano de la flexibilidad. Inicialmente subcontratación de etapas del proceso productivo (Lagos, 1994) pero más recientemente con la subcontratación de personal donde una agencia se encarga del tema contractual y los asigna a trabajar para la empresa que subcontrató con efectos de precarización de los empleos y pérdida de fuerza de los sindicatos (De la Garza, 2013).

La mezcla de cambios asociados a la flexibilidad laboral ha generado una tesis sobre trayectorias laborales fragmentarias que implicaría una pérdida de identidad con el trabajo donde los sujetos viven carreras laborales zigzagueantes pasando de compañía a compañía y de actividad a actividad sin desarrollar sentido de pertenencia. Aunque desde la perspectiva de De la Garza (2013) esto tiene una visión basada en producción artesanal y de obrero de oficio que ha quedado en el pasado. Para este autor la identidad de los trabajadores modernos se establece en base a otros factores laborales y extra-laborales diferentes al proceso o al producto del trabajo, hecho que resulta más comprensible cuando se aborda el tema del trabajo no clásico (ej. Producción de software).

La crisis económica de 2009 ha acentuado en nuestro país los efectos de la flexibilidad laboral (García, 2012). Las condiciones de precarización asociadas a la flexibilidad laboral han crecido en la primera década de este siglo. En nuestro país el sector informal y la contratación a tiempo parcial cobran especial importancia en los últimos años. Las modificaciones a la legislación laboral en nuestro país han

sido planeadas desde 1988 (De la Garza, 2002, 2012) sin embargo ninguna de las reformas propuestas hasta 2011 escapaban a ser precarizantes (De la Garza, 2012). Aún falta para poder conocer los efectos que las reformas a la Ley Federal del Trabajo efectuadas a finales de 2012 tendrán en la flexibilidad del mercado laboral de nuestro país pero podemos inferir a priori en base a la experiencia de otros países latinoamericanos que las condiciones de los trabajadores continuarán su tendencia a la precarización y el sector informal no cesará de crecer.

Resulta interesante analizar el paralelismo histórico que existe en el curso de la flexibilidad laboral y las transiciones generacionales analizadas en el apartado previo de esta tesis. Las mismas crisis económicas y condiciones sociales que han marcado a las generaciones recientes han sido los impulsores de la flexibilización del mercado laboral. Las condiciones del mercado externo e interno de trabajo que los empleados han experimentado pueden influir en su percepción de identidad como distintos autores han analizado (De la Garza, 2013). El sentido de pertenencia hacia la organización, las expectativas y actitud ante la compañía podrían estar igualmente influenciadas por las condiciones del mercado laboral que han vivido los trabajadores en diferentes épocas. Como se revisó antes, estas condiciones serían diferentes para trabajadores de distintos grupos de edad.

Es plausible inferir que el fenómeno de carreras zigzagueantes que los jóvenes presentan en el mercado laboral actual influye en la centralidad del trabajo, es decir, se relaciona con la importancia que la persona asigna al trabajo en su vida. Si los trabajadores de menor edad han experimentado o proyectan como normal para su vida laboral este cambio constante de compañía, podría estarse fomentando el fenómeno del ausentismo laboral al concebir como común el despido y la contratación (en otra empresa) y perder el sentido de compromiso con el trabajo y los objetivos de la organización.

Hemos analizado antes que los estudiosos de la flexibilidad del trabajo consideran que las formas no tradicionales de trabajo pudieran escapar a las condiciones “clásicas” del mercado laboral que aquí se han presentado. Sin embargo, para los

trabajos de manufactura la precarización, pérdida del sentido de pertenencia, ausencia de expectativas de carrera al interior de la organización entre otros factores asociados a la flexibilidad pudieran estar influyendo en el comportamiento de ausentismo laboral de los empleados. Esta relación y el probable impacto que el ausentismo laboral asociado pudiera tener sobre la productividad de las empresas no ha sido suficientemente estudiada.

2.6. Estrategias de control de ausentismo

Según otro de los estudios clásicos sobre ausentismo, la encuesta Dartnell/ Sesco, realizada a finales de los setentas en organizaciones de servicio, manufactura y comercialización en EEUU, el ausentismo e impuntualidad eran reconocidos por la alta gerencia como un problema. A pesar de lo antes señalado, no había sido tema de preocupación. Hasta ese momento la actitud estaba comenzando a cambiar al respecto (Lawson, 1978).

Muchas acciones se han intentado para controlar el problema de ausentismo alto. Hay estrategias que son elaboradas e ingeniosas. “Existen medidas constructivas para combatir el ausentismo y medidas que son ineficaces y hasta perjudiciales” (Bureau of Business Practice, 1977). Aparentemente la causa de esto es que las estrategias para controlarlo se basan en la experiencia y la subjetividad que la supervisión le imprime.

Las estrategias, sin importar qué enfoque empleen, deben considerar las actitudes de los actores involucrados si se desea que tengan éxito (Lawson, 1978). Los actores incluyen a los trabajadores y sus representantes, así como a la empresa y sus mandos. La calidad de la interacción entre esos actores da lugar a actitudes específicas de cada uno frente al ausentismo. El sindicato, uno de los principales actores, varía de organización a organización en términos de su actitud frente al ausentismo en función de factores tan variados como la calidad de quienes los

dirigen, qué procedimientos establece la empresa para controlar el fenómeno o la relación que lleva con la organización (Lawson, 1978).

Se ha intentado con sanciones salariales para control de ausentismo e impuntualidad. En la práctica quien va a faltar no encuentra en esas sanciones un motivador suficiente para persuadirlo. Las sanciones salariales no funcionan para controlar el exceso de ausentismo en el lugar de trabajo (Bureau of Business Practice, 1977).

A la inversa, se ha buscado mediante reforzamiento positivo hacer que el trabajador se presente cada vez que estaba programado y en la hora que estaba programado hacerlo. Con esa estrategia cuando el empleado cumple se le incentiva económicamente. Lo que termina ocurriendo es que quien no tiene la intención de no faltar continúa faltando; quien recibe el incentivo es quien de cualquier forma se presentaría. Al final es un mal uso de los recursos porque se le da dinero por ausencias a quien de cualquier forma asistiría, mientras a quien tiene la intención de faltar sistemáticamente este sistema no le motiva a dejar de hacerlo. Salvo pocas excepciones, en general este sistema basado en el modelo del *homo economicus* no funciona (Bureau of Business Practice, 1977).

Es esperable que si la insatisfacción con el salario no resulta un motivador para faltar al trabajo, tampoco sea de gran utilidad emplear el dinero como estrategia para disminuir el ausentismo. La Teoría de la expectativa de Lawrell III parece dar una explicación simple y plausible a ello: la compensación es pequeña y el tiempo entre el comportamiento y el beneficio es relativamente largo, así que el trabajador no lo asocia y no es estimulado (Chiavenato, 2000).

Otros mecanismos que algunos administradores han propuesto y no funcionan son la generación de sensación de estabilidad laboral y seguridad social; y reforzar la identidad con la empresa (Bureau of Business Practice, 1977).

Los autores en los 70's resaltaban la relevancia de comprometer a la supervisión en el control del ausentismo. Algunas de las propuestas derivadas de esa observación resultaban en recomendaciones pragmáticas enfocadas a acciones concretas que controlaran puntualmente situaciones previamente identificadas como generadoras de ausentismo. Una estrategia planteada para esto era el establecimiento de una política clara sobre ausentismo. La propuesta incluía que el supervisor debía hacer una retroalimentación con el empleado. Tan pronto el trabajador se presentara nuevamente, el supervisor debía hablar en forma directa con él y hacerle notar que la falta estaba siendo registrada a detalle. También debía considerarse que la política se debe aplicar uniformemente en la empresa para que no desembocara en un problema mayor. Cabe señalar que en la época, ya la mitad de las empresas encuestadas por Dartnell tenían políticas sobre el ausentismo (Bureau of Business Practice, 1977; Lawson, 1978).

Propuestas más elaboradas desde el punto de vista teórico también surgieron en el último tercio del siglo XX para controlar el exceso de ausentismo. Frederick Herzberg basado en su teoría de los dos factores, proponía que mediante el enriquecimiento del trabajo se podía mejorar el ausentismo porque se mejoraba la satisfacción en el trabajo y se evitaba la insatisfacción laboral (Lawson, 1978).

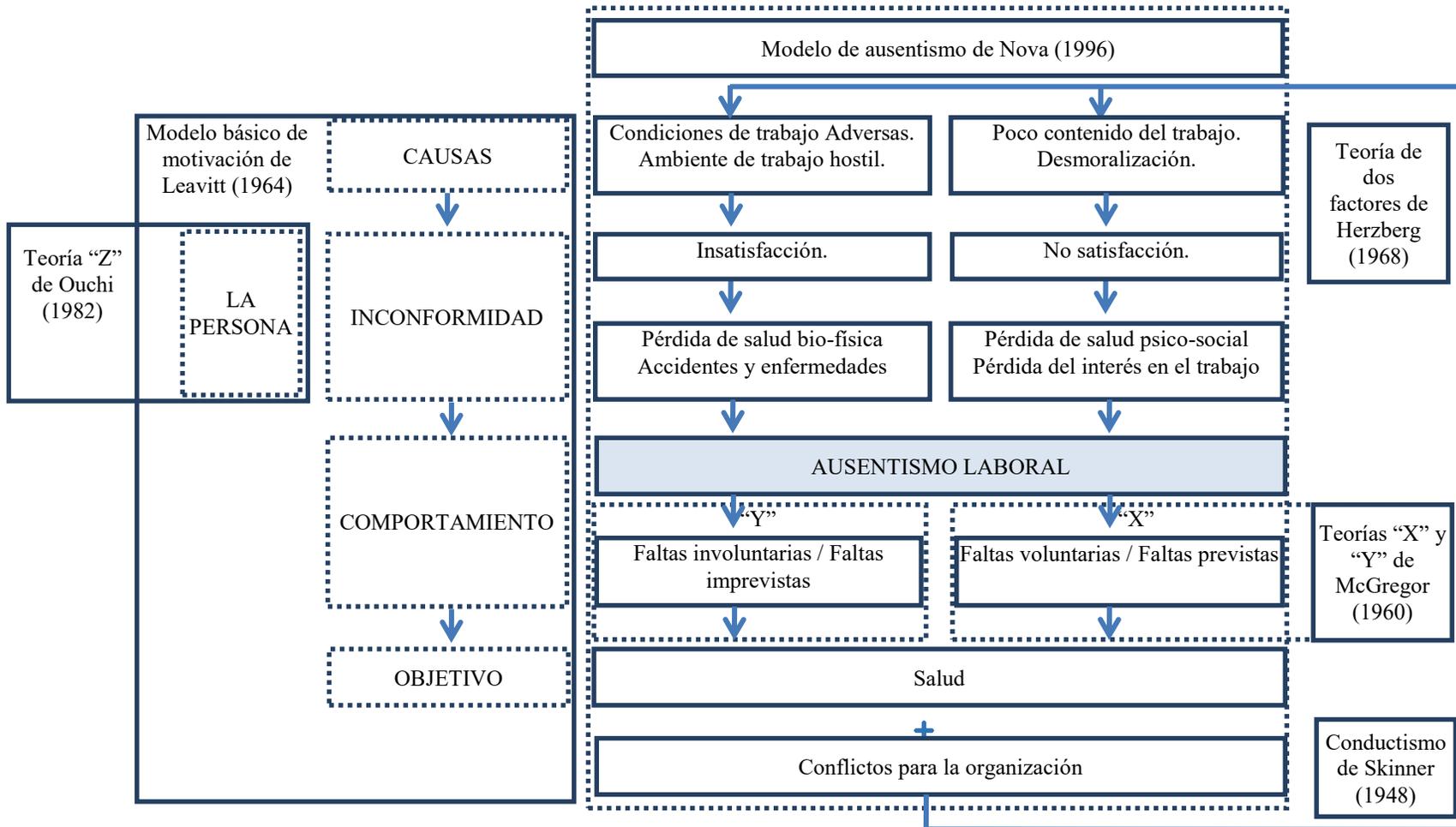
Según el autor, al enriquecer el trabajo con factores motivacionales el empleado se motiva a trabajar mejor, mientras que el enriquecimiento de los factores higiénicos evita que el trabajador haga un mal trabajo (Lawson, 1978). Esto es consistente con lo señalado por otros autores que opinan que el interés del trabajador en lo que hace modifica el comportamiento de ausentismo (Bureau of Business Practice, 1977).

Si bien Douglas McGregor no se pronunció directamente sobre una estrategia de control del ausentismo, acorde con su propuesta de la "Teoría Y", el enriquecimiento del trabajo está orientado a eliminar actitudes preponderantes en la "Teoría X" que propician la insatisfacción en el trabajo y elevan el ausentismo (Lawson, 1978).

Skinner, famoso por sus estudios sobre comportamiento y motivación, propuso cambios en el ambiente y enfatizaba la comunicación para lograr el “refuerzo positivo”. Las propuestas de Skinner son también soporte para el enfoque del enriquecimiento del trabajo (Lawson, 1978).

Hasta este punto se han planteado las diferentes dimensiones de la salud como constructo bio-psico-social así como diferentes teorías de la motivación en torno al ausentismo laboral. En el esquema 1 mostrado a continuación se esboza a manera de resumen gráfico la interacción entre ellas.

Esquema 1. Resumen del marco teórico.



Capítulo 3. Metodología de la investigación

3.1. Justificación

En 2012 se perdieron por enfermedad general certificada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 40'186,211 de días, equivalentes a 110 mil años hombre, y más de 4.6 mil millones de pesos solamente por concepto de subsidios otorgados a incapacidades temporales (IMSS, 2012). La salud ocupacional puede emplearse como herramienta de competitividad de las organizaciones si se entiende como parte fundamental de la administración de los recursos humanos.

Un área de oportunidad para las organizaciones está en el diagnóstico integral previo a establecer programas de control del ausentismo. Si bien el comportamiento de ausentismo es el resultado de la interpretación de factores internos y externos al individuo, la salud puede ser uno de esos factores internos clave para que el ausentismo se presente. Es necesario conocer la asociación entre la funcionalidad física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la funcionalidad social, el rol emocional y la salud mental, que se consideran los *principales conceptos de salud* (Ware, 1976; Ware & Sherbourne, 1992), y el comportamiento manifestado como *ausentismo*. Para fines de esta investigación se hace referencia a los *principales conceptos de salud* de Ware y Sherbourne (1992) como *principales áreas de la salud* por considerarlo un término más descriptivo.

El SF-36v2™ es un cuestionario ampliamente utilizado en el mundo para evaluar las principales áreas de la salud. Al momento, no existe publicación alguna que señale la utilización del SF-36v2™ en diseños como el aquí propuesto para estudiar el ausentismo en relación a la salud. Resulta de interés explorar la posibilidad de aplicarlo o proponer el diseño de un instrumento basado en él para orientar estrategias de control del ausentismo en las organizaciones.

Al identificar la correlación de las principales áreas de la salud con el ausentismo, total y por tipo, se amplía la frontera del conocimiento sobre el fenómeno del

ausentismo en nuestro país. El ausentismo por maternidad no fue incluido en la investigación por considerar el autor que con base a sus atributos, como fecha de inicio y duración, así como lo dispuesto en los artículos 85, 101, 102 y 103 de la Ley del Seguro Social, el comportamiento de ausentismo por maternidad escapa de la voluntad de la trabajadora. Si bien en otros tipos de ausentismo pudiese parecer que estas condicionantes aplican igual, por ejemplo, accidente de trayecto o de trabajo, en el caso de maternidad la posibilidad de simulación queda descartada toda vez que el diagnóstico es certificado y la fecha de la ausencia programada por el I.M.S.S. antes que dicha ausencia se presente conforme señalan los artículos mencionados. Dado que el embarazo no es un comportamiento y tampoco se trata de una entidad nosológica (enfermedad) o situación en que el ausentismo sea un comportamiento originado en el individuo para recuperar el equilibrio, no se incluyó para evaluar su asociación con las principales áreas de la salud. Realizando diagnósticos específicos como estos, las empresas podrán establecer programas más eficientes para obtener mayores reducciones del ausentismo y mejorar así su productividad y competitividad.

3.2. Planteamiento del problema

La industria de la transformación emplea a la mayor proporción de los trabajadores formales en México. De acuerdo a la memoria estadística del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2012 un total de 4'134,248 trabajadores estaban asegurados en esa actividad económica. Esto representa 25.7% del total de los trabajadores asegurados ese año por el Instituto en nuestro país.

No hay cifras oficiales de ausentismo en nuestro país. Hasta 2005 la Encuesta Nacional de Empleo, Salarios, Tecnología y Capacitación en el Sector Manufacturero (INEGI, 2005) evaluaba únicamente el ausentismo por causa injustificada. En 2004 esta tasa de ausentismo por causa injustificada fue de 0.59 en establecimientos manufactureros, registrando cifras mayores en empresas medianas y grandes. A partir de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, el INEGI registra personas *ausentes con vínculo laboral* durante la semana de levantamiento por lo que el parámetro deja de ser comparable y se aleja de poder estimar una tasa de ausentismo.

Otra aproximación formal disponible en México para conocer el ausentismo es mediante el registro de incapacidades temporales. El IMSS certifica la incapacidad temporal para laborar por tres rubros que a nivel internacional se identifican como las principales causas de ausentismo laboral (Nova, 1996): enfermedad general, maternidad y riesgo de trabajo. El resumen del último trienio en cuanto a días perdidos y el importe generado únicamente al IMSS por subsidios debidos a estas causas se presentan en la Tabla 2.

El ausentismo laboral es uno de los principales factores a controlar por toda empresa que intente mejorar su productividad. Diferentes estudios han probado el impacto que tienen los programas de salud en las empresas. Cada programa publicado ha estado orientado a algún problema de salud en particular y evalúan el impacto que tuvo en la productividad (Osilla, Van Busum, Schnyer, Larkin, Eibner & Mattke, 2012; Kirsten, 2010; Ni Mhurchu, Aston & Jebb, 2010).

Tabla 2. Días perdidos e importe cubierto por el IMSS por certificados de incapacidad. México, 2010-2012

Tipo de Incapacidad		2010			2011			2012		
		Subsidiados	No subsidiados	Total	Subsidiados	subsidiados	Total	Subsidiados	subsidiados	Total
RIESGOS DE TRABAJO	Días	12'892,756	52,852	12'945,608	13'611,003	4,1163	13'652,166	14'248,073	36,633	14'284,706
	Importe en Millones MXN	2,491	0	2,491	2,742	0	2,742	2,979	0	2,979
ENFERMEDADES	Días	28'117,722	9277,884	37'395,606	29'364,057	9'014,905	38'378,962	30'562,923	9'623,288	40'186,211
	Importe en Millones MXN	3,916	0	3,916	4,247	0	4,247	4,605	0	4,605
MATERNIDAD	Días	17'386,716	2516,153	19'902,869	17'761,069	2'428,348	20'189,417	18'175,066	2'529,623	20'704,689
	Importe en Millones MXN	3,677	0	3,677	3,914	0	3,914	4,162	0	4,162

Fuente: Memoria estadística IMSS, 2010-2012.

Al ser el ausentismo laboral un comportamiento, éste se da como resultado de la interacción que tienen los estímulos que lo provocan con los factores particulares del individuo que los está procesando en un momento determinado. Los factores bio-psico-sociales, componentes de la salud, del individuo pueden influir en forma diversa en la respuesta del trabajador dependiendo si se encuentran o no en equilibrio y desencadenar o no en la falta del trabajador a su jornada. Para dar un ejemplo, dos trabajadores de la misma compañía que cubren puestos iguales pueden sufrir un resfriado el mismo día, sin embargo uno se presenta a trabajar mientras que el otro se queda en casa. Factores individuales adicionales a la enfermedad, el clima laboral y las condiciones ambientales tienen influencia sobre la conducta que se manifestará.

La presente investigación partió del supuesto que el ausentismo es un comportamiento que puede ser motivado por diversos factores como el clima organizacional, la satisfacción laboral, condiciones familiares y de la vida extra-laboral entre otros, incluida la salud. Antes de ser manifestado necesariamente pasa en menor o mayor medida por la voluntad del trabajador, sopesándose la decisión precisamente mediante la estabilidad de dichos factores. Por lo anterior, las dimensiones físicas de la salud tendrían menor relación que las dimensiones mentales en la decisión del trabajador de ausentarse. La presente investigación se centró en la salud y dejó a un lado los factores laborales y extra-laborales porque ya han sido ampliamente estudiados (Chiavenato, 2000).

En resumen, resulta necesario obtener evidencia empírica de la relación entre la salud, como constructo multidimensional del nivel de bienestar, no como presencia o ausencia de enfermedades, con el ausentismo laboral por diversas causas, no solo por enfermedad, para comprobar el papel de la salud en la voluntad del individuo para manifestar ausentismo laboral.

3.3. Pregunta de investigación

¿Está el ausentismo laboral relacionado con la salud? Y de ser así, ¿Es más intensa la relación entre el ausentismo laboral y las principales áreas de la salud mental que con las principales áreas de la salud física en los seis meses previos en trabajadores de una empresa de alimentos en el área metropolitana de la Ciudad de México?

3.4. Hipótesis de investigación

La salud es uno de los componentes relacionados con el ausentismo laboral y la relación entre ambas variables es más intensa entre las dimensiones mentales de la salud y el ausentismo que entre las dimensiones físicas de la salud y el ausentismo.

3.5. Objetivos de la investigación

Objetivo General

Comprobar que la salud es uno de los factores relacionados al ausentismo laboral y la intensidad de la relación es mayor para los componentes mentales de la salud en una fábrica de alimentos de la Ciudad de México en 2014.

Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre salud medido como constructo multidimensional conformado por ocho principales áreas, no como presencia de enfermedades sino como ponderación del nivel de bienestar en cada una, y el fenómeno de ausentismo laboral.

- Evaluar las diferencias en la intensidad de la relación entre el ausentismo laboral y las dimensiones mentales de la salud respecto a las dimensiones físicas.

3.6. Diseño de investigación

El presente estudio empleó un enfoque puramente cuantitativo. Dada la naturaleza objetiva y dicotómica de la manifestación de ausentismo laboral, es decir, el trabajador simplemente se presenta o no a trabajar, el investigador eligió para analizar formalmente su relación con un constructo tan subjetivo como *la salud* la operacionalización de esta en una escala numérica y así permitir el modelaje estadístico de la relación.

Se aplicó el cuestionario SF-36v2™, un instrumento estandarizado para evaluar la salud en forma multidimensional. Este cuestionario recaba información sobre las principales áreas de la salud (a saber: la funcionalidad física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la funcionalidad social, el rol emocional y la salud mental) y la operacionaliza asignando una puntuación a cada una en base a las respuestas del sujeto. De este modo pudo evaluarse la relación del ausentismo que se obtuvo en base a lo registrado por el área de Nóminas, durante los seis meses previos a la evaluación con la salud en forma numérica.

La presente investigación se centró en el fenómeno del ausentismo laboral por enfermedad general, enfermedad de trabajo, accidente de trabajo, accidente de trayecto, permiso, causa injustificada y otra causa justificada diferente a maternidad en una fábrica de alimentos de la Ciudad de México durante 2014.

3.7. Población y muestra

La población estudiada fueron los empleados de una fábrica de alimentos en el área metropolitana de la Ciudad de México en 2014. La fábrica empleaba a 1,100 personas de manera directa más cerca de 800 personas de manera indirecta (empleados de compañías que daban servicios en las instalaciones, como mantenimiento y reparación de maquinaria, servicios de limpieza, comedor y vigilancia, entre otros). El objeto de esta investigación fueron los empleados de producción. Se trató de 836 trabajadores, hombres y mujeres entre 18 y 64 años de edad que tienen como función mantener la manufactura de los alimentos procesados.

El personal administrativo quedó fuera del alcance de este estudio. Dos razones fueron el fundamento para ello: los empleados de producción, los comúnmente denominados “obreros”, son la mano de obra que mantiene activa la manufactura de los bienes en que se basa la operación de las empresas de giro industrial en tanto el personal administrativo realiza básicamente funciones de soporte para mantener la producción; la segunda razón es que con frecuencia los empleados administrativos pueden acordar con sus superiores “permisos” para ausentarse o cambiar temporalmente su hora de entrada o salida sin que quede registro de esto en el área de Nóminas.

Para la selección de los sujetos se siguieron los siguientes criterios:

- **Inclusión:** Todos los trabajadores operativos (de producción), de sexo femenino o masculino y edad entre 18 y 64 años fueron elegibles, a menos que cumplieran con alguno de los criterios de
- **Exclusión:** Trabajadores que no deseen participar o tuvieran una antigüedad menor a seis meses en la empresa.

Se eliminaron empleados que no respondieron todo el cuestionario aplicado o que hubiesen presentado grandes cambios recientes en su estado de salud (manifestado como respuestas 1 o 5 del reactivo 2 del instrumento SF-36v2™).

Aunque se obtuvo licencia de Quality Metric, dueña de los derechos del SF-36 v2™ para la aplicación de un máximo de 500 cuestionarios (Anexo 1), el tamaño de la muestra se fijó en 200 trabajadores por razones de viabilidad del estudio. Una vez excluidos los trabajadores con antigüedad menor a seis meses, se procedió a analizar la distribución de los empleados de producción de acuerdo a sexo y grupo de edad y se calcularon las cuotas para que la muestra reflejara esa representatividad. El detalle de la distribución por cuotas se puede ver en la Tabla 3.

Tabla 3. Tamaño de muestra para cada cuota

Grupos de edad	Hombre	Mujer
De 18 a 24	25	13
De 25 a 34	44	30
De 35 a 44	41	31
De 45 y más	10	6
Total	120	80

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

3.8. Definición conceptual y operacional de las variables

Salud se define como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). En el presente estudio las dimensiones de esta variable fueron las ocho principales áreas de la salud desde la conceptualización de Ware y Sherbourne (1976; 1992). La tabla 4 concentra la definición conceptual desde la perspectiva de estos autores.

Tabla 4. Dimensiones del concepto de *Salud*

Dimensión	Definición Conceptual
Funcionalidad física	Grado en que la capacidad de actividades físicas encuentra limitada.
Rol físico	Grado en el que la función (trabajo y vida diaria) se encuentra limitada a consecuencia de problemas físicos.
Dolor corporal	Grado en que el sufrimiento/malestar físico limita a la persona.
Salud general	Auto-percepción del estado de salud.
Vitalidad	Grado en que la persona se siente con energía o cansancio.
Funcionalidad social	Grado en el que falta de salud física o mental interfiere con la vida social.
Rol emocional	Grado en el que la función (trabajo y vida diaria) se encuentra limitada a consecuencia de problemas emocionales.
Salud mental	Ponderación del bienestar mental general en base a los trastornos mentales más comunes.

Fuente: Ware 1976; Ware & Sherbourne, 1992.

Operacionalmente las ocho escalas fueron manejadas con una puntuación numérica del 0 al 100% obtenido mediante la ponderación de las respuestas al cuestionario SF-36v2™ donde puntuaciones más bajas representan una peor condición en la dimensión. La siguiente tabla resume la definición operacional de las ocho principales áreas de la salud.

Ausentismo laboral se define por Chiavenato (2000) como “las faltas o inasistencias de los empleados al trabajo” y es con esta definición con la que se manejó la variable en la presente investigación. Como se detalla en el capítulo 2, el ausentismo puede clasificarse desde una perspectiva legal-administrativa en varios tipos. La tabla 6 concentra la definición conceptual con que se aborda cada tipo de ausentismo en la presente investigación con base al análisis de Mario de la Cueva (1993) y el derecho laboral mexicano.

Tabla 5. Definición operacional de las dimensiones de *Salud* en base al porcentaje registrado con el cuestionario SF-36v2™

	0%	100%
Funcionalidad física	Mucha limitación en desarrollar todas las actividades físicas, incluido bañarse o vestirse.	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluidas las más vigorosas.
Rol físico	Problemas con actividades del trabajo o la vida diaria debidos a salud física.	Sin problemas con el trabajo u otras actividades por salud física.
Dolor corporal	Presencia de dolor muy severo y extremadamente limitante.	Sin dolor ni limitaciones debidas a dolor.
Salud general	Evalúa su salud personal como pobre y cree que esta puede empeorar.	Evalúa su salud personal como excelente.
Vitalidad	Se siente cansado, fatigado todo el tiempo.	Se siente lleno de vigor y energía todo el tiempo.
Funcionalidad social	Interferencia frecuente y severa con actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales.	Desempeña actividades sociales normales sin interferencia debida a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	Problemas con el trabajo o con actividades diarias como resultado de problemas emocionales.	Sin problemas con actividades del trabajo o la vida diaria debido a problemas emocionales.
Salud mental	Sentimientos de nerviosismo y depresión todo el tiempo.	Sentimientos de tranquilidad, felicidad y calma todo el tiempo.

Fuente: Adaptado de Zúniga et al, 1999.

Tabla 6. Definición conceptual de los diferentes tipos de ausentismo con base en de la Cueva (1993) y el derecho laboral mexicano (2014)

Tipo	Definición Conceptual
Permiso	Día de ausencia en que el empleador otorga consentimiento al trabajador para no presentarse, sea que se pague (con goce de sueldo) o no (sin goce de sueldo) la jornada.
Enfermedad	Día de ausencia a causa de enfermedad general, avalada por Certificado de Incapacidad Temporal del IMSS o por el médico del patrón.
Accidente de trabajo	Día de ausencia a causa de lesión orgánica o perturbación funcional, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, avalada por Certificado de Incapacidad Temporal del IMSS o por el médico del patrón.
Accidente de trayecto	Día de ausencia a causa de accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél, avalada por Certificado de Incapacidad Temporal del IMSS o por el médico del patrón.
Enfermedad de trabajo	Día de ausencia a causa de estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios, avalada por Certificado de Incapacidad Temporal del IMSS o por el médico del patrón.
Otra causa justificada, excluida maternidad	Día de ausencia a causa de prisión preventiva o arresto del trabajador, desempeño de servicios y cargos públicos u obligatorios mencionados en el artículo quinto de la constitución o cuando los trabajadores sean llamados para alistarse y servir en la Guardia Nacional, falta de documentos que exijan las leyes y reglamentos, necesarios para la prestación del servicio.

Injustificada	Por exclusión, día de ausencia cuya causa no es clasificable en las categorías anteriores, ya que no tiene explicación legal o aceptada por el empleador.
---------------	---

Fuente: elaboración propia en base a de la Cueva (1993) y la legislación nacional vigente (2014).

Operacionalmente el ausentismo, total y por tipo, fue manejado como el número (en enteros) de días programados como laborables en que el trabajador no se presentó a laborar.

3.9. Instrumento de medición

El trabajo de investigación empleó el cuestionario Short Form 36 (SF-36v2™) debido a que la salud se ha evaluado, como señala Zúniga y colaboradores (1999), por medio de la funcionalidad física, psicológica, social y los síntomas físicos de enfermedad con este instrumento. Este cuestionario evalúa integralmente a la persona incluyendo las distintas áreas de la definición clásica de salud: "...físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (OMS, 1946).

El cuestionario consta de 36 preguntas en escala Likert y puede ser autoadministrado. Se basa en la construcción de 8 áreas principales de la salud: funcionalidad física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionalidad social, rol emocional, salud mental. Es uno de los instrumentos más empleados y con validez y confiabilidad comprobada en diferentes poblaciones (Ware & Sherbourne, 1992; Ware & Gandeka, 1998). Este cuestionario fue desarrollado a partir de otro instrumento denominado Perfil de Bienestar y Funcionalidad que contenía 149 preguntas y buscaba permitir evaluar integralmente el estado de salud

de las personas (Stewart & Ware, 1992) en la investigación Medical Outcomes Study (MOS) desarrollada en los 80's.

Para simplificar el instrumento usado en el MOS y formar un cuestionario multipropósito que pudiera ser empleado más fácilmente, tanto en la práctica médica como para investigaciones, se hicieron varios intentos por seleccionar los reactivos que permitieran mantener las características psicométricas de la versión extensa. Así se generó el SF-36™ como un instrumento que podía ser auto-administrado o aplicado por un entrevistador para individuos de 14 años o más (Ware & Sherbourne, 1992).

Este instrumento ha sido ampliamente estudiado en distintos países para evaluar sus características psicométricas. En la mayoría de los estudios publicados la confiabilidad supera 0.70 para las 8 áreas que evalúa con intervalos de confianza de 95% y ha demostrado validez de contenido, constructo, criterio y validez predictiva (Ware & Gandeka, 1998). La Tabla 7 resume la validación de contenido del instrumento aplicado.

La versión actual, SF-36v2™ Health Survey o Version 2.0, fue presentada en 1996 y buscaba corregir deficiencias que se detectaron en la primera versión del instrumento. Dentro de los cambios realizados se encuentran mejoras de redacción para hacer más breves y menos ambiguas las preguntas; mejora en la distribución de cuestionario para facilitar la auto-administración y aumentar la respuesta completa del cuestionario; cambio de opciones de respuesta en algunos reactivos originalmente dicotómicos y otros originalmente con seis posibles respuestas para homologarlos a respuesta por selección entre cinco opciones (Ware, Kosinski & Dewey, 2000).

Tabla 7. Validación de contenido del instrumento SF-36v2™

Variable	Dimensión (Área de la salud)	Indicador (Ware & Sherbourne, 1992)	Reactivo
Salud	Funcionalidad Física	Poder realizar actividades vigorosas	3 ^a
		Poder realizar actividades moderadas	3b
		Poder levantar, cargar cosas	3c
		Poder subir varios pisos	3d
		Poder subir un piso	3e
		Poder doblarse, arrodillarse	3f
		Poder caminar un kilómetro	3g
		Poder caminar cientos de metros	3h
		Poder caminar cien metros	3i
		Poder bañarse, vestirse por sí mismo	3j
	Rol Físico	Tener que reducir el tiempo de actividades por problemas físicos	4a
		Completar menos actividades por problemas físicos	4b
		Limitación en tipo de actividades realizadas por problemas físicos	4c
		Tener dificultad para realizar actividades por problemas físicos	4d
	Dolor Corporal	Magnitud del dolor percibido	7
		Interferencia del dolor con las actividades	8
	Salud General	Salud autopercebida	1
		Enfermarse con mayor facilidad	11a
		Sentirse tan saludable como otros	11b
		Percibir que su salud empeora	11c
		Percibir que su salud es excelente	11d

	Vitalidad	Sentirse lleno de vida	9a
		Sentirse con energía	9e
		Sentir desgaste	9g
		Sentir cansancio	9i
	Funcionalidad Social	Alcance de actividad social	6
		Tiempo de actividad social	10
	Rol Emocional	Reducir el tiempo de actividades por problemas emocionales	5a
		Completar menos actividades por problemas emocionales	5b
		Menos cuidadoso por problemas emocionales	5c
	Salud Mental	Sentirse nervioso	9b
		Sentirse desanimado	9c
		Sentirse tranquilo	9d
		Ánimo depresivo	9f
		Sentirse feliz	9h

Nota: la pregunta 2 no se pondera. Estima la variación de la salud en la última semana. Se usó como criterio de exclusión en caso de respuestas extremas.

SF-36v2™= Short Form 36, cuestionario multidimensional de salud en versión breve con derechos reservados.

Fuente: SF-36v2™

El cuestionario SF-36v2™ ha sido ampliamente empleado para evaluaciones integrales de salud en poblaciones con enfermedades o características de salud particulares (Turner-Bowker et al, 2002). También se ha empleado en múltiples investigaciones de poblaciones trabajadoras alrededor de todo el mundo (Carvalho Junior et al, 2013; D'Souza et al, 2013; Zhu et al, 2013; Acaster et al, 2013; Yang et al, 2012; Graça et al, 2013; Jamali et al, 2013; Tong, 2012; Vathesatogkit et al, 2012; Figl-Hertlein et al, 2013; Chan, 2012; Vives et al, 2013) pero hasta donde ha sido posible identificar al autor, no existe publicación que señale la utilización del SF-36v2™ en diseños como el aquí propuesto para estudiar el ausentismo en relación a la salud.

En México, Zúniga y colaboradores (1999) emplearon este instrumento en una población de nuestro país. Este equipo de investigadores tenían dos objetivos: por un lado buscaban explorar las características psicométricas del instrumento, relativamente desconocido en México en ese momento; y por otro lado intentaban conocer el perfil multidimensional de salud de un grupo de empleados de oficinas gubernamentales para compararlo con un grupo control de población mexicana que bajo un supuesto teórico tenían un bajo nivel de salud. En cuanto a las propiedades psicométricas, encontraron que el instrumento cumple todos los supuestos de validez y confiabilidad en población mexicana (Zúniga et al, 1999).

En la presente investigación se utilizó la versión en español validada para población mexicana del SF-36v2™ para lo cual se obtuvo licencia de QualityMetric, compañía dueña de los derechos (ver anexo 1).

3.10. Desarrollo de la investigación

Inicialmente se realizó un estudio piloto con 24 sujetos dentro de las instalaciones de la compañía para verificar las propiedades psicométricas del instrumento y viabilidad del trabajo de campo. Finalizado el estudio piloto se procedió con el trabajo de campo que consistió en levantamiento de la información sobre salud dentro de las instalaciones de la fábrica de alimentos durante 10 días consecutivos aplicando de manera confidencial el cuestionario SF-v2™ con base a los criterios de inclusión y exclusión hasta completar cada cuota.

El ausentismo presentado por cada sujeto de estudio en los seis meses previos a la aplicación del SF-36v2™ fue recabado del registro oficial de asistencias del área de Nómina de Departamento de Recursos Humanos y clasificado según tipo de ausentismo. A partir de esa propuesta del investigador en base al derecho laboral mexicano, se estructuró una escala con siete categorías de tipo de ausentismo para esta investigación, a saber:

- Permiso
- Enfermedad
- Accidente de Trabajo
- Accidente de Trayecto
- Enfermedad de Trabajo
- Otra causa justificada, excluida maternidad
- Causa injustificada.

Esta escala se ajusta al contexto del derecho laboral mexicano y la práctica en las organizaciones.

3.11. Manejo estadístico

Las principales áreas de la salud se ponderaron utilizando el paquete informático Health Outcomes Scoring Software v4.5™ validado y provisto por la compañía dueña de los derechos del SF-36v2™ ya que se había obtenido licencia para estos efectos (Anexo 1). El programa de computadora calcula la puntuación mediante la asignación de un valor en porcentaje a cada respuesta a manera de escala Likert (ej. Si la pregunta tiene 5 posibles respuestas y el sentido de la escala Likert es ascendente, responder la opción dos, equivale a obtener 25% en esa pregunta; si se responde la opción 5 se obtiene 100%); luego pondera la puntuación de cada escala en base al promedio del porcentaje obtenido en cada pregunta de la escala. La puntuación para cada escala va de 0 a 100 puntos. Para el presente estudio se consideró muy malo cuando la puntuación era menor o igual a 20, malo cuando la puntuación estaba entre 20.1 y 40, regular cuando la puntuación fue entre 40.1 y 60, bueno si la puntuación era entre 60.1 y 80 y muy bueno si la puntuación era superior a 80.

Las frecuencias de las variables se presentaron en gráficos con medidas de resumen y se aplicó la prueba de bondad de ajuste (χ^2 o Razón de verosimilitudes, según frecuencias esperadas) para determinar la independencia de las distribuciones.

El análisis de regresión logística no ajustada fue realizado para las variables de interés. Para determinar la correlación de las principales áreas de la salud y el ausentismo, total y por tipo se calculó el coeficiente de correlación de Pearson empleando el paquete estadístico SPSS 15.0.

En la tabla 8 se presenta la matriz de congruencia de la metodología de investigación establecida.

Tabla 8. Matriz de Congruencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis			Metodología	Instrumento	Variable	Dimensiones	Indicadores
		Principal	Alternativa	Secundarias					
1. ¿Está el ausentismo laboral relacionado con la salud?	Determinar la relación entre salud medido como constructo multidimensional conformado por ocho principales áreas, no como la presencia de enfermedades sino como la ponderación del nivel de bienestar en cada una, y el fenómeno de ausentismo laboral.	La salud es uno de los componentes relacionados con el ausentismo laboral.	No existe relación entre salud y ausentismo laboral.	La salud se relaciona con el ausentismo laboral de diversos tipos, no solo al ausentismo por enfermedad.	Cuantitativa	SF-36v2	Salud	Funcionalidad física	Poder realizar actividades vigorosas
									Poder realizar actividades moderadas
									Poder levantar, cargar cosas
									Poder subir varios pisos
									Poder subir un piso
									Poder doblarse, arrodillarse
									Poder caminar un kilómetro
									Poder caminar cientos de metros
									Poder caminar cien metros
									Poder bañarse, vestirse por sí mismo
								Rol físico	Tener que reducir el tiempo de actividades por problemas físicos
									Completar menos actividades por problemas físicos
									Limitación en tipo de actividades realizadas por problemas físicos
									Tener dificultad para realizar actividades por problemas físicos
								Dolor corporal	Magnitud del dolor percibido
									Interferencia del dolor con las actividades
								Salud general	Salud autopercebida
									Enfermarse con mayor facilidad
									Sentirse tan saludable como otros
									Percibir que su salud empeora
Percibir que su salud es excelente									

Capítulo 4. Resultados

Siguiendo la metodología planteada se realizó un estudio piloto con un tamaño muestral de 24 trabajadores, hombres y mujeres, en edad productiva de áreas operativas de una fábrica de alimentos de la Ciudad de México.

Luego de aplicar el cuestionario SF-36v2™, bajo autorización de QualityMetric Incorporated, las principales áreas de la salud de los sujetos fueron ponderadas con el programa informático Health Outcomes Scoring Software v4.5 con licencia de la misma compañía. Las puntuaciones de las ocho principales áreas de la salud fueron correlacionadas con el ausentismo, total y por tipo, registrado en el periodo inmediato anterior de seis meses, según registros oficiales del departamento de Recursos Humanos.

Tras verificar las características psicométricas del instrumento en la población a estudiar, se procedió a completar las cuotas para la muestra total de 200 empleados.

A continuación se presentan los principales hallazgos de la prueba piloto y los resultados del estudio de muestra completa.

4.1. Prueba piloto

Luego de realizar el estudio piloto con 24 trabajadores se evaluó el comportamiento psicométrico de los reactivos del SF-36v2™ como elementos de escalas para construir las 8 principales áreas de la salud. No se presentaron problemas de comprensión por parte de los trabajadores que contestaron el cuestionario.

El instrumento demostró fiabilidad con valores alfa entre 0.73 y 0.89. El coeficiente alfa de Crombach más bajo se presentó en salud general y el más alto lo presentaron dolor corporal, vitalidad y salud mental.

La Tabla 9 muestra los resultados de la prueba de alfa de Crombach para cada área principal de la salud a partir de los reactivos aplicados. Nótese que en el instrumento, como es usual, las respuestas a los reactivos no están redactada todas en el mismo sentido dentro de la escala Likert, es decir, la opción de extrema derecha no siempre significa una mejor salud.

Los 24 sujetos de la prueba piloto acumularon un total de 30 días de ausencia en los seis meses de interés. Solo 4 días de ausencia fueron certificados por el IMSS. El principal tipo de ausentismo fue el injustificado. No se presentaron ausencias por accidente de trabajo, accidente de trayecto, enfermedad de trabajo u otra causa justificada.

La funcionalidad física fue la principal área de la salud con la puntuación más alta, mientras que la vitalidad fue el área con la puntuación más baja. Las ocho principales áreas de la salud registraron un promedio superior a 60 puntos (bueno), sólo la funcionalidad física rebasó los 80 puntos (muy bueno) (Tabla 10).

Tabla 9. Resultados del modelo de α de Crombach para cada principal área de la salud evaluada con el instrumento SF-36v2™

Variable	Área	Indicador	Reactivo	Sentido Lickert*	α Crombach
Salud	Funcionalidad Física	Actividades vigorosas	3 ^a	Ascendente	0.84
		Actividades moderadas	3b	Ascendente	
		Levantar, cargar cosas	3c	Ascendente	
		Subir varios pisos	3d	Ascendente	
		Subir un piso	3e	Ascendente	
		Doblarse, arrodillarse	3f	Ascendente	
		Caminar un kilómetro	3g	Ascendente	
		Caminar cientos de metros	3h	Ascendente	
		Caminar cien metros	3i	Ascendente	
		Bañarse, vestirse	3j	Ascendente	
	Rol Físico	Reducir el tiempo	4 ^a	Ascendente	0.82
		Completar menos	4b	Ascendente	
		Limitación en tipo	4c	Ascendente	
		Tener dificultad	4d	Ascendente	
	Dolor Corporal	Magnitud	7	Descendente	0.89
		Interferencia	8	Descendente	
	Salud General	Salud autopercebida	1	Descendente	0.73
		Enfermar más fácil	11 ^a	Ascendente	
		Saludable como otros	11b	Descendente	
		Salud que empeora	11c	Ascendente	
		Salud excelente	11d	Descendente	
	Vitalidad	Lleno de vida	9 ^a	Descendente	0.89
		Energía	9e	Descendente	
		Desgaste	9g	Ascendente	

		Cansancio	9i	Ascendente	
Funcionalidad Social		Alcance social	6	Descendente	0.84
		Tiempo social	10	Ascendente	
Rol Emocional		Reducir el tiempo	5 ^a	Ascendente	0.75
		Completar menos	5b	Ascendente	
		Menos cuidadoso	5c	Ascendente	
Salud Mental		Nervioso	9b	Ascendente	0.89
		Desanimado	9c	Ascendente	
		Tranquilo	9d	Descendente	
		Depresivo	9f	Ascendente	
		Feliz	9h	Descendente	

SF-36v2™= Short Form 36, cuestionario multidimensional de salud en formato breve de derechos reservados.

*En el sentido Lickert, *ascendente* describe una escala donde las opciones de respuesta van de menor a mayor o peor a mejor; *descendente* describe lo opuesto, opciones de respuesta que van de mejor a peor.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 10. Puntuación registrada en las principales áreas de la salud en la muestra piloto

Principales áreas de la salud	Promedio	Desviación Estándar
Funcionalidad física	89.0	13.7
Rol físico	72.7	19.4
Dolor corporal	65.3	24.0
Salud general	61.9	18.3
Vitalidad	60.2	19.7
Funcionalidad social	65.1	26.3
Rol emocional	70.1	19.7
Salud mental	63.1	23.2

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

La relación entre las principales áreas de la salud y el ausentismo, total y por tipo de ausencia, fue estimada mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Las ocho principales áreas de la salud presentaron una correlación inversa con el ausentismo por permiso. Excepto la funcionalidad física, todas tuvieron correlación inversa con ausentismo injustificado. Nótese en la Tabla 11 los valores resaltados, solo las correlaciones entre rol emocional y salud mental con ausentismo total alcanzaron significancia estadística.

Tabla 11. Resultados del modelo de correlación de Pearson para ausentismo (total y por tipo en días de ausencia) y puntuación de las principales áreas de la salud en la prueba piloto

Principales áreas de la salud	Injustificado	Permiso	Accidente de Trabajo	Enfermedad General	Accidente de trayecto	Enfermedad de Trabajo	Otra causa Justificada	Ausentismo Total
Funcionalidad Física	0.13	-0.06	.(a)	0.19	(a)	(a)	(a)	0.13
Rol Físico	-0.01	-0.28	.(a)	0.04	(a)	(a)	(a)	-0.05
Dolor Corporal	-0.01	-0.41	.(a)	-0.16	(a)	(a)	(a)	-0.12
Salud General	-0.14	-0.42	.(a)	-0.14	(a)	(a)	(a)	-0.22
Vitalidad	-0.34	-0.41	.(a)	-0.16	(a)	(a)	(a)	-0.38
Funcionalidad Social	-0.18	-0.29	.(a)	-0.10	(a)	(a)	(a)	-0.21
Rol Emocional	-0.31	-0.57	.(a)	-0.27	(a)	(a)	(a)	-0.41*
Salud Mental	-0.31	-0.52	.(a)	-0.34	(a)	(a)	(a)	-0.41*

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

a-No se puede calcular porque no se registró ausentismo por esas causas.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

4.2. Resultados de la investigación

Luego de realizado el estudio piloto se procedió al levantamiento de la información en la muestra completa de 200 trabajadores. El 40% de los participantes fueron mujeres. La edad promedio de los trabajadores estudiados fue de 34 años con una desviación estándar de 7.8 años. La antigüedad promedio fue de 7.1 años con una desviación estándar de 5.5 años. 98% de los participantes tenían secundaria o nivel medio como escolaridad. Poco más de la mitad (54%) estaba casado. La mitad (52%) tenía uno o dos hijos.

85% de los participantes tuvieron una funcionalidad física muy buena (>80 puntos). Poco más de la mitad (55%) tuvo un rol físico muy bueno (>80 puntos). Casi la mitad (47%) tuvo una calificación muy buena para dolor corporal (>80 puntos). Un tercio de los empleados (32%) tuvo una muy buena salud general. Casi la tercera parte (31%) tuvo una muy buena vitalidad. La mitad (50%) tuvo muy buen rol social. La mitad (51%) tuvo muy buen rol emocional. Casi un tercio (31%) tuvo muy buena salud mental.

Los 200 trabajadores de la muestra registraron un ausentismo de 263 días en el periodo estudiado de seis meses. No se registró ausentismo por accidente de trabajo, accidente de trayecto, enfermedad de trabajo u otra causa justificada en la muestra; 89 (44.5%) de los trabajadores estudiados presentó al menos un día de ausencia en el periodo de interés.

A continuación se presentan los resultados del estudio a detalle. Las gráficas 1 a 6 muestran las características demográficas; las gráficas 7 a 14 presentan las calificaciones de las 8 principales áreas de la salud de los participantes y las siguientes 4 gráficas resumen los casos de ausentismo, total y por tipo.

El gráfico 1 presenta la distribución relativa de hombres y mujeres, con una razón de 3 hombres por cada 2 mujeres.

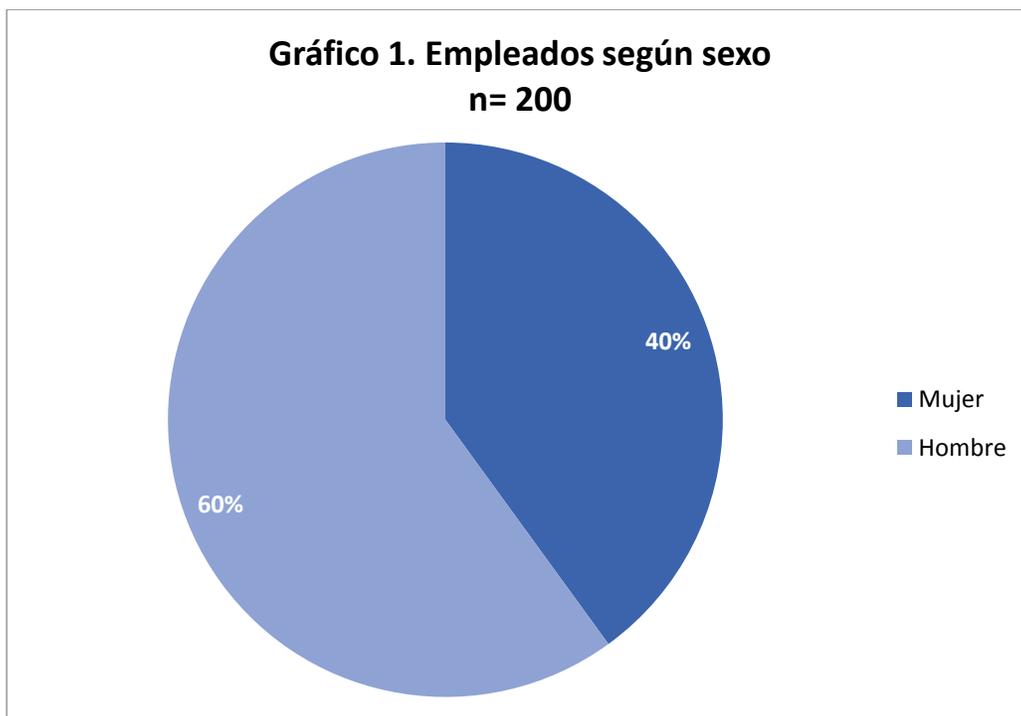


Tabla 12. Empleados según sexo

Mujer	80	40.0%
Hombre	120	60.0%
Total	200	100.0%

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

El gráfico 2 presenta la distribución relativa de los participantes según grupo de edad. Mostrando que tres cuartas partes de los empleados tenían 35 años o más de edad.

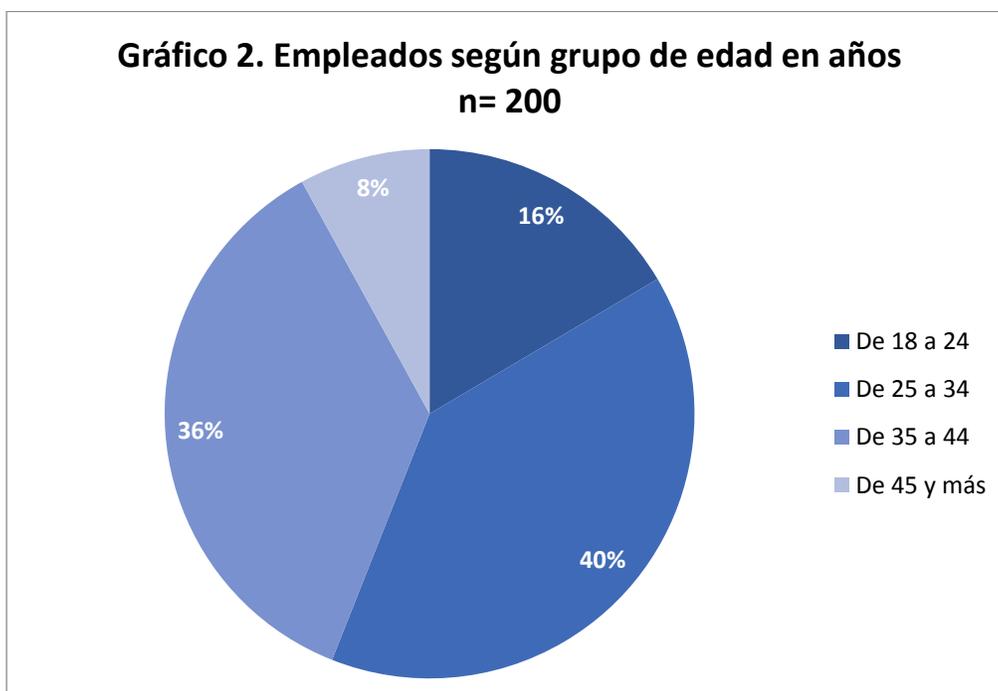


Tabla 13. Empleados según grupo de edad en años

De 18 a 24	33	16.5%
De 25 a 34	79	39.5%
De 35 a 44	72	36.0%
De 45 y más	16	8.0%
Total	200	100.0%
Promedio	34.0	
DE	7.8	
Mínimo	20.2	
Máximo	56.4	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

La siguiente gráfica representa la distribución relativa de los sujetos estudiados según antigüedad. Más de la mitad tenían más de 5 años laborando en la compañía.

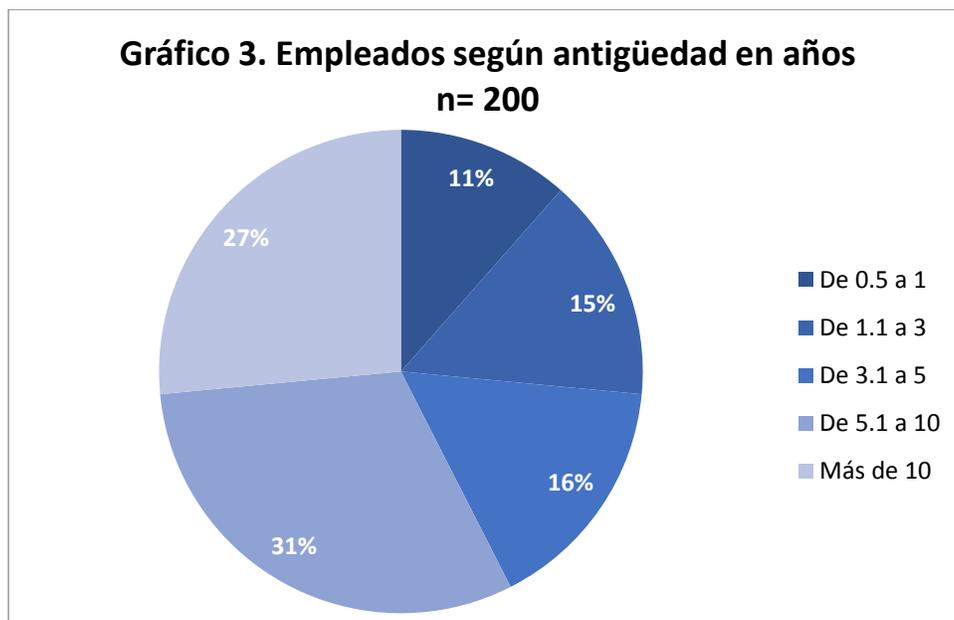


Tabla 14. Empleados según antigüedad en años

De 0.5 a 1	23	11.5%
De 1.1 a 3	30	15.0%
De 3.1 a 5	32	16.0%
De 5.1 a 10	62	31.0%
Más de 10	53	26.5%
Total	200	100.0%

Promedio	7.1
DE	5.5
Mínimo	0.6
Máximo	25.4

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

El grado máximo de estudios de los trabajadores fue secundaria y nivel medio casi a partes iguales, abarcando casi el 98% de ellos como se presenta en el gráfico 4.

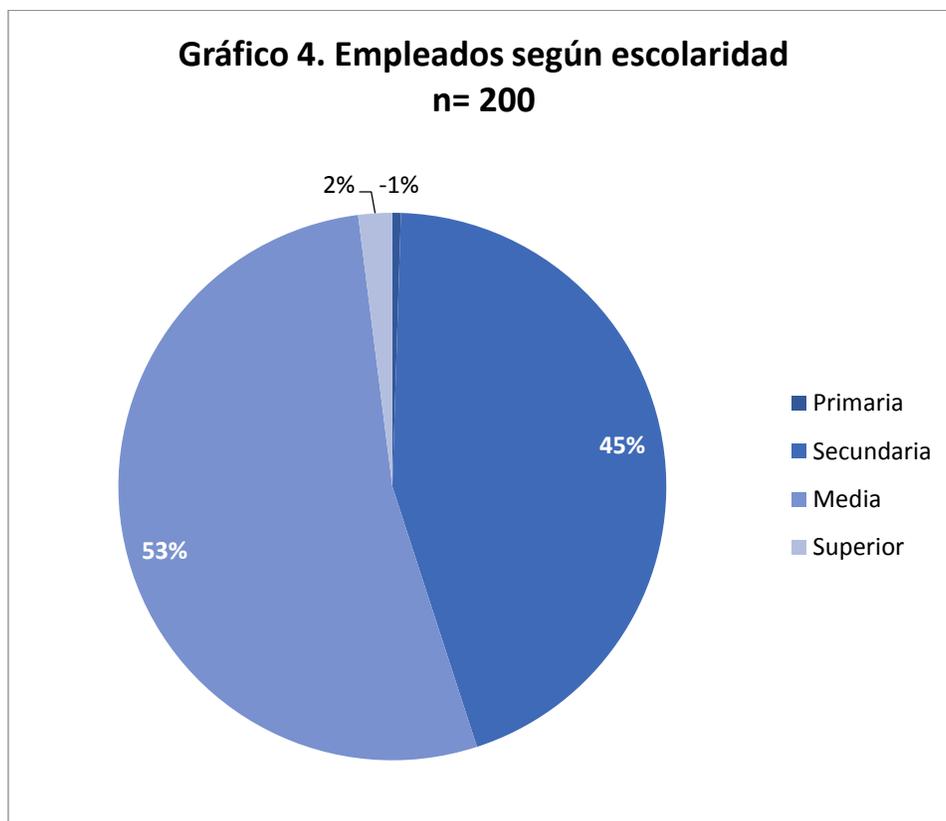


Tabla 15. Empleados según escolaridad

Primaria	1	0.5%
Secundaria	89	44.5%
Bachillerato	106	53.0%
Licenciatura	4	2.0%
Total	200	100.0%

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

En cuanto al estado civil, los trabajadores casados o en unión libre representaron casi dos tercios de la muestra. A continuación se presenta de forma gráfica la información.

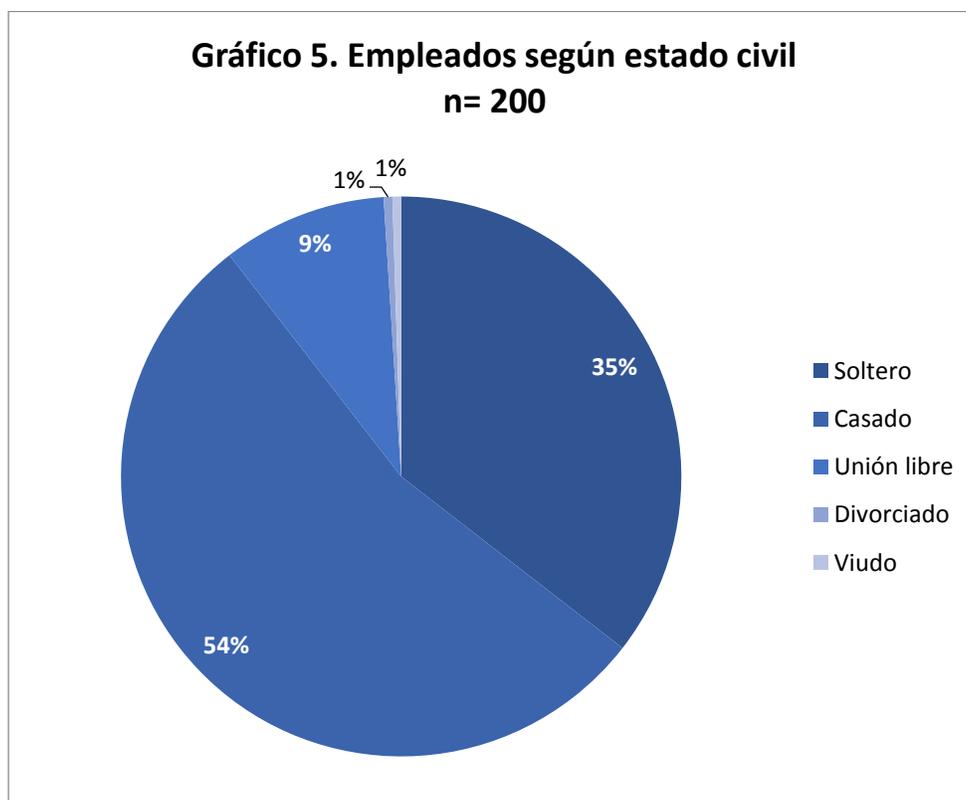


Tabla 16. Empleados según estado civil

Soltero	71	35.5%
Casado	108	54.0%
Unión libre	19	9.5%
Divorciado	1	0.5%
Viudo	1	0.5%
Total	200	100.0%

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Los hijos son los principales dependientes económicos de los trabajadores. En la gráfica siguiente se presenta la distribución de los empleados según el número de hijos que tenía. La mitad de los trabajadores tenían 1 o 2 hijos.

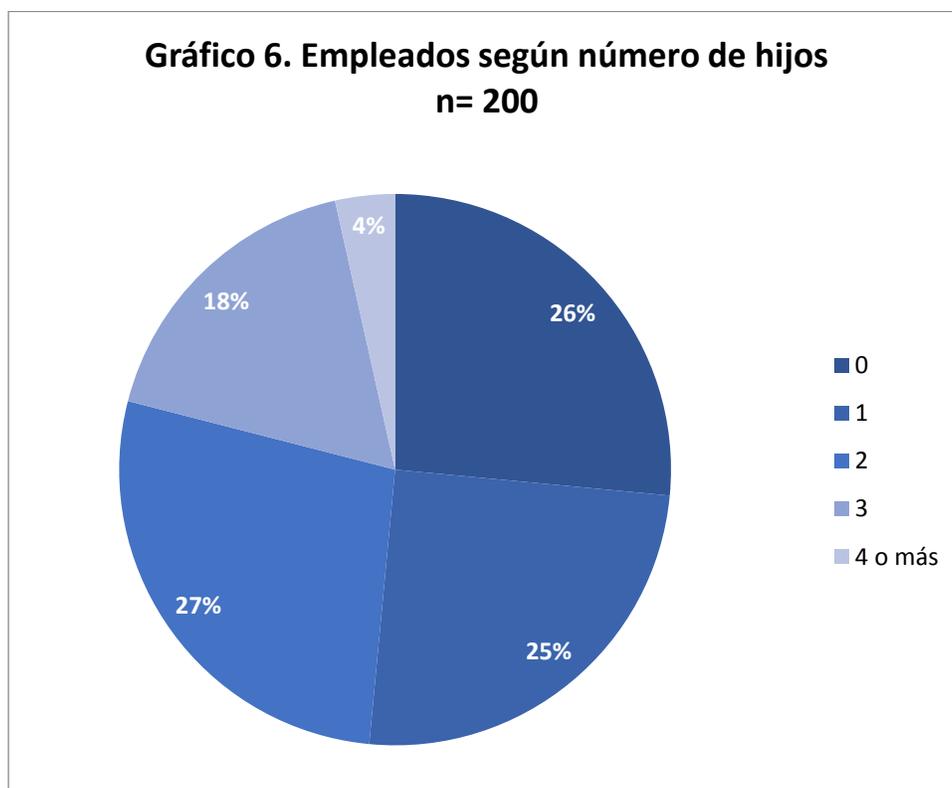


Tabla 17. Empleados según número de hijos

0 hijos	53	26.5%
1 hijo	50	25.0%
2 hijos	55	27.5%
3 hijos	35	17.5%
4 o más hijos	7	3.5%
Total	200	100.0%

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Casi todos los trabajadores tuvieron una muy buena funcionalidad física. La distribución de la muestra se presenta en el gráfico 7.

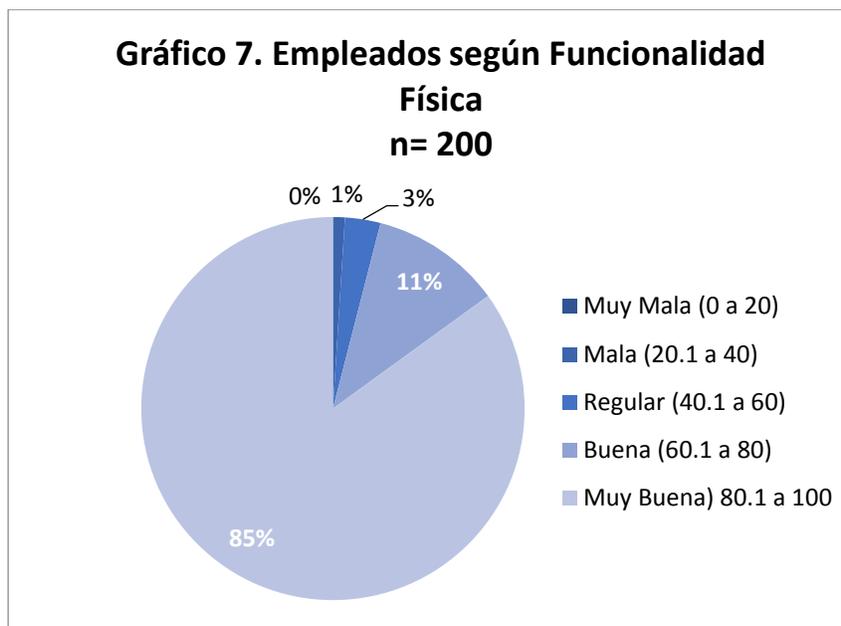


Tabla 18. Empleados según Funcionalidad Física

Función Física		
Muy Mala (0 a 20)	0	0.0%
Mala (20.1 a 40)	2	1.0%
Regular (40.1 a 60)	6	3.0%
Buena (60.1 a 80)	22	11.0%
Muy Buena (80.1 a 100)	170	85.0%
Total	200	100.0%
Promedio	91.8	
DE	12.5	
Mínimo	30.0	
Máximo	100.0	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

El rol físico de los trabajadores estudiados tuvo un promedio de 79.4, sin embargo nótese en la siguiente gráfica que el 15% calificó como regular rol físico.

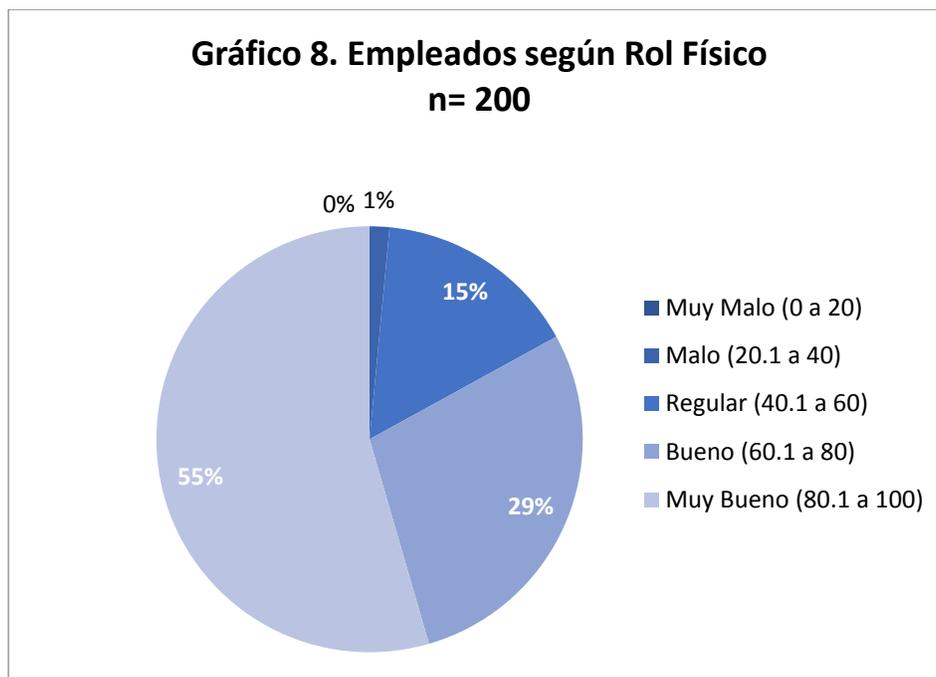


Tabla 19. Empleados según Rol Físico

Muy Malo (0 a 20)	0	0.0%
Malo (20.1 a 40)	3	1.5%
Regular (40.1 a 60)	31	15.5%
Bueno (60.1 a 80)	57	28.5%
Muy Bueno (80.1 a 100)	109	54.5%
Total	200	100.0%
Promedio	79.4	
DE	18.3	
Mínimo	37.5	
Máximo	100.0	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

El gráfico 9 presenta la distribución relativa de los trabajadores según dolor corporal. Recordar aquí que *dolor corporal* como dimensión de *salud* en la presente investigación se refiere a la funcionalidad del sujeto a pesar de poder estar presente algún grado de dolor corporal, de acuerdo a la concepción de Ware y colaboradores (1976; 1992). “Muy bueno” no representa tener un “dolor muy bueno” sino que su desenvolvimiento puede ser “muy bueno” a pesar de tener algún dolor corporal.

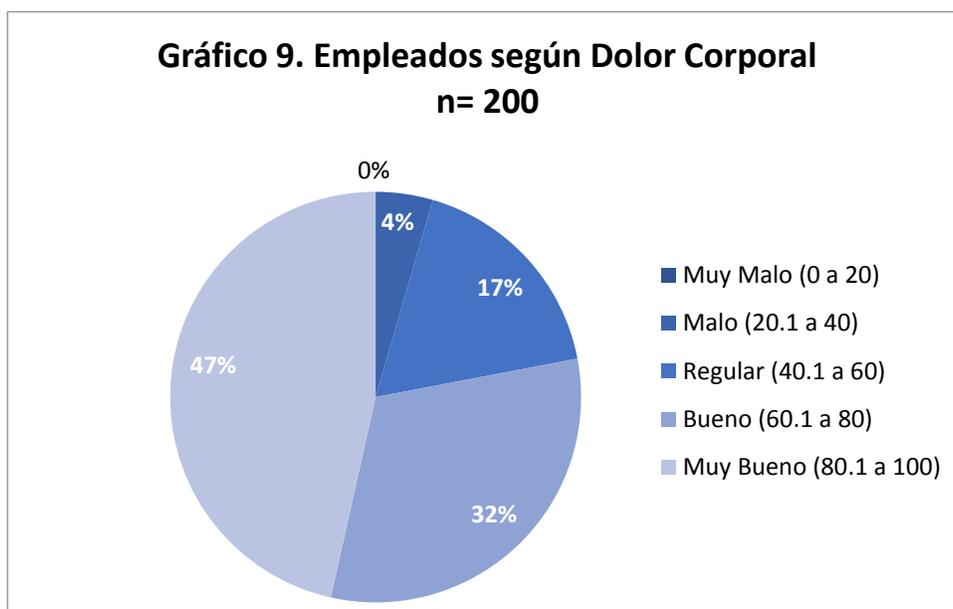


Tabla 20. Empleados según Dolor Corporal

Muy Malo (0 a 20)	0	0.0%
Malo (20.1 a 40)	9	4.5%
Regular (40.1 a 60)	35	17.5%
Bueno (60.1 a 80)	63	31.5%
Muy Bueno (80.1 a 100)	93	46.5%
Total	200	100.0%

Promedio	75.0
DE	21.9
Mínimo	22.0
Máximo	100.0

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Sólo un tercio de los trabajadores presentaron una muy buena salud general. Este dato resalta ya que se trata de sujetos laboralmente activos.

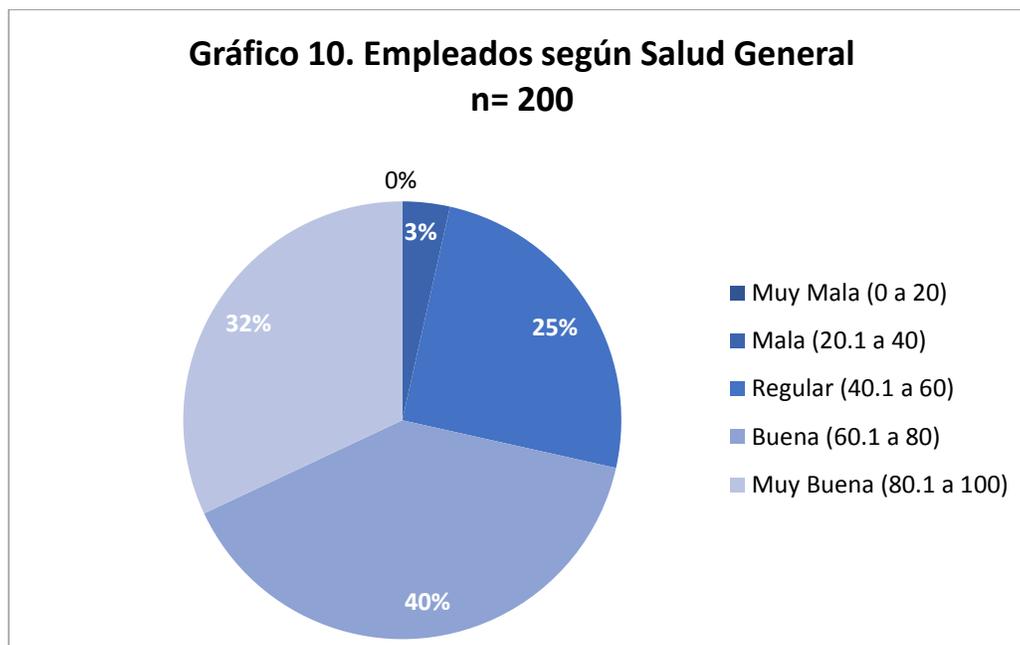


Tabla 21. Empleados según Salud General

Muy Mala (0 a 20)	0	0.0%
Mala (20.1 a 40)	7	3.5%
Regular (40.1 a 60)	50	25.0%
Buena (60.1 a 80)	79	39.5%
Muy Buena (80.1 a 100)	64	32.0%
Total	200	100.0%
Promedio	70.5	
DE	15.9	
Mínimo	30.0	
Máximo	100.0	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

A continuación se presenta la distribución de los trabajadores según vitalidad. El nivel de vitalidad bueno fue predominante a pesar que 6% de los sujetos presentaron vitalidad mala o muy mala.

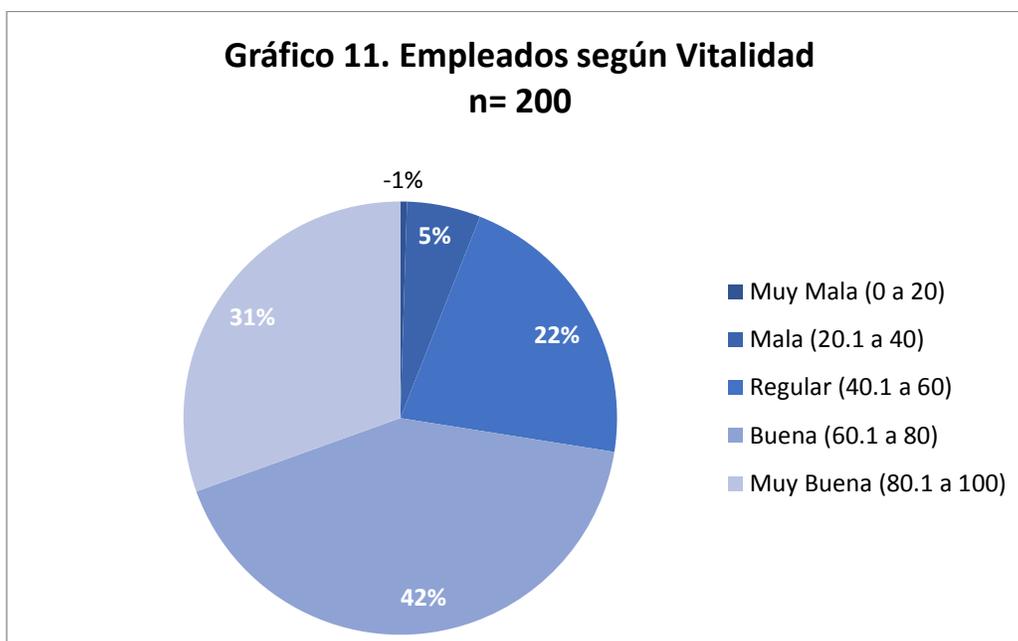


Tabla 22. Empleados según Vitalidad

Muy Mala (0 a 20)	1	0.5%
Mala (20.1 a 40)	11	5.5%
Regular (40.1 a 60)	43	21.5%
Buena (60.1 a 80)	84	42.0%
Muy Buena (80.1 a 100)	61	30.5%
Total	200	100.0%
Promedio	68.8	
DE	17.5	
Mínimo	6.3	
Máximo	100.0	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Aunque el promedio de funcionalidad social no fue muy alto (77.3%), nótese que el 80% de los sujetos presentaron cuando menos una buena funcionalidad social.

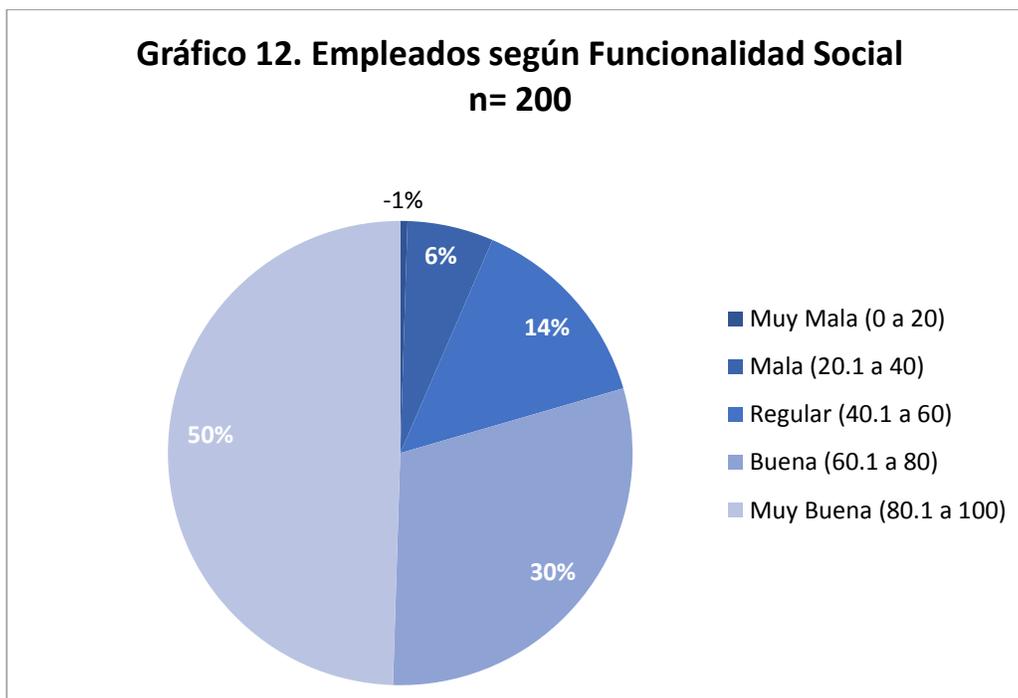


Tabla 23. Empleados según Funcionalidad Social

Muy Mala (0 a 20)	1	0.5%
Mala (20.1 a 40)	12	6.0%
Regular (40.1 a 60)	28	14.0%
Buena (60.1 a 80)	60	30.0%
Muy Buena (80.1 a 100)	99	49.5%
Total	200	100.0%
Promedio	77.3	
DE	20.7	
Mínimo	12.5	
Máximo	100.0	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

La siguiente gráfica presenta la distribución relativa de los empleados según el rol emocional. Resalta lo semejante que es esta distribución a la observada para funcionalidad social.

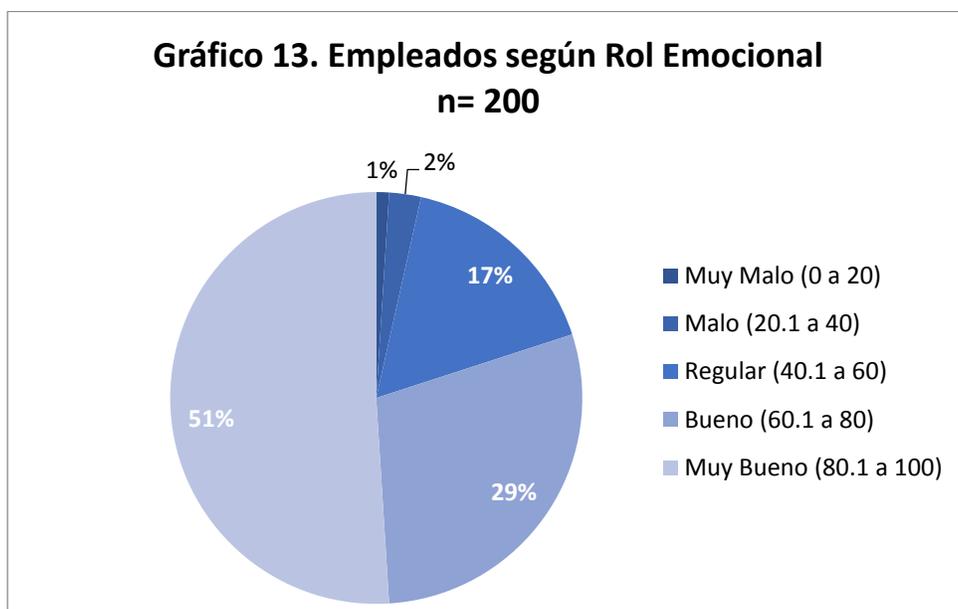


Tabla 24. Empleados según Rol Emocional

Muy Malo (0 a 20)	2	1.0%
Malo (20.1 a 40)	5	2.5%
Regular (40.1 a 60)	33	16.5%
Bueno (60.1 a 80)	58	29.0%
Muy Bueno (80.1 a 100)	102	51.0%
Total	200	100.0%
Promedio	79.2	
DE	21.2	
Mínimo	0.0	
Máximo	100.0	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

A continuación se presenta la distribución de los empleados según salud mental. Nótese que a pesar de tratarse de población laboralmente activa, no alcanza a representar ni tres cuartas partes de la muestra los empleados con salud mental buena o muy buena.

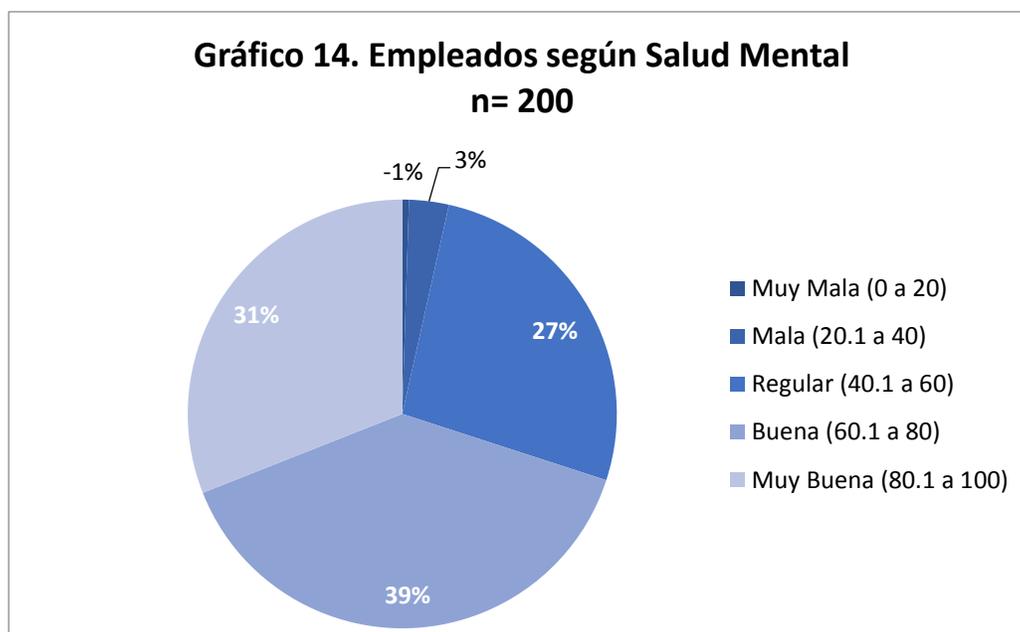


Tabla 25. Empleados según Salud Mental

Muy Mala (0 a 20)	1	0.5%
Mala (20.1 a 40)	6	3.0%
Regular (40.1 a 60)	53	26.5%
Buena (60.1 a 80)	78	39.0%
Muy Buena (80.1 a 100)	62	31.0%
Total	200	100.0%
Promedio	72.5	
DE	18.1	
Mínimo	0.0	
Máximo	100.0	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

En cuanto al fenómeno de ausentismo, el gráfico 15 presenta la distribución de los empleados según el número de días de ausentismo que presentaron en los seis meses estudiado. 8% de los trabajadores presentaron 2 o más días de ausentismo injustificado.

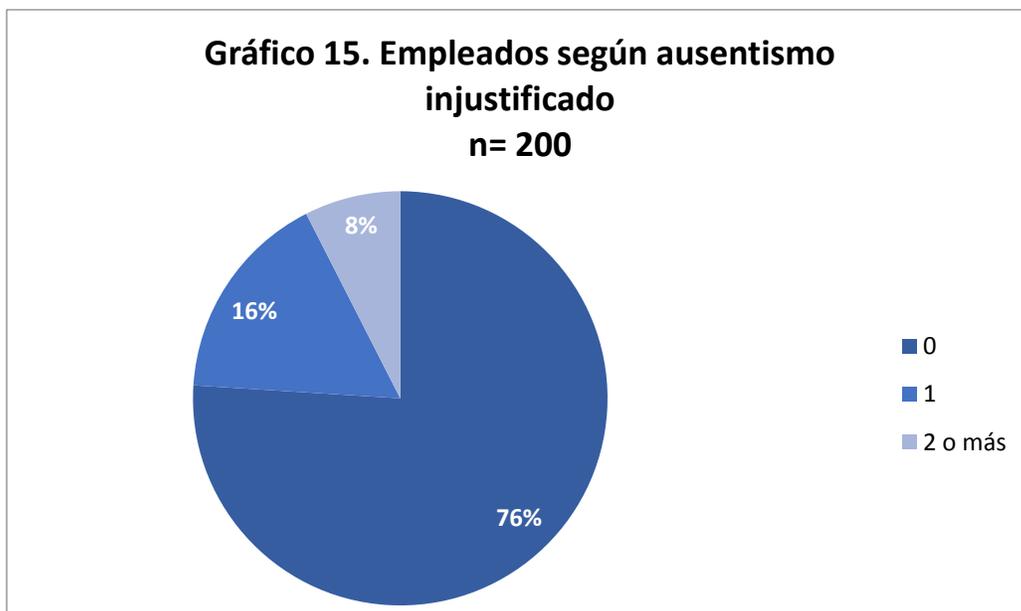


Tabla 26. Empleados según días de ausentismo injustificado registrados

0 días	152	76.0%
1 día	33	16.5%
2 o más días	15	7.5%
Total	200	100.0%

Mínimo	0.0
Máximo	15.0
Total	105

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

El ausentismo por permiso generó 65 días hombre perdidos. Si se considera que el periodo estudiado fue de seis meses y el tamaño de la muestra fueron 200 empleados, se infiere el impacto que eso representa para la productividad y la competitividad de una compañía.

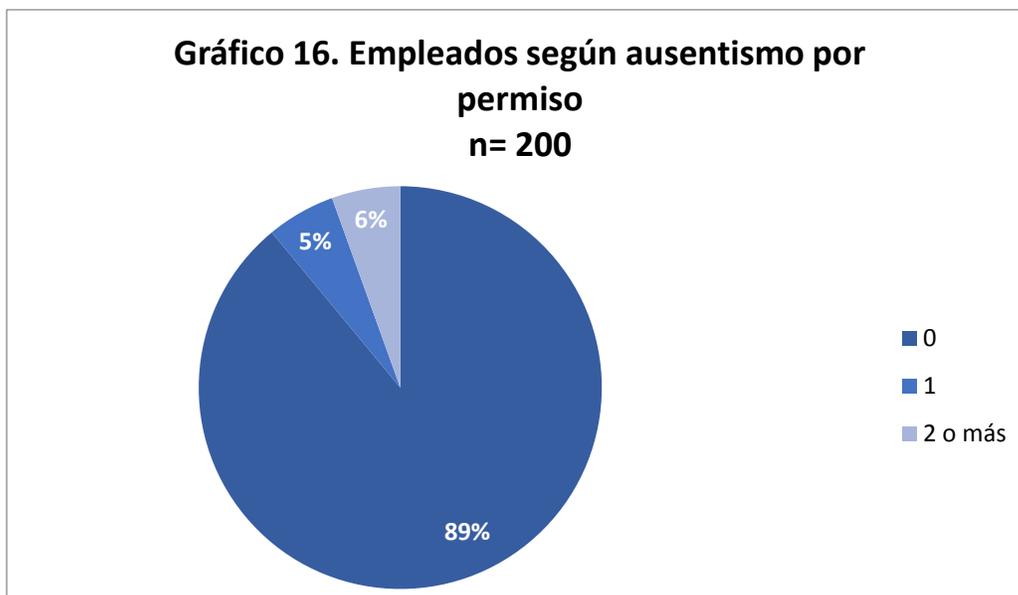


Tabla 27. Empleados según días de ausentismo por permiso registrados

0 días	178	89.0%
1 días	11	5.5%
2 o más días	11	5.5%
Total	200	100.0%

Mínimo 0.0

Máximo 11

Total 65

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Menos del 10% de los empleados presentó ausentismo por enfermedad general, es decir, certificada por el IMSS, sin embargo esto representó casi 50% más días perdidos que el ausentismo por permiso.

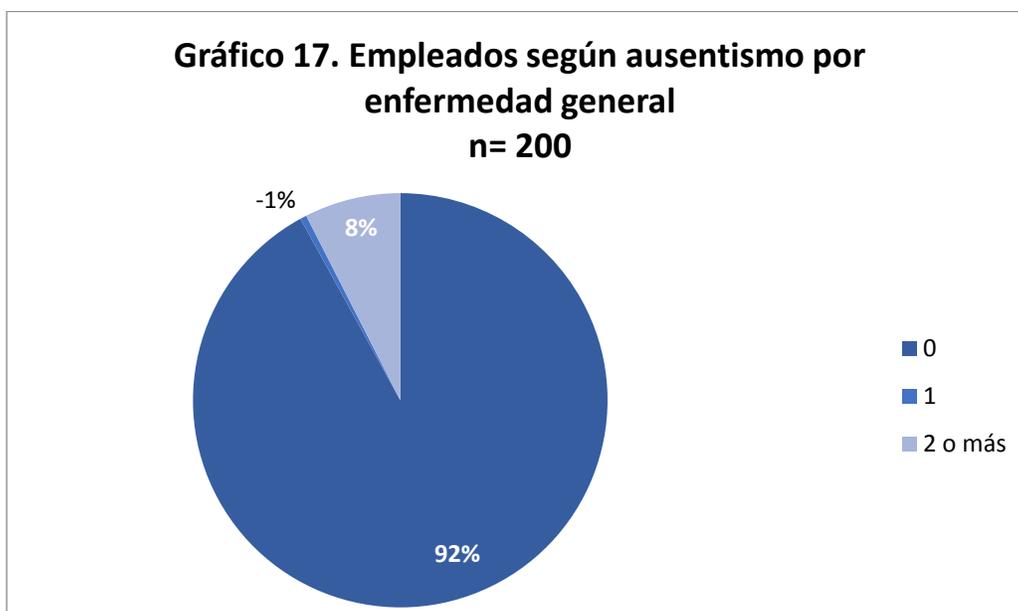


Tabla 28. Empleados según días de ausentismo por enfermedad general registrados

0 días	184	92.0%
1 días	1	0.5%
2 o más días	15	7.5%
Total	200	100.0%
Mínimo	0.0	
Máximo	16.0	
Total	93	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

La siguiente gráfica muestra la distribución de los empleados de acuerdo al número de días de ausentismo total en el periodo estudiado. Sobresale que un tercio de los empleados presentó al menos un día de ausentismo por cualquier causa en los seis meses de interés.

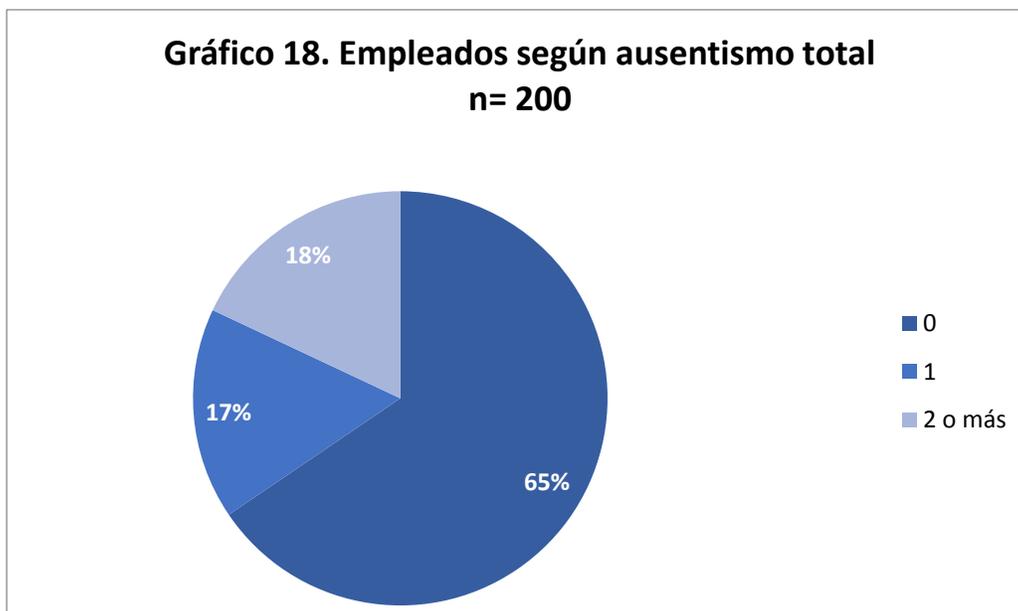


Tabla 29. Empleados según días de ausentismo total registrados

0 días	131	65.5%
1 días	33	16.5%
2 o más días	36	18.0%
Total	200	100.0%
Promedio	1.3	
Mínimo	0.0	
Máximo	25.0	
Total	263	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

En el periodo estudiado ninguno de los trabajadores estudiados presentó ausentismo por accidente de trabajo, accidente de trayecto, enfermedad de trabajo o alguna otra causa justificada. Por lo que estos tipos de ausentismo menos frecuentes no pudieron ser incluidos en el análisis estadístico.

La prueba de bondad de ajuste mostró dependencia estadística del sexo con funcionalidad física (p-Razón de verosimilitudes <0.001), dolor corporal (p-Razón de verosimilitudes = 0.008), vitalidad (p-Razón de verosimilitudes = 0.002) y rol emocional (p-Razón de verosimilitudes = 0.006). La edad se asoció estadísticamente con el rol emocional (p-Razón de verosimilitudes = 0.05). La escolaridad estuvo estadísticamente asociada con el dolor corporal (p-Razón de verosimilitudes = 0.03) y el rol emocional (p-Razón de verosimilitudes = 0.008). El número de hijos se asoció con la vitalidad (p-Razón de verosimilitudes = 0.03). El detalle de los resultados de la prueba de bondad de ajuste así como la distribución observada de las calificaciones de las ocho principales áreas de la salud según características demográficas se puede revisar en las tablas 30a hasta 30h.

Nótese que la prueba de bondad de ajuste utilizada fue la razón de verosimilitudes. Dada la distribución de las frecuencias no hubiese sido correcto el uso de Chi cuadrada.

Tabla 30a. Calificación de funcionalidad física según características demográficas

N=200	Funcionalidad Física					p-Razón de verosimilitudes
	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	
Sexo						
Mujer	0	1	2	18	59	<0.001
Hombre	0	1	4	4	111	
Estado civil						
Soltero	0	1	3	12	55	0.87
Casado	0	1	3	9	95	
Unión libre	0	0	0	1	18	
Divorciado	0	0	0	0	1	
Viudo	0	0	0	0	1	
Edad						
18 a 24 años	0	1	1	2	29	0.19
25 a 34 años	0	1	1	9	68	
35 a 44 años	0	0	1	10	61	
45 años y más	0	0	3	1	12	
Antigüedad						
0.5 a 1.0 años	0	1	0	1	21	0.09
1.1 a 3.0 años	0	0	1	4	25	
3.1 a 5.0 años	0	0	1	4	28	
5.1 a 10 años	0	0	0	11	50	
> 10 años	0	1	4	2	46	
Escolaridad						
Primaria o secundaria	0	1	4	12	73	0.52
Media o superior	0	1	2	10	97	
Número de hijos						
0	0	0	3	6	44	0.80
1	0	0	1	5	44	
2	0	2	1	5	47	
3	0	0	1	5	29	
4	0	0	0	1	6	

Se resaltan las distribuciones con dependencia estadísticamente significativa.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 30b. Calificación de rol físico según características demográficas

N=200		Rol físico					p-Razón de verosimilitudes
		Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	
Sexo							
	Mujer	0	1	17	25	37	0.18
	Hombre	0	2	14	32	72	
Estado civil							
	Soltero	0	2	14	16	39	0.32
	Casado	0	1	15	31	61	
	Unión libre	0	0	1	9	9	
	Divorciado	0	0	1	0	0	
	Viudo	0	0	0	0	0	
Edad							
	18 a 24 años	0	0	7	4	22	0.39
	25 a 34 años	0	1	11	23	44	
	35 a 44 años	0	1	11	25	35	
	45 años y más	0	1	2	5	8	
Antigüedad							
	0.5 a 1.0 años	0	0	2	6	15	0.60
	1.1 a 3.0 años	0	0	7	7	16	
	3.1 a 5.0 años	0	1	6	7	19	
	5.1 a 10 años	0	0	8	22	31	
	> 10 años	0	2	8	15	28	
Escolaridad							
	Primaria o secundaria	0	2	16	29	43	0.35
	Media o superior	0	1	15	28	66	
Número de hijos							
	0	0	1	10	6	36	0.12
	1	0	1	8	18	23	
	2	0	1	6	17	31	
	3	0	0	6	15	14	
	4	0	0	1	1	5	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 30c. Calificación de dolor corporal según características demográficas

		Dolor corporal (capacidad funcional a pesar de)					
N=200		Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	p-Razón de verosimilitudes
Sexo							
	Mujer	0	6	16	32	26	0.008
	Hombre	0	3	19	31	67	
Estado civil							
	Soltero	0	5	15	19	32	0.52
	Casado	0	4	17	35	52	
	Unión libre	0	0	2	8	9	
	Divorciado	0	0	0	1	0	
	Viudo	0	0	1	0	0	
Edad							
	18 a 24 años	0	2	4	8	19	0.54
	25 a 34 años	0	3	16	23	37	
	35 a 44 años	0	4	10	26	32	
	45 años y más	0	0	5	6	5	
Antigüedad							
	0.5 a 1.0 años	0	0	1	7	15	0.49
	1.1 a 3.0 años	0	2	4	13	11	
	3.1 a 5.0 años	0	2	7	8	16	
	5.1 a 10 años	0	2	12	20	27	
	> 10 años	0	3	11	15	24	
Escolaridad							
	Primaria o secundaria	0	3	17	37	33	0.03
	Media o superior	0	6	18	26	66	
Número de hijos							
	0	0	4	9	12	28	0.74
	1	0	2	11	18	19	
	2	0	1	7	18	29	
	3	0	2	7	12	14	
	4	0	0	1	3	3	

Se resaltan las distribuciones con dependencia estadísticamente significativa.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 30d. Calificación de salud general según características demográficas

		Salud general					
N=200		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	p-Razón de verosimilitudes
Sexo							
	Mujer	0	4	25	25	26	0.15
	Hombre	0	3	25	54	38	
Estado civil							
	Soltero	0	5	17	27	22	0.39
	Casado	0	2	27	41	38	
	Unión libre	0	0	4	11	4	
	Divorciado	0	0	1	0	0	
	Viudo	0	0	1	0	0	
Edad							
	18 a 24 años	0	0	4	16	13	0.40
	25 a 34 años	0	4	20	30	25	
	35 a 44 años	0	2	21	29	20	
	45 años y más	0	1	5	4	6	
Antigüedad							
	0.5 a 1.0 años	0	0	2	10	11	0.15
	1.1 a 3.0 años	0	0	6	15	9	
	3.1 a 5.0 años	0	1	9	11	12	
	5.1 a 10 años	0	2	15	28	16	
	> 10 años	0	4	18	15	16	
Escolaridad							
	Primaria o secundaria	0	3	28	33	26	0.35
	Media o superior	0	4	22	46	38	
Número de hijos							
	0	0	3	8	23	19	0.23
	1	0	3	15	17	15	
	2	0	1	10	24	20	
	3	0	0	15	12	8	
	4	0	0	2	3	2	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 30e. Calificación de vitalidad según características demográficas

N=200	Vitalidad					p-Razón de verosimilitudes	
	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena		
Sexo							
	Mujer	1	8	24	31	16	0.002
	Hombre	0	3	19	53	45	
Estado civil							
	Soltero	1	7	17	27	19	0.26
	Casado	0	4	22	44	38	
	Unión libre	0	0	2	13	4	
	Divorciado	0	0	1	0	0	
	Viudo	0	0	1	0	0	
Edad							
	18 a 24 años	0	2	6	12	13	0.57
	25 a 34 años	0	6	14	33	26	
	35 a 44 años	1	3	18	34	16	
	45 años y más	0	0	5	5	6	
Antigüedad							
	0.5 a 1.0 años	0	1	2	9	11	0.61
	1.1 a 3.0 años	0	1	7	16	6	
	3.1 a 5.0 años	0	3	8	10	12	
	5.1 a 10 años	0	4	12	29	16	
	> 10 años	1	2	14	20	16	
Escolaridad							
	Primaria o secundaria	1	6	19	40	24	0.55
	Media o superior	0	5	24	44	37	
Número de hijos							
	0	0	5	12	19	17	0.03
	1	0	5	10	18	17	
	2	1	0	8	29	17	
	3	0	0	13	15	7	
	4	0	1	0	3	3	

Se resaltan las distribuciones con dependencia estadísticamente significativa.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 30f. Calificación de funcionalidad social según características demográficas

N=200		Funcionalidad social					p-Razón de verosimilitudes
		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	
Sexo							
	Mujer	1	8	14	25	32	0.06
	Hombre	0	4	14	35	67	
Estado civil							
	Soltero	0	7	12	23	29	0.25
	Casado	1	4	15	28	60	
	Unión libre	0	0	1	8	10	
	Divorciado	0	1	0	0	0	
	Viudo	0	0	0	1	0	
Edad							
	18 a 24 años	0	2	3	14	14	0.38
	25 a 34 años	1	3	8	25	42	
	35 a 44 años	0	5	14	15	38	
	45 años y más	0	2	3	6	5	
Antigüedad							
	0.5 a 1.0 años	0	2	2	6	13	0.58
	1.1 a 3.0 años	0	2	2	11	15	
	3.1 a 5.0 años	0	2	5	10	16	
	5.1 a 10 años	0	1	13	14	33	
	> 10 años	1	5	6	19	22	
Escolaridad							
	Primaria o secundaria	1	6	17	27	39	0.22
	Media o superior	0	6	11	33	60	
Número de hijos							
	0	0	2	8	17	26	0.5
	1	1	7	6	15	21	
	2	0	1	5	16	33	
	3	0	2	8	10	15	
	4	0	0	1	2	4	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 30g. Calificación de rol emocional según características demográficas

		Rol emocional					p-Razón de verosimilitudes
N=200		Muy Malo	Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	
Sexo							
	Mujer	2	3	20	24	31	0.006
	Hombre	0	2	13	34	71	
Estado civil							
	Soltero	1	1	17	17	35	0.71
	Casado	1	3	12	35	57	
	Unión libre	0	1	4	4	10	
	Divorciado	0	0	0	1	0	
	Viudo	0	0	0	1	0	
Edad							
	18 a 24 años	0	0	6	10	17	0.05
	25 a 34 años	2	0	16	16	45	
	35 a 44 años	0	3	8	28	33	
	45 años y más	0	2	3	4	7	
Antigüedad							
	0.5 a 1.0 años	0	0	4	5	14	0.33
	1.1 a 3.0 años	0	0	7	11	12	
	3.1 a 5.0 años	1	0	7	7	18	
	5.1 a 10 años	0	1	10	18	32	
	> 10 años	1	4	5	17	26	
Escolaridad							
	Primaria o secundaria	2	5	18	24	41	0.008
	Media o superior	0	0	15	34	61	
Número de hijos							
	0	1	1	10	10	31	0.14
	1	1	1	12	18	18	
	2	0	2	3	17	33	
	3	0	0	7	12	16	
	4	0	1	1	1	4	

Se resaltan las distribuciones con dependencia estadísticamente significativa.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 30h. Calificación de salud mental según características demográficas

		Salud mental					p-Razón de verosimilitudes
N=200		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy Buena	
Sexo							
	Mujer	1	4	25	30	20	0.17
	Hombre	0	2	28	48	42	
Estado civil							
	Soltero	0	5	18	32	16	0.4
	Casado	1	1	28	38	40	
	Unión libre	0	0	5	8	6	
	Divorciado	0	0	1	0	0	
	Viudo	0	0	1	0	0	
Edad							
	18 a 24 años	0	2	6	15	10	0.58
	25 a 34 años	1	1	25	29	23	
	35 a 44 años	0	3	15	29	25	
	45 años y más	0	0	7	5	4	
Antigüedad							
	0.5 a 1.0 años	0	0	3	9	11	0.43
	1.1 a 3.0 años	0	1	7	17	5	
	3.1 a 5.0 años	0	1	12	10	10	
	5.1 a 10 años	0	2	16	26	17	
	> 10 años	1	2	15	16	19	
Escolaridad							
	Primaria o secundaria	1	3	24	32	30	0.65
	Media o superior	0	3	29	46	32	
Número de hijos							
	0	0	3	14	22	14	0.6
	1	1	2	16	19	12	
	2	0	1	9	22	23	
	3	0	0	12	12	11	
	4	0	0	2	3	2	

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

La bondad de ajuste para la distribución de los casos de empleados que presentaron ausentismo en el periodo de interés según características demográficas demostró asociación estadísticamente significativa entre haber presentado ausentismo por causa injustificada con edad (p - Razón de verosimilitudes= 0.002) y el número de hijos (p -Razón de verosimilitud= 0.003). El estado civil, antigüedad y escolaridad no mostraron asociación estadísticamente significativa con haber presentado o no ausentismo en el periodo de seis meses estudiado.

El detalle del resultado del modelo de bondad de ajuste para haber presentado ausentismo por tipo y características demográficas se puede revisar en la tabla 31.

Tabla 31. Casos de empleados que presentaron ausencias totales y por tipo en el periodo estudiado según características demográficas

	Injustificada		Permiso		Enfermedad general	
	Casos	p-Chi2 / p-Razón de verosimilitudes	Casos	p-Chi2 / p-Razón de verosimilitudes	Casos	p-Chi2 / p-Razón de verosimilitudes
N=200						
Sexo						
Mujer	19 (23.8%)	0.95	11 (13.8%)	0.33	8 (10%)	0.4
Hombre	29 (24.2%)		11 (9.2%)		8 (6.7%)	
Estado civil						
Soltero	25 (35.2%)	0.08	8 (11.3%)	0.98	5 (7.0%)	0.93
Casado	20 (18.5%)		12 (11.1%)		10 (9.3%)	
Unión libre	3 (15.8%)		2 (10.5%)		1 (5.3%)	
Divorciado	0		0		0	
Viudo	0		0		0	
Edad						
18 a 24 años	14 (42.4%)	0.002	5 (15.2%)	0.77	4 (12.1%)	0.3
25 a 34 años	23 (29.1%)		9 (11.4%)		3 (3.8%)	
35 a 44 años	10 (13.9%)		6 (8.3%)		7 (9.7%)	
45 años y más	1 (6.3%)		2 (12.5%)		2 (12.5%)	

Se resaltan las asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.01$).

No se presentaron ausencias por accidente de trabajo, accidente de trayecto, enfermedad de trabajo ni otra causa justificada en el periodo estudiado.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 31 (continúa). Casos de empleados que presentaron ausencias totales y por tipo en el periodo estudiado según características demográficas

	Injustificada		Permiso		Enfermedad general	
	Casos	p-Chi2 / p-Razón de verosimilitudes	Casos	p-Chi2 / p-Razón de verosimilitudes	Casos	p-Chi2 / p-Razón de verosimilitudes
Antigüedad						
0.5 a 1.0 años	7 (30.4%)	0.6	5 (21.7%)	0.2	2 (8.7%)	0.83
1.1 a 3.0 años	9 (30.0%)		5 (16.7%)		3 (10.3%)	
3.1 a 5.0 años	9 (27.3%)		3 (9.1%)		4 (12.1%)	
5.1 a 10 años	14 (23.0%)		3 (4.9%)		4 (6.6%)	
> 10 años	9 (17.0%)		6 (11.3%)		3 (5.7%)	
Escolaridad						
Primaria o secundaria	19 (21.1%)	0.38	11 (12.2%)	0.62	7 (7.8%)	0.92
Media o superior	29 (26.4%)		11 (10.0%)		9 (8.2%)	
Número de hijos						
0	20 (37.7%)	0.003	4 (7.5%)	0.52	5 (9.4%)	0.76
1	15 (30.0%)		5 (10.0%)		2 (4.0%)	
2	9 (16.4%)		8 (14.5%)		5 (9.1%)	
3	2 (5.7%)		3 (8.6%)		3 (8.6%)	
4	2 (28.6%)		2 (28.6%)		1 (14.3%)	

Se resaltan las asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.01$).

No se presentaron ausencias por accidente de trabajo, accidente de trayecto, enfermedad de trabajo ni otra causa justificada en el periodo estudiado.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Los resultados del análisis de regresión logística bivariado mostró un riesgo 60% menor de presentar ausentismo injustificado en trabajadores casados respecto a los trabajadores solteros (Ods Ratio= 0.4, IC 95% 0.2- 0.8; Tabla 31a). Los trabajadores más jóvenes (18 a 24 años) presentaron 11 veces más probabilidad de haber registrado ausentismo injustificado (Ods Ratio= 11.1, IC 95% 1.3- 93.8) y 4 veces más riesgo de haber presentado ausentismo por cualquier causa (ausentismo total, Ods Ratio= 4.1, IC 95% 1.1- 15.3) en el periodo de interés respecto a los del grupo de mayor edad (45 años y más). Los trabajadores estudiados presentaron una disminución del riesgo de registrar ausentismo en el periodo estudiado del 40% por cada hijo que tenían (IC 95% 0.4- 0.8).

El rol físico demostró significancia estadística en el aumento de probabilidad de presentar ausentismo injustificado (Ods Ratio= 2.6, IC 95% 1.1- 6.0), por enfermedad general (Ods Ratio= 4.1, IC 95% 1.2- 13.9) y total (por cualquier tipo, Ods Ratio= 2.4, IC 95% 1.0- 5.3) en los trabajadores que calificaron como regular (40 a 60 puntos), respecto a los que obtuvieron una calificación de muy bueno (60 a 80 puntos). También hubo significancia estadística para el aumento de probabilidad de ausentismo injustificado (Ods Ratio= 3.7, IC 95% 1.0- 13.8) y por permiso (Ods Ratio= 16.9, IC 95% 2.6- 109.3) entre los trabajadores que calificaron como mala vitalidad respecto a los que obtuvieron calificación de muy buena.

Las ocho principales áreas de la salud mostraron un gradiente de probabilidad de haber presentado ausentismo, total y por los tres tipos registrados, en el periodo de seis meses previos a su evaluación. Este gradiente de aumento de riesgo, inverso a la calificación de las áreas de la salud, se puede observar en la Tabla 32b que muestra los resultados del modelo de regresión logística bivariado para haber presentado ausentismo total y por tipo con calificación de las principales áreas de la salud.

Tabla 32a. Resultados del modelo de regresión logística bivariada para haber presentado ausencias según tipo y las características demográficas

	Injustificada	Permiso	Enfermedad general	Ausentismo total
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo				
Hombre / Mujer	1.0 (0.5 – 2.0)	0.6 (0.3 - 1.5)	0.6 (0.2 - 1.8)	1.0 (0.5 - 1.7)
Estado civil				
Casado / soltero	0.4 (0.2 - 0.8)	1.0 (0.4 - 2.5)	1.4 (0.4 - 4.1)	0.6 (0.3 - 1.0)
Unión libre / soltero	0.4 (0.1 - 1.3)	0.9 (0.2 - 4.8)	0.7 (0.1 - 6.7)	0.5 (0.2 - 1.4)
Divorciado / soltero	(a)	(a)	(a)	(a)
Viudo / soltero	(a)	(a)	(a)	(a)
Edad				
	11.1 (1.3 - 93.8)			
18 a 24 años / 45 años y más	93.8	1.3 (0.2 - 7.3)	1.0 (0.2 - 5.9)	4.1 (1.1 - 15.3)
25 a 34 años / 45 años y más	6.2 (0.8 - 49.4)	0.9 (0.2 - 4.6)	0.3 (0.0 - 1.8)	1.8 (0.5 - 6.2)
35 a 44 años / 45 años y más	2.4 (0.3 - 20.4)	0.6 (0.1 - 3.5)	0.8 (0.1 - 4.0)	0.9 (0.2 - 3.0)
Escolaridad				
Media o superior / Primaria o secundaria	1.3 (0.7 - 2.6)	0.8 (0.3 - 1.9)	1.1 (0.4 – 3.0)	1.2 (0.7 - 2.2)
Número de hijos				
Por cada hijo	0.6 (0.4 - 0.8)	1.2 (0.9 - 1.8)	1.1 (0.7 - 1.7)	0.8 (0.6 - 1.1)

OR = Ods Ratio; IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%.

Se resaltan el riesgo estadísticamente significativo según Intervalo de confianza 95%.

(a) No se puede calcular porque no hubo ausencias en empleados con esa categoría.

No se presentaron ausencias por accidente de trabajo, accidente de trayecto, enfermedad de trabajo ni otra causa justificada en el periodo estudiado.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 32b. Resultados del modelo de regresión logística bivariada para haber presentado ausencias según tipo y calificación de las principales áreas de la salud

	Injustificada OR (IC 95%)	Permiso OR (IC 95%)	Enfermedad general OR (IC 95%)	Ausentismo total OR (IC 95%)
Funcionalidad Física				
Muy mala / Muy buena	(a)	(a)	(a)	(a)
Mala / Muy buena	6E+09 (0 - -)	9 (0.54 - 150.5)	(a)	3E+09 (0 - -)
Regular / Muy buena	1.7 (0.3 - 9.9)	1.8 (0.2 - 16.3)	2.2 (0.2 - 20.4)	1.9 (0.4 - 9.9)
Buena/Muy buena	1.3 (0.5 - 3.6)	1.42 (0.4 - 5.3)	0.5 (0.1 - 4.2)	0.7 (0.3 - 2.0)
Rol Físico				
Muy malo / Muy bueno	(a)	(a)	(a)	(a)
Malo / Muy bueno	7.1 (0.6 - 81.5)	4.5 (0.4 - 53.2)	(a) ((a) - (a))	4.4 (0.4 - 50.3)
Regular / Muy bueno	2.6 (1.1 - 6.0)	1.0 (0.3 - 3.7)	4.1 (1.2 - 13.9)	2.4 (1.0 - 5.3)
Bueno / Muy bueno	0.7 (0.3 - 1.5)	1.3 (0.5 - 3.4)	1.3 (0.4 - 4.8)	1.0 (0.5 - 1.9)
Dolor Corporal				
Muy malo / Muy bueno	(a)	(a)	(a)	(a)
Malo / Muy bueno	3.3 (0.8 - 13.7)	3.0 (0.5 - 17.1)	4.1 (0.7 - 24.5)	2.9 (0.7 - 11.6)
Regular / Muy bueno	1.7 (0.7 - 4.1)	1.8 (0.5 - 5.8)	0.9 (0.2 - 4.6)	1.6 (0.7 - 3.5)
Bueno / Muy bueno	1.4 (0.7 - 3.1)	1.3 (0.5 - 3.9)	1.5 (0.5 - 5.0)	1.3 (0.6 - 2.5)
Salud General				
Muy mala / Muy buena	(a)	(a)	(a)	(a)
Mala / Muy buena	1.4 (0.3 - 8.2)	2.4 (0.4 - 14.6)	2.5 (0.2 - 26.1)	0.8 (0.1 - 4.3)
Regular / Muy buena	1.4 (0.6 - 3.3)	0.7 (0.2 - 2.2)	1.0 (0.2 - 4.5)	1.0 (0.5 - 2.2)
Buena/Muy buena	1.1 (0.3 - 2.3)	0.5 (0.2 - 1.5)	1.7 (0.5 - 5.9)	1.1 (0.5 - 2.1)

OR = Ods Ratio; IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%.

Se resalta el riesgo estadísticamente significativo según Intervalo de confianza 95%.

(a) No se puede calcular porque no hubo ausencias en empleados con esa categoría.

No se presentaron ausencias por accidente de trabajo, accidente de trayecto, enfermedad de trabajo ni otra causa justificada en el periodo estudiado.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Tabla 32b continúa. Resultados del modelo de regresión logística bivariada para haber presentado ausencias según tipo y calificación de las principales áreas de la salud

	Injustificada OR (IC 95%)	Permiso OR (IC 95%)	Enfermedad general OR (IC 95%)	Ausentismo total OR (IC 95%)
Vitalidad				
Muy mala / Muy buena	5E+09 (0 - -)	5E+10 (0 - -)	2E+10 (0 - -)	4E+09 (0 - -)
Mala / Muy buena	3.7 (1.0 - 13.8)	16.9 (2.6 - 109.3)	3.2 (0.5 - 19.9)	2.7 (0.7 - 9.8)
Regular / Muy buena	0.9 (0.4 - 2.3)	2.2 (0.4 - 13.8)	0.7 (0.1 - 4.0)	1.0 (0.4 - 2.2)
Buena/Muy buena	0.7 (0.3 - 1.6)	4.9 (1.1 - 22.8)	1.3 (0.4 - 4.6)	1.23 (0.6 - 2.5)
Funcionalidad Social				
Muy mala / Muy buena	7E+09 (0 - -)	1E+10 (0 - -)	2E+10 (0 - -)	4E+09 (0 - -)
Mala / Muy buena	2.3 (0.6 - 8.3)	0.7 (0.1 - 6.2)	(a)	1.1 (0.3 - 3.9)
Regular / Muy buena	2.5 (1.0 - 6.3)	0.6 (0.1 - 3.0)	0.9 (0.2 - 4.4)	1.4 (0.6 - 3.4)
Buena/Muy buena	1.5 (0.7 - 3.3)	1.1 (0.4 - 2.9)	1.0 (0.3 - 3.3)	1.3 (0.7 - 2.5)
Rol Emocional				
Muy malo / Muy bueno	6E+09 (0 - -)	10.3 (0.6 - 179.5)	16.0 (0.9 - 288.5)	4E+09 (0 - -)
Malo / Muy bueno	2.6 (0.4 - 16.4)	6.9 (1.0 - 46.8)	4.0 (0.4 - 41.6)	1.5 (0.2 - 9.6)
Regular / Muy bueno	1.9 (0.8 - 4.6)	2.3 (0.8 - 7.0)	2.2 (0.6 - 8.4)	2.2 (1.0 - 4.8)
Bueno / Muy bueno	1.0 (0.5 - 2.2)	0.8 (0.2 - 2.6)	1.2 (0.3 - 4.4)	1.0 (0.5 - 2.1)
Salud Mental				
Muy mala / Muy buena	6E+09 (0 - -)	2E+10 (0 - -)	2E+10 (0 - -)	3E+09 (0 - -)
Mala / Muy buena	3.8 (0.7 - 20.9)	4.7 (0.7 - 31.0)	2.9 (0.3 - 31.2)	2.1 (0.4 - 11.3)
Regular / Muy buena	2.1 (0.9 - 4.8)	1.0 (0.3 - 3.4)	1.9 (0.5 - 7.0)	1.7 (0.8 - 3.7)
Buena/Muy buena	0.7 (0.3 - 1.6)	1.1 (0.4 - 3.3)	0.8 (0.2 - 3.3)	0.8 (0.4 - 1.6)

OR = Ods Ratio; IC 95% = Intervalo de Confianza del 95%.

Se resalta el riesgo estadísticamente significativo según Intervalo de confianza 95%.

(a) No se puede calcular porque no hubo ausencias en empleados con esa categoría.

No se presentaron ausencias por accidente de trabajo, accidente de trayecto, enfermedad de trabajo ni otra causa justificada en el periodo estudiado.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

El modelo de correlación de Pearson para ausentismo total y por tipo, medido en días de ausentismo, respecto a la puntuación obtenida en cada una de las ocho principales áreas de la salud mostró lo siguiente:

- La funcionalidad física demostró correlación inversa con el ausentismo total, ausentismo injustificado ($p < 0.05$), ausentismo por permiso y ausentismo por enfermedad general.
- El rol físico demostró correlación inversa con el ausentismo total, ausentismo injustificado, ausentismo por permiso y ausentismo por enfermedad general.
- El dolor corporal demostró correlación inversa con el ausentismo total, ausentismo injustificado, ausentismo por permiso y ausentismo por enfermedad general.
- La salud general demostró correlación inversa con el ausentismo total, ausentismo injustificado y ausentismo por permiso; y demostró correlación directa con el ausentismo por enfermedad general.
- La vitalidad demostró correlación inversa con el ausentismo total ($p < 0.01$), ausentismo injustificado ($p < 0.01$) y ausentismo por permiso ($p < 0.01$); y demostró correlación directa con el ausentismo por enfermedad general.
- La funcionalidad social demostró correlación inversa con el ausentismo total, ausentismo injustificado ($p < 0.05$) y ausentismo por permiso. No correlacionó con el ausentismo por enfermedad general.
- El rol emocional demostró correlación inversa con el ausentismo total ($p < 0.01$), ausentismo injustificado ($p < 0.01$), ausentismo por permiso ($p < 0.01$) y ausentismo por enfermedad general.
- La salud mental demostró correlación inversa con el ausentismo total ($p < 0.01$), ausentismo injustificado ($p < 0.01$), ausentismo por permiso y ausentismo por enfermedad general.

El detalle de resultados del modelo de correlación de Pearson se muestra en la tabla 33.

Tabla 33. Resultados del modelo de correlación de Pearson para ausentismo (total y por tipo en días de ausencia) y puntuación de las principales áreas de la salud

Principales áreas de la salud	Injustificado	Permiso	Accidente de Trabajo	Enfermedad General	Accidente de trayecto	Enfermedad de Trabajo	Otra causa Justificada	Ausentismo Total
Funcionalidad Física	-0.15*	-0.11	(a)	-0.01	(a)	(a)	(a)	-0.12
Rol Físico	-0.11	-0.08	(a)	-0.07	(a)	(a)	(a)	-0.13
Dolor Corporal	-0.13	-0.01	(a)	-0.06	(a)	(a)	(a)	-0.10
Salud General	-0.11	-0.05	(a)	0.07	(a)	(a)	(a)	-0.03
Vitalidad	-0.25**	-0.25**	(a)	0.02	(a)	(a)	(a)	-0.21**
Funcionalidad Social	-0.16*	-0.03	(a)	0.00	(a)	(a)	(a)	-0.09
Rol Emocional	-0.28**	-0.24**	(a)	-0.02	(a)	(a)	(a)	-0.24**
Salud Mental	-0.20**	-0.14	(a)	-0.05	(a)	(a)	(a)	-0.18**

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

**La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

(a) No se puede calcular porque no se registró ausentismo por esas causas.

Fuente: elaboración propia en base al estudio.

Capítulo 5. Discusión y análisis de resultados

El instrumento empleado para evaluar las principales áreas de la salud en el presente estudio, SF-36 v2™, resultó completamente aplicable al diseño de investigación para correlacionar la salud con el ausentismo laboral.

La puntuación promedio de la población estudiada fue inferior en las ocho principales áreas de la salud a la población estudiada por Zúniga y colaboradores en 1999. Esta población de referencia estuvo conformada por empleados de oficinas gubernamentales de Yucatán en tanto la población de la presente investigación eran trabajadores operativos en la Ciudad de México, cuyas actividades son básicamente físicas. Por lo anterior resulta comprensible que las mayores diferencias entre ambas poblaciones se encuentran en el dolor corporal, rol físico y vitalidad. El gráfico 19 presenta el comparativo entre estas dos y otras dos poblaciones mexicanas de referencia (Durán et al, 2004).

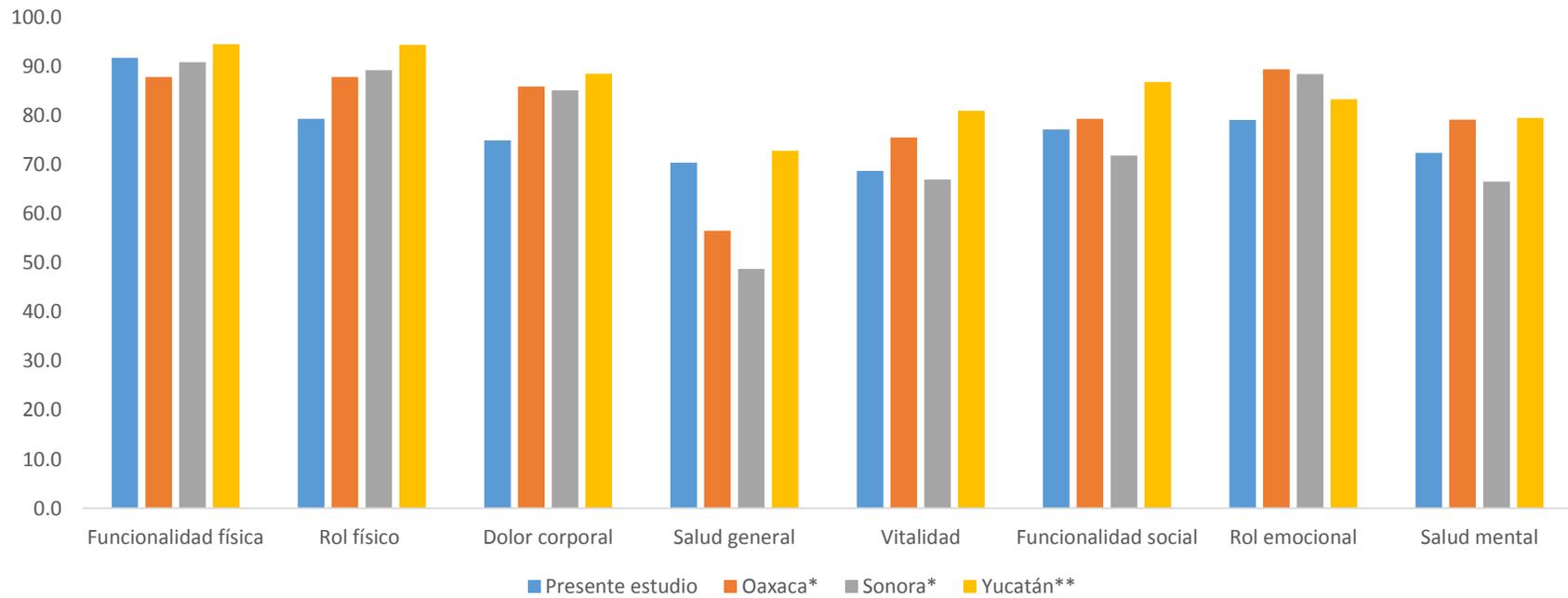
A pesar que los intervalos de confianza no fueron siempre estadísticamente significativos, el modelo de regresión logística sin ajustar demostró un gradiente de riesgo entre la calificación de cada una de las ocho principales áreas de la salud con el ausentismo en días, total y por tipo de ausencia. Este resultado fue corroborado por la prueba de correlación de Pearson, donde las ocho principales áreas de la salud mostraron una relación inversa con ausentismo injustificado, ausentismo por permiso y ausentismo total. Lo anterior significa que a mayor salud, en sus ocho principales áreas, menor ausentismo injustificado, ausentismo por permiso y ausentismo total.

En el caso del ausentismo por enfermedad general, la salud general y la vitalidad correlacionaron de forma directa en tanto que la funcionalidad social no tuvo correlación y el resto de las principales áreas de la salud correlacionaron de forma inversa. Este hallazgo no es plausible a primera vista. El hecho que una mayor salud general y mayor vitalidad se correlacionen con un mayor número de días de ausentismo por enfermedad general resulta contradictorio. La explicación podría

estar en el sistema de seguridad social nacional. Dado que en nuestro país los certificados de incapacidad temporal por enfermedad general de empleados de la iniciativa privada son emitidos por el I.M.S.S. y la legislación nacional establece que los primeros tres días de ausencia por enfermedad general no conllevan subsidio de salario, resulta relativamente sencillo que un trabajador simule un padecimiento y obtenga un certificado por un máximo de tres días. Esto es probable ya que la correlación entre ausentismo total (donde quedan incluidas esos certificados de enfermedad general) es negativa con las ocho principales áreas de la salud. Otra posible explicación para este hallazgo es el sesgo que pudiera haberse generado por fenómeno de *trabajador sano*, comentado previamente, donde los sujetos con incapacidad por enfermedad general prolongada certificada por el I.M.S.S. quedarán excluidos del muestreo por encontrarse ausentes del centro de trabajo al momento del estudio; así los sujetos con mayor cantidad de días de ausentismo por enfermedad general y las peores calificaciones en salud general y vitalidad habrían quedado fuera, invirtiéndose la correlación en el modelo de Pearson de forma sesgada. Ambas explicaciones no son excluyentes por lo que podrían estar coexistiendo.

Las principales áreas de la salud que presentaron las correlaciones más intensas y con mayor significancia estadística fueron las del componente mental de la salud. El rol emocional tuvo un coeficiente de correlación de Pearson de -0.24 a -0.28 ($p < 0.01$) con ausentismo injustificado, ausentismo por permiso y ausentismo total. La vitalidad tuvo un coeficiente de correlación de Pearson de -0.21 a -0.28 ($p < 0.01$) con ausentismo injustificado, ausentismo por permiso y ausentismo total. La salud mental tuvo un coeficiente de correlación de Pearson de -0.18 a -0.20 ($p < 0.01$) con ausentismo injustificado y ausentismo total.

Gráfico 19. Promedio poblacional de puntuación en cada principal área de la salud mediante el cuestionario Short Form-36™. Presente estudio, Oaxaca, Sonora y Yucatán.



* Población general de 25 a 75 años o más. Durán et al, 2004.

** Trabajadores de oficinas gubernamentales de 18 a 64 años de edad. Zúniga et al, 1999.

En este estudio la validez interna está dada por la representatividad alcanzada con el muestreo por cuotas y la confidencialidad garantizada a los participantes para que las respuestas al cuestionario fueran confiables. Se infiere que la muestra estudiada en este caso fue representativa de la población de interés.

La presente investigación fue realizada en una empresa grande, manufacturera del giro de alimentos en la ciudad de México. Las condiciones en que operan este tipo de empresas son en general muy similares por lo que es plausible que los resultados aquí descritos sean extrapolables a empresas semejantes en nuestro país. Debido a la naturaleza legal-administrativa de la gestión del ausentismo por enfermedad general, es muy probable que los hallazgos en torno a esta no puedan ser extrapolados a otros entornos donde la legislación local y el sistema de seguridad social sean distintos.

La aplicabilidad del cuestionario utilizado (SF-36 v2™) en población mexicana ya había sido descrita en población general (Durán et al, 2004) y en población trabajadora (Zúniga et al, 1999). Las propiedades psicométricas del instrumento en la presente investigación fueron satisfactorias y las puntuaciones obtenidas en cada principal área de la salud con el algoritmo de ponderación programado en el Health Outcomes Scoring Software v4.5™ (programa informático que la compañía dueña de los derechos del SF-36 v2™ proporciona ponderar de forma automatizada el cuestionario) son directamente utilizables para relacionarlas con el ausentismo en días mediante el modelo de correlación de Pearson. De lo anterior se infiere que el método aquí presentado también es aplicable en cualquier empresa mexicana.

Sesgos y limitaciones.

Dentro de las limitaciones de este estudio podemos comentar que el muestreo por cuotas es un tipo de selección no probabilística por lo que a pesar de buscar representatividad en la muestra puede conllevar un sesgo de selección. El muestreo

aleatorio estratificado, versión probabilística del muestreo por cuotas, hubiese podido controlar el posible sesgo de selección pero agregar complejidad al trabajo de campo tal vez hasta el punto de hacerlo inviable. También es resaltable que debido a las características legales y administrativas del registro del ausentismo laboral el diseño de la presente investigación puede no ser directamente replicable en otros países cuya legislación laboral establezca una tipología diferente para el ausentismo.

El *fenómeno de trabajador sano* (Karasek & Theorell, 1990) es otro tipo de sesgo de selección que puede estar presente en este estudio. Al realizarse el muestreo con trabajadores “presentes” al momento de la aplicación del cuestionario, quedan excluidos trabajadores que están presentando en ese momento el fenómeno de ausentismo. En general, podría asumirse que los casos empleados con periodos de ausentismo breves que se encontraran ausentes al momento del estudio, habrían quedado representados por sus pares o ser captados en días que estaban presentes puesto que el cuestionario se estuvo aplicando durante diez días. Empleados con periodos muy prolongados de ausentismo (por enfermedad general) tendrían mayor probabilidad de haber quedado excluidos en el muestreo de esta investigación y en consecuencia la presunción de extrapolación de los resultados aquí presentados podría no ser aplicable a ellos. Un hallazgo que apoya esta posibilidad es el hecho que 16 días de ausentismo por enfermedad general fue el máximo encontrado en la muestra estudiada en un periodo de seis meses; el máximo posible en nuestro país de días certificados como incapacidad temporal por enfermedad general es de 364 días consecutivos en un año.

El fenómeno de *sobreviviente*, donde aquellos trabajadores con más de tres días consecutivos de ausentismo injustificado, marcadas reincidencias en ausentismo injustificado o constante solicitud de permisos de ausencia, ente otros, hayan sido dados de baja por parte de la compañía representa también un potencial sesgo de selección que escapa al control del investigador.

Dada la distribución de las calificaciones de las principales áreas de la salud, la frecuencia observada de sujetos con calificaciones en las dos categorías más bajas (*muy mala* y *mala*) limitó la potencia del análisis estadístico. Lo anterior resultó en bajo poder de análisis estadístico de esos subgrupos. Una muestra de al menos el triple de tamaño (600 sujetos de estudio) sería necesaria para que las frecuencias observadas de áreas de la salud con calificación *mala* o *muy mala* fueran suficientemente grandes para mejorar la potencia del análisis. Los intervalos de confianza que no siempre fueron estadísticamente significativos en el análisis de regresión logística, se podrían estrechar los intervalos de confianza del Ods ratio con aumento de tamaño de la muestra, sin embargo los resultados demostraron un evidente gradiente de riesgo entre las categorías de calificación en las áreas de la salud.

Análisis de los resultados.

En el presente estudio, los trabajadores que más tendencia presentaron al ausentismo fueron los solteros de los grupos de edad más jóvenes y sin hijos. Una primera interpretación de este fenómeno pudiera ser la necesidad económica y el sentido de responsabilidad que se incrementan con el matrimonio y la presencia de hijos. En un análisis más profundo se podría investigar en qué sentido se establece esa relación causal.

Para comprender mejor por qué los jóvenes solteros y sin hijos fueron los trabajadores con mayor ausentismo en este estudio sería necesario obtener más evidencia empírica que recabe información a diferentes niveles. Líneas de investigación en ese sentido serán propuestas en las conclusiones de esta tesis, sin embargo podemos analizar los resultados obtenidos en este estudio a la luz del conocimiento actual. Partiendo de lo macro podemos decir que en el plano nacional es plausible inferir que cambios en la legislación laboral, particularmente en la Ley Federal del Trabajo, flexibilizando la relación obrero-patronal tienen efecto en

ambos sentidos. No sólo el patrón visualiza a sus recursos humanos como piezas fácilmente intercambiables, también los obreros pudieran estar percibiendo menos estrecha su relación con la empresa, mermando el sentido de pertenencia, compromiso y estabilidad laboral como se abordó en el apartado 2.5.

La frecuencia elevada en nuestro país de enfermedades mentales como depresión y ansiedad se suma a la falta de condiciones socio-políticas que favorezcan la atención apropiada y el debido desarrollo de las personas que las padecen. Desde 2004 la Cámara de Diputados en México ha sido consciente del problema y ha puesto en marcha diversas medidas para abordar la situación entendiendo a los problemas de salud mental como parte de un círculo vicioso que perpetúa la pobreza (Sandoval & Richard, 2005). Sin embargo a 12 años de iniciadas esas medidas que incluyeron cierre de hospitales psiquiátricos y reforzamiento del derecho de pacientes y familiares a ser debidamente manejados e informados (Sandoval et al, 2005) es evidente en la realidad nacional que queda mucho por hacer en materia y que los trastornos mentales constituirán en el corto plazo un reto al desarrollo nacional.

A nivel social resulta innegable que las generaciones son distintas. Algunos autores han presentado extensas y detalladas descripciones de los cambios ideológicos, culturales y sociales que caracterizan a las últimas generaciones (Chirinos, 2009; Feixa, 2006). Es indudable que en el grupo económicamente activo más joven existen valores diferentes de los que poseían sus padres (Chirinos, 2009), quienes quedan incluidos en el grupo económicamente activo de mayor edad. Pudiera ser esta diferencia cultural la que modifica el sentido de pertenencia del sujeto con el centro de trabajo, modifica las expectativas (laborales, económicas, familiares) del empleado las que promueven el ausentismo en la población más joven y la consecuente inestabilidad laboral y económica la que retrasa la decisión de matrimonio e hijos. Lo claro es que en la actual población trabajadora coexisten generaciones marcadamente diferentes (Chirinos, 2009; Feixa, 2006) y que entre esas generaciones la presente investigación encontró marcada diferencia en la tendencia al ausentismo con predominio entre los jóvenes.

En el nivel familiar una línea de investigación novedosa puede ser el efecto del tipo de familia sobre el ausentismo. No solo la relación entre los tipos de familia (ej. Monoparental, nuclear, ensamblada, etc.) a la que pertenece el trabajador con su comportamiento de ausentismo, también el tipo de familia de origen para explorar si el sentido de pertenencia al grupo familiar se relaciona con el sentido de pertenencia a la empresa de trabajo y su desempeño.

Cinco son los principales hallazgos de esta investigación que podemos retomar a manera de resumen:

1. En los trabajadores estudiados el nivel de salud del individuo se relaciona con la decisión de asistir o no a laborar. Esta asociación se da con una intensidad baja, lo cual concuerda con la co-existencia de muchos otros factores asociados.
2. El “perfil” de empleado más propenso a presentar ausentismo laboral es el trabajador joven, soltero y sin hijos. Las ausencias presentadas por esos trabajadores fueron principalmente del tipo de ausentismo injustificado.
3. Los trabajadores más jóvenes tuvieron 11 veces más probabilidad de ausentarse por causa injustificada que los trabajadores de 45 años o más.
4. El ausentismo laboral se relaciona de forma más intensa con la salud mental que la con salud física.
5. La salud se relaciona más con el ausentismo por causa injustificada que con el ausentismo por enfermedad general.

El soporte estadístico que respalda en extenso estos hallazgos principales fue presentado previamente en el apartado 4.2. El lector puede remitirse a los resultados de los modelos de regresión logística bivariados (Tablas 32a y 32b) y los resultados del modelo de correlación de Pearson (Tabla 33) si desea revisar en detalle.

Conclusiones

El ausentismo laboral es un tema relevante para las organizaciones. Una frecuencia elevada de ausentismo genera problemas para lograr las metas de productividad e incluso pone en riesgo la continuidad de la operación en líneas completas cuando se trata de empresas de manufactura. En México este problema ha sido poco atendido desde la perspectiva gubernamental, así se evidencia en los cambios que las distintas versiones de encuesta nacional relativa al empleo ha sufrido (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2005, 2012) en las que cada vez se colecta menos información al respecto. Para las empresas mexicanas el control del ausentismo es un reto permanente cuyo impacto en la productividad y competitividad está siendo subestimado.

Las causas asociadas al ausentismo laboral son múltiples como se ha abordado al inicio del Capítulo 2 de la presente tesis. La co-existencia de esos factores representa un reto para el estudio del fenómeno. La relación de cada una de esas variables con el ausentismo laboral puede por sí misma ser objeto de estudio de investigaciones independientes. En la investigación aquí presentada la variable de interés fue la salud dado que otros factores han sido objeto de estudio en múltiples ocasiones como se ha presentado en el Capítulo 2 y debido a que al estudiar una sola organización muchos de esos factores son comunes para todos los trabajadores por lo que no pueden considerarse variables de interés (ej. Los valores organizacionales y el clima laboral).

Durante 2012 se perdieron en México ciento diez mil años hombre que fueron certificados como incapacidad temporal bajo el concepto de enfermedad general de acuerdo a los registros del I.M.S.S. Si bien esa cifra es considerable, representa solamente la punta de un iceberg del que únicamente cada empresa en su interior tiene registro, así lo sugiere el hecho que la enfermedad general representó solo el 35% del ausentismo total en la presente investigación. La percepción general en cuanto a la relación entre salud y ausentismo laboral es que cuando la gente se encuentra enferma tiende a presentar ausentismo por enfermedad general. El

planteamiento que esta investigación ha propuesto a dicha relación es algo diferente, en primer lugar se ha buscado retomar el concepto multidimensional de *salud* para no confundirlo con ausencia de enfermedad y en segundo lugar se ha buscado la relación no solo con el ausentismo por enfermedad general o con el ausentismo total, sino analizando dicha relación con los diferentes tipos de ausentismo propuestos ex profeso para esta investigación como aportación aplicable en México con el contexto legal laboral actual.

Respecto a la posible relación que motivó este trabajo resalta que la hipótesis de investigación fue comprobada, la salud se relaciona al ausentismo laboral. Adicionalmente es remarcable que de las dimensiones de la salud, las mentales tuvieron mayor intensidad de relación. Se encontró correlación estadísticamente inversa entre *salud* y *ausentismo laboral* en la población estudiada. En el caso de la salud general se encontró una correlación positiva con ausentismo por enfermedad, es decir, a mayor nivel de salud general se presentaban más ausencias lo que no es plausible a primera vista pero se proponen en la discusión de resultados los fenómenos que pudieran haber influido para que se encontrara dicho resultado. A pesar que en varios casos la correlación estadística es significativa, es decir, estadísticamente estamos seguros que existe, la magnitud de las correlaciones es baja, lo que sugiere que el planteamiento establecido en la hipótesis respecto a la relación entre *salud* y *ausentismo laboral* es correcta: la *salud* es uno, solo uno de los varios factores que influyen en la decisión del trabajador de presentar el comportamiento del *ausentismo laboral*, por ello la correlación tiene significancia estadística pero una intensidad baja.

En cuanto a los objetivos de la investigación que se establecieron en la metodología se pueden reportar tanto el general como los dos objetivos específicos como alcanzados. Se logró mediante la investigación empírica explorar que la salud de los trabajadores impacta en el ausentismo laboral, no solo en el ausentismo por enfermedad general como comúnmente se piensa, en particular influye en el ausentismo injustificado y ausentismo por permiso. Las áreas del componente mental de la salud (rol emocional, salud mental, vitalidad, rol social), principalmente

el rol emocional, son las que se correlacionan con mayor intensidad con el ausentismo injustificado y ausentismo por permiso, tipos que contribuyeron con el 64.6% del ausentismo total en el presente estudio.

De acuerdo a los resultados de esta investigación fueron los trabajadores jóvenes, solteros y sin hijos quienes más ausentismo laboral presentaron en la empresa estudiada. Los valores característicos de las distintas generaciones que conviven en la fuerza laboral actual pueden estar estrechamente ligados a este fenómeno. Pese a las limitaciones dadas por el diseño de estudio de caso es plausible suponer que otras empresas de producción de alimentos en nuestro país tendrían similares resultados.

Múltiples factores interactúan en el fenómeno del ausentismo laboral. Es posible analizar la relación entre cada factor y el ausentismo, supóngase por ejemplo la relación entre el clima organizacional y el ausentismo injustificado, sin embargo no debe perderse de vista que esos factores son procesados por la psique del trabajador de modo que en mayor o menor medida la voluntad de la persona media la relación causa-efecto entre esos factores y el comportamiento de ausentismo. Todos los días cada trabajador toma de forma más o menos consiente la decisión de presentarse a laborar. Sobre esa decisión que se realiza día a día de forma más o menos consiente la salud es un factor que sin duda participa como se encontró en el profundo análisis estadístico del estudio aquí presentado. Retomando el ejemplo de clima organizacional y ausentismo injustificado podemos imaginar que ante un clima organizacional desfavorable un empleado con peor salud tomará más frecuentemente la decisión de no presentarse a laborar que uno con mejor salud. Congruentemente con lo anterior, en la presente investigación se encontró que esa voluntad de presentarse a laborar puede afectarse más fácilmente por disminución de la salud mental que de la salud física.

Recomendaciones.

La salud mental debe ser fomentada en nuestro país de una manera integral. Si bien se han implementado medidas legislativas al respecto como se comentó en la discusión, las acciones requieren dirigirse a elevar el nivel de salud mental de la población, no solo a reintegrar social y laboralmente a personas con enfermedades mentales diagnosticadas.

El análisis de la posible asociación entre la flexibilidad del mercado de trabajo y el ausentismo laboral escapa al alcance de la presente investigación, sin embargo se recomienda que las empresas analicen el probable impacto que la pérdida de sentido de pertenencia, falta visualización de plan de carrera al interior de la organización y grosso modo la precarización asociada a la flexibilidad pudieran estar teniendo sobre el ausentismo laboral en sus empleados. Si bien la flexibilidad disminuye los costos de producción y aumenta la competitividad, un incremento del ausentismo laboral tiene el efecto contrario por lo que se sugiere buscar un punto medio para evitar caer en un círculo vicioso.

De forma general se puede recomendar a las empresas de manufactura de alimentos en México la implementación de programas para fomentar la salud mental, rol emocional, vitalidad y rol social en sus trabajadores para disminuir así el ausentismo injustificado y ausentismo por permiso para impulsar la competitividad esas empresas. Incluso las compañías podrían emplear el SF-36 v2™ en diseños como el aquí presentado para realizar diagnósticos anuales de ausentismo y establecer programas enfocados, más eficientes y mejor enfocados para potencializar el aprovechamiento de su capital humano.

Basado en los resultados aquí presentados se recomienda a la empresa en la que realizó el estudio que considere las siguientes medidas como parte de sus programas de control de ausentismo:

- Fomentar el sentido de pertenencia de los empleados con foco en los empleados jóvenes y solteros.
- Establecer planes de carrera a los empleados con especial atención a los empleados más jóvenes.
- Promover el uso del Programa de Apoyo al Empleado (servicio de ayuda psicológica- emocional) con proveedor externo con el que ya cuenta la compañía.

Los resultados de esta investigación indican que el nivel de salud, particularmente la salud mental, se relaciona con el ausentismo por causa injustificada y por permiso mientras que el ausentismo por enfermedad general no se relaciona con el nivel de salud. Estos hallazgos ponen en duda el paradigma actualmente preponderante donde se acepta de manera general que el empleado falta porque se encuentra “enfermo”. Hace falta difundir que ni todas las personas con alguna enfermedad tienen afectado su nivel de salud y su funcionalidad (ej. Un diabético bien controlado o una persona con obesidad), ni en todas las personas con salud mermada es posible establecer el diagnóstico de alguna enfermedad en concreto (ej. Un trabajador puede estar extenuado y con estado de ánimo afectado por tener un familiar cercano con una enfermedad terminal). Por lo anterior se recomienda a investigadores interesados en el tema considerar a la *salud* como concepto multidimensional, no como la ausencia de enfermedades, para lograr una mejor aproximación al fenómeno.

Una de las principales aportaciones que la presente tesis hace al estado del arte es proporcionar evidencia empírica del error en el paradigma dominante sobre que los trabajadores se ausentan por estar enfermos y que el nivel de salud se relaciona solo con el ausentismo por enfermedad general. Por otro lado una contribución complementaria es la verificación positiva que la salud, particularmente la salud mental, es uno de los factores que se relaciona al ausentismo laboral. Estos dos hallazgos ponen de manifiesto la relevancia de enfatizar la diferencia entre *salud* y *ausencia de enfermedad* cuando se intenta estudiar el fenómeno. Derivado del

análisis de los resultados de este estudio es posible proponer líneas de investigación que intenten aproximaciones novedosas a la subjetividad de los trabajadores sobre la decisión de ausentarse del trabajo entre las que resaltan el estudio del efecto de los cambios en la legislación laboral sobre el ausentismo laboral; el impacto del cambio de valores generacionales en el ausentismo laboral; y la relación entre la estructura familiar (de la familia de orientación y de la familia de procreación) de los trabajadores con el ausentismo laboral.

Referencias

- Aaronson, N.K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., Bungay, K., Fukuhara, S., Gandek, B., Keller, S., Razavi, D., Sanson-Fisher, R., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., Wargner, A. & Ware Jr, J.E. (1992). International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res.* 1(5), 349-351.
- Acaster, S., Perard, R., Chauhan, D. & Lloyd, A.J. (2013). A forgotten aspect of the NICE reference case: an observational study of the health related quality of life impact on caregivers of people with multiple sclerosis. *BMC Health Serv Res.* 13(1), 346.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Atkinson, J. (1987). Flexibility or fragmentation? The United Kingdom labour market in the eighties. *Labour and Society*, 12 (1).
- Audureau, E., Rican, S. & Coste, J. (2013). From deindustrialization to individual health-related quality of life: multilevel evidence of contextual predictors, mediators and modulators across French regions, 2003. *Health Place.* 22, 140-152. doi: 10.1016/j.healthplace.2013.03.004.
- Baek, S.B. (2014). Psychiatric rehabilitation of emotional disorders. *J Exerc Rehabil*, 10(4), 205-208. doi: 10.12965/jer.140143.
- Benavides, F. G., Zimmermann, M., Campos, J., Carmenate, L., Baez, I., Nogareda, C. & Pinilla, J. (2010). Conjunto mínimo básico de ítems para el diseño de cuestionarios sobre condiciones de trabajo y salud. *Arch Prev Riesgos Labor*, 13(1), 13-22.

- Bishop, B. (1980). Pain: its physiology and rationale for management. Part I. Neuroanatomical substrate of pain. *Phys Ther*, 60(1), 13-20.
- Bjorner, J.B., Lyng Wolden, M., Gundgaard, J. & Miller, K.A. (2013). Benchmarks for Interpretation of Score Differences on the SF-36 Health Survey for Patients with Diabetes. *Value Health*. 16(6), 993-1000. doi: 10.1016/j.jval.2013.06.022.
- Bohlander, G., Sherman, A., y Snell, A. (2003). *Administración de recursos humanos*. 12a edición. Madrid: Thompson.
- Boyer, R. (1986). La flexibilidad del trabajo en Europa: un estudio comparativo de las transformaciones del trabajo asalariado en siete países entre 1973 y 1985. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Boyer, R. (1987). Labour flexibilities: Many forms, uncertain effects. *Labour and Society*, 12(1).
- Brazier J.E., Harper R., Jones N.M., O'Cathain A., Thomas K.J., Usherwood T., Westlake L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 305(6846), 160-164.
- Browning, M., Holmes, E.A. & Harmer, C.J. (2010). The modification of attentional bias to emotional information: A review of the techniques, mechanisms, and relevance to emotional disorders. *Cogn Affect Behav Neurosci*, 10(1), 8-20. doi: 10.3758/CABN.10.1.8.
- Bureau of Business Practice. Tr. Bracamonte, M. (1977). *Como controlar el ausentismo*. México: Diana
- Burton, W., Morrison, A., Maclean, R. & Ruderman, E. (2006). Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. *Occup Med (Lond)*, 56(1), 18-27.
- Bowden, C.L. (2005). Bipolar disorder and work loss. *Am J Manag Care*, 11(3 Suppl), S91-S94.

- Caro Figueroa, A. (1993). *La flexibilidad laboral. Fundamentos comparados para la reforma del mercado de trabajo argentino*. Editorial Biblos, Buenos Aires.
- Carvalho Junior, L.C., Ramos, E.M., Toledo, A.C., Ceccato, A.D., Macchione, M., Braga, A.L. & Ramos, D. (2012). Assessment of health-related quality of life of sugarcane cutters in the pre-harvest and harvest periods. *Rev Saude Publica*. 46(6), 1058-1065.
- Chan, C.M. (2012). Health-related quality of life of preschool caregivers in Hong Kong. *Health Promot Int.*. doi:10.1093/heapro/das058. Recuperado de: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2012/11/03/heapro.das058.1>
ong
- Chiavenato, I. (2000). *Administración de Recursos Humanos. 5ta ed.* México: Mc Graw Hill.
- Chirinos, N. (2009). Características generacionales y los valores. Su impacto en lo laboral. *Observatorio Laboral Revista Venezolana*, 2(4), 6.
- Ciampi, L. (1991). Affects as central organising and integrating factors. A new psychosocial/biological model of the psyche. *Br J Psychiatry*, 159, 97-105.
- Clément, C., Bonvalet, C., & Ogg, J. (2011). Les baby-boomers et leurs parents: une analyse des relations intergénérationnelles. *Politiques sociales et familiales*, 105(1), 5-15.
- Coste, J., Quinquis, L., Audureau, E. & Pouchot, J. (2013). Non response, incomplete and inconsistent responses to self-administered health-related quality of life measures in the general population: patterns, determinants and impact on the validity of estimates - a population-based study in France using the MOS SF-36. *Health Qual Life Outcomes*. 11, 44.
- D'Souza, M.S., Karkada, S.N. & Somayaji, G. (2013). Factors associated with health-related quality of life among Indian women in mining and

agriculture. *Health Qual Life Outcomes*. 11, 9. doi: 10.1186/1477-7525-11-9.

Daniau, C., Dor, F., Eilstein, D., Lefranc, A., Empereur-Bissonnet, P. & Dab, W. (2013). Study of self-reported health of people living near point sources of environmental pollution: a review. First part: health indicators. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 61(4), 375-387. doi: 10.1016/j.respe.2013.02.014.

Damiani, G., Federico, B., Pinnarelli, L. & Ricciardi, G. (2004). Do occupational stress management programmes affect absenteeism rates? *Occup Med (Lond)*, 54(1),58-9.

De la Cueva, M. (1993). *El nuevo derecho mexicano del trabajo*. México: Editorial Porrúa.

De la Garza, E. (2002). La flexibilidad del trabajo en México. En García, B. (coord.) *Población y sociedad al inicio del siglo XXI*, 375-404. México, D.F.: El colegio de México.

De la Garza, E. (2012). Los proyectos de reforma laboral a mayo del 2011. En De la Garza, E. (coord.) *La Situación del Trabajo en México, 2012: El Trabajo en la Crisis*, 397-451. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. México, D.F.

De la Garza, E. (2013). *Trabajo no clásico y flexibilidad*. Caderno CRH, 26(68), 315-330.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.

Dugan, S.A., Everson-Rose, S.A., Karavolos, K., Sternfeld, B., Wesley, D. & Powell, L.H. (2009). The impact of physical activity level on SF-36 role-physical and bodily pain indices in midlife women. *J Phys Act Health*, 6(1), 33-42.

- Dupuy, H.J. (1984). The Psychological General Well-Being (PGWB) index. In: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J. Eds. *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Disease*. New York: Le Jacq Publishing, Inc. 170-183.
- Durán, L., Gallegos, K., Salinas, G. y Martínez, H. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Publica Mex*, 46(4), 306-315.
- Eisner, S.P. (2005). Managing generation Y. *SAM Advanced Management Journal*, 70(4), 4.
- Ellert, U. & Kurth, B.M. (2013). Health related quality of life in adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 56(5-6), 643-649. doi: 10.1007/s00103-013-1700-y.
- Emmerson, M. (1988). Regulation or deregulation of the labour market. *European Economic Review*, 32.
- ERGASAT. (2008). *Resumen ejecutivo primer informe "Actitudes de los responsables de RRHH y de los trabajadores frente al absentismo laboral en España"*. Recuperado el 13 de marzo de 2013, de <http://www.absentismo.egarsat.es/Herramientas-y-recursos/Herramientas-Egarsat/Barometros-Egarsat>
- Feixa, C. (2006). Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(2), 21-45.
- Figl-Hertlein, A., Horsak, B., Dean, E., Schöny, W. & Stamm, T. (2013). A physiotherapy-directed occupational health programme for Austrian school teachers: a cluster randomised pilot study. *Physiotherapy*. S0031-9406(13), 33. doi: 10.1016/j.physio.2013.03.003.

- Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge/Paris: Cambridge University Press/Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- García, B. (2012). La precarización laboral y desempleo en México (2000-2009). En De la De la Garza, E. (coord.) *La Situación del Trabajo en México, 2012: El Trabajo en la Crisis*, 91-118. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. México, D.F.
- García, C. R. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg: Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-97.
- Goldberg, D.P. & Hiller, V.F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med*, 1, 139-45.
- Gooren, L.J., Sungkaew, T. & Giltay, E.J. (2013). Exploration of functional health, mental well-being and cross-sex hormone use in a sample of Thai male-to-female transgendered persons (kathoeys). *Asian J Androl*. 15(2), 280-285.
- Graça, Á., Nascimento, M.A., Lavado, E.L. & Garanhani, M.R. (2013). Quality of life of primary caregivers of spinal cord injury survivors. *Rev Bras Enferm*. 66(1), 79-84.
- Hernández, J. A., Espinoza, J.J., & Aguilar, M. (2016). Diferencias en los motivadores y los valores en el trabajo de empleados en empresas maquiladoras. *Contaduría y Administración*, 61(1), 58-83.
- Hezberg, F. (1966). *Work and nature of man*. Cleveland: The world publishing.
- Hulka, B.S. & Cassel, J.C. (1973). The AAFP-UNC study of the organization, utilization and assessment of primary medical care. *Am J Public Health*. 63(6), 494-501.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional de Empleo, Salarios, Tecnología y Capacitación en el Sector Manufacturero*, 2005.

Recuperado de

http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/enestyc/2005/ENESTYC_2005.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Encuesta Nacional de Ocupación y empleo*, 2010.2012. Recuperado de

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=27608&c=27221&s=est&cl=4#>

Instituto Mexicano del Seguro Social. *Memoria estadística*, 2010-2012. México.

Recuperado de

<http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Pages/memoriaestadistica.aspx>

Jamali, A., Tofangchiha, S., Jamali, R., Nedjat, S., Jan, D., Narimani, A. & Montazeri, A. (2013). Medical students' health-related quality of life: roles of social and behavioural factors. *Med Educ.* 47(10), 1001-1012. doi: 10.1111/medu.12247.

Jones, A.M. (1994). Health, addiction, social interaction and the decision to quit smoking. *J Health Econ*, 13(1), 93-110.

Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Nueva York: Basic Books.

Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K.P. & Viikari-Juntura, E. (2008). Partial sick leave--review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. *Scand J Work Environ Health*, 34(4), 239-49.

Kirsten, W. (2010). Making the link between health and productivity at the workplace--a global perspective. *Ind Health*, 48(3), 251-255.

Korhonen, P.E., Seppälä, T., Järvenpää, S. & Kautiainen, H. (2013). Body mass index and health-related quality of life in apparently healthy individuals.

Qual Life Res. Recuperado de:

<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-013-0433-6>

Lagos, R. A. (1994). ¿Qué se entiende por flexibilidad del mercado de trabajo? *Revista de la CEPAL*, 54.

Lahariya, C., Khandekar, J. & Pradhan, S.K. (2012). A community based study of health related quality of life of the elderly in urban India. *J Indian Med Assoc.* 110(8), 548-550.

Lawson, J.W. (1978). *Ausentismo laboral*. México: Grupo editorial expansión.

Laxman, K.E., Lovibond, K.S. & Hassan, M.K. (2008). Impact of bipolar disorder in employed populations. *Am J Manag Care*, 14(11), 757-764.

Lepage, D. (1991). Temporary incapacity and emotional problems. *CMAJ*, 145(10), 1241-6.

Loeser, J.D. & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *Lancet*, 353 (9164), 1607-1609

Mannheim, K. (2013). *Essays Sociology Knowledge* (Vol. 5). Routledge.

Manning Jr, W. G., Newhouse, J. P. & Ware Jr, J. E. (1982). The status of health in demand estimation; or, beyond excellent, good, fair, poor. In *Economic aspects of health* (pp. 141-184). University of Chicago Press.

Markert, J. (2004). Demographics of age: generational and cohort confusion. *Journal of Current Issues & Research in Advertising*, 26(2), 11-25.

Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*. 370-396.

Mattke, S., Balakrishnan, A., Bergamo, G. & Newberry, S.J. (2007). A review of methods to measure health-related productivity loss. *Am J Manag Care*, 13(4), 211-217.

- Metlaine, A., Leger, D. & Choudat, D. (2005). Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Ind Health*, 43(1), 11-19.
- Merskey, H. & Bogduk N. (1994). Classification of chronic pain. Seattle, International Association for the Study of Pain Press, 210.
- McEwan, I.M. (1991). Absenteeism and sickness absence. *Postgrad Med J*, 67(794), 1067-1071.
- McKeown, K. (1989). Sickness absence. *J R Soc Med*, 82(4), 188-9.
- McNair, D.M., Lorr, M. & Droppleman, L.F. (1971). Manual for the profile of mood states. San Diego, Educational and Industrial Testing Service.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. *Encuesta de Coyuntura Laboral*, 2006-2012. Recuperado de:
<http://www.empleo.gob.es/estadisticas/ecl/welcome.htm>
- Mols, F. & Denollet, J. (2010). Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Outcomes*, 23, 8-9.
- Morandi, A., Tosto, C., di Sarsina, P.R. & Dalla Libera, D. (2011). Salutogenesis and Ayurveda: indications for public health management. *EPMA*, 2(4), 459-465.
- Morton, L. P. (2003). Targeting Generation X. *Public Relations Quarterly*, 48(4), 43-45.
- Morton, L. P. (2004). Targeting the World War II Generation. *Public Relations Quarterly*, 49(1), 46-48.
- Nagi, S.Z. (1964). A Study in the evaluation of disability and rehabilitation potential: concepts, methods, and procedures. *Am J Public Health Nations Health*, 54, 1568–1579.

- Ngui, E.M., Khasakhala, L., Ndeti & D., Roberts, L.W. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *Int Rev Psychiatry*, 22(3), 235-244.
- Ni Mhurchu, C., Aston, L.M. & Jebb, S.A. (2010). Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. *BMC Public Health*, 10, 10-62.
- Nova, M.P. (1996). *El absentismo laboral como indicador de unas deficientes condiciones de trabajo*. Universidad Complutense de Madrid. Cuadernos Relaciones Laborales No. 9. Serv. Publ. UCM. Madrid.
- O'Bannon, G. (2001). Managing our future: The generation X factor. *Public Personnel Management*, 30(1), 95-110.
- Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 27 de mayo de 2012 de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. Helsinki, Finland: World Health Organization.
- Osilla, K.C., Van Busum, K., Schnyer, C., Larkin, J.W., Eibner, C. & Mattke, S. (2012). Systematic review of the impact of worksite wellness programs. *Am J Manag Care*, 18(2), 68-81.
- Painter, P., Stewart, AL. & Carey, S. (1999). Physical functioning: definitions, measurement, and expectations. *Adv Ren Replace Ther*, 6(2), 110-23.

- Painter, P. & Marcus, R.L. (2013). Assessing physical function and physical activity in patients with CKD. *Clin J Am Soc Nephrol*, 8(5),861-72. doi: 10.2215/CJN.06590712.
- Palmer, K.T., Harris, E.C., Linaker, C., Barker, M., Lawrence, W., Cooper, C. & Coggon, D. (2012). Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*, 51(2), 230-42.
- Patrick, D.L., Bush, J.W. & Chen, M.M. (1973). Toward an operational definition of health. *J Health Soc Behav.* 14, 6-21.
- Peiró, J.M., Rodríguez, I. y González, M.G. (2008). *El absentismo laboral. Antecedentes, consecuencias y estrategias de mejora*. Universitat de València.
- Poggio, G.F. & Mountcastle, V.B. (1960). A study of the functional contributions of the lemniscal and spinothalamic systems to somatic sensibility. Central nervous mechanisms in pain. *Bull Johns Hopkins Hosp*, 106, 266-316.
- Proper, K.I., Staal, B.J., Hildebrandt, V.H., van der Beek, A.J. & van Mechelen, W. (2002). Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scand J Work Environ Health*, 28(2), 75-84.
- Reynolds, C. (2004). Boomers, act II. *American Demographics*, 26(8), 10-11.
- Reynolds, W.J., Rushing, W.A. & Miles, D.L. (1974). The validation of a functional status index. *J Health Soc Behav.* 15, 271-89.
- Riedel, J., Wiesmann, U. & Hannich, H.J. (2011). An integrative theoretical framework of acculturation and salutogenesis. *Int Rev Psychiatry*, 23(6), 555-64.
- Rodgers, G. (1993) "Instituciones del trabajo y desarrollo económico". En Reestructuración y regulación institucional del mercado de trabajo en

- América Latina. *Instituto de Estudios Laborales, Serie de Investigaciones*, 98.
- Rost, K.M. (2005). Improving depression treatment by integrated care. *J Manag Care Pharm*, 11(3 Suppl), S5-S8.
- Ryan, R.M. & Frederick, C. (1997). On energy, personality and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *J Pers*, 65, 529-565.
- Saito, K. (1999). Measurement of fatigue in industries. *Ind Health*, 37(2), 134-142.
- Salvador, L. & Garcia, C. (2011). The WHO construct of health-related functioning (HrF) and its implications for health policy. *BMC Public Health*, 11 (Suppl4), S9.
- Sandoval, J. & Richard, M. P. (2005). La salud mental en México. *México: Servicios de Investigación y Análisis, División de Política Social, Cámara de Diputados*. Recuperado el 27 de noviembre de 2015 de: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf.
- Santantonio, S., & Tavilla, P. (1995). Flexibilidad laboral, empleo y competitividad internacional: aportes para debatir el caso argentino - Informe de becarios N°1. Recuperado el 12 de julio de 2015 de: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2013/06/ib1santantoniotavilla.pdf>
- Schaufeli, W.B. & Bakker, A. B. (2004). Bevlogenheid: een begrip gemeten. *Gedrag en Organisatie*, 17, 90-112.
- Schliwen, A., Earle, A., Hayes, J. & Heymann, S.J. (2011). La administración y financiación de la licencia remunerada por enfermedad. *Revista Internacional del Trabajo*, 130(1-2), 47:68.

- Schmier, J.K., Jones, M.L. & Halpern, M.T. (2006). Cost of obesity in the workplace. *Scand J Work Environ Health*, 32(1), 5-11.
- Seblaepfer, L. & Infante, C. (1990). La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Publica Mex*, 32, 141-155.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32(6), 705-714.
- Shirey, M.R. (2006). Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice. *Am J Crit Care*, 15(3), 256-267.
- Sprange, K., Mountain, G.A., Brazier, J., Cook, S.P., Craig, C., Hind, D., Walters, S.J., Windle, G., Woods, R., Keetharuth, A.D., Chater, T. & Horner, K. (2013). Lifestyle Matters for maintenance of health and wellbeing in people aged 65 years and over: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 14(1), 302.
- Stewart, A.L. & Ware, J.E. (1992). *Measuring Functioning and Well-Being: The Medical Outcomes Study Approach*. USA: The Rand Corporation.
- Stewart, A.L., Ware, J.E. & Brook, R.H. (1981). Advances in the measurement of functional status: Construction of aggregate indexes. *Med Care*. 19(5), 473-488.
- Strijk, J.E., Proper, K.I., van der Beek, A.J. & van Mechelen, W. (2009). The Vital@Work Study. The systematic development of a lifestyle intervention to improve older workers' vitality and the design of a randomised controlled trial evaluating this intervention. *BMC Public Health*, 9, 408-423. doi: 10.1186/1471-2458-9-408.
- Sullivan, S. (2005). Promoting health and productivity for depressed patients in the workplace. *J Manag Care Pharm*, 11(3 Suppl), S12-S15.

- Swieboda, P., Filip, R., Prystupa, A. & Drozd M. (2013). Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *Ann Agric Environ Med*, Spec no. 1, 2-7.
- Tomey, K.M. & Sowers, M.F. (2009). Assessment of Physical Functioning: A Conceptual Model Encompassing Environmental Factors and Individual Compensation Strategies. *Phys Ther*, 89(7), 705–714.
doi: 10.2522/ptj.20080213
- Tong, S.C., Tin, A.S., Tan, D.M. & Lim, J.F. (2012). The health-related quality of life of junior doctors. *Ann Acad Med Singapore*, 41(10), 444-450.
- Turner-Bowker, D.M., Bartley, P.J. & Ware, J.E., Jr. (2002). *SF-36® Health Survey & “SF” Bibliography: Third Edition (1988-2000)*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Uegaki, K., de Bruijne, M.C., van der Beek, A.J., van Mechelen, W. & van Tulder, M.W. (2011). Economic evaluations of occupational health interventions from a company's perspective: a systematic review of methods to estimate the cost of health-related productivity loss. *J Occup Rehabil*, 21(1), 90-9.
- Uvnäs-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819-35.
- Van den Donk, M., Griffin, S.J., Stellato, R.K., Simmons, R.K., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Khunti, K., Davies, M.J., Borch-Johnsen, K., Wareham, N.J. & Rutten, G.E. (2013). Effect of early intensive multifactorial therapy compared with routine care on self-reported health status, general well-being, diabetes-specific quality of life and treatment satisfaction in screen-detected type 2 diabetes mellitus patients (ADDITION-Europe): a cluster-randomised trial. *Diabetology*. 6(11), 2367-2377.

- Vathesatogkit, P., Sritara, P., Kimman, M., Hengprasith, B., E-Shyong, T., Wee, H.L. & Woodward, M. Associations of lifestyle factors, disease history and awareness with health-related quality of life in a Thai population. *PLoS One*. 7(11), e49921. doi: 10.1371/journal.pone.0049921. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3506606/>
- Veira, J.L. & Romay, J. (1998). La cultura del trabajo y el cambio de valores. *Revista de pensamiento social*, 3, 23-38.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M. & Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol*, 34(3), 610-622.
- Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., Benavides, F.G. & Benach, J. (2013). Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *J Environ Public Health*. 978656. doi: 10.1155/2013/978656
Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3574746/>
- Wahlqvist, P., Reilly, M.C. & Barkun, A. (2006). Systematic review: the impact of gastro-esophageal reflux disease on work productivity. *Aliment Pharmacol Ther*, 24(2), 259-272.
- Ware, J.E. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Serv Res*. 11(4), 396-415.
- Ware, J.E. & Gandeka, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol*. 55(11), 903-912.
- Ware, J.E., Kosinski M. & Dewey J.E. (2000). How to Score Version Two of the SF-36 Health Survey. Lincoln, RI: QualityMetric, Incorporated.

- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-483.
- Yang, X., Hao, Y., George, S.M. & Wang, L. (2012). Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 10, 143.
- Zhu, C., Geng, Q., Yang, H., Chen, L., Fu, X. & Jiang, W. (2013). Quality of life in China rural-to-urban female migrant factory workers: a before-and-after study. *Health Qual Life Outcomes*. 11, 123. doi: 10.1186/1477-7525-11-123.
- Zúniga, M.A., Carrillo, G.T., Fos, P.J., Gandek, B. & Medina, M.R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Publica Mex*, 41(2), 110-118.

Anexo 1. Licencia de uso SF-36v2™



NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)

License Number: QM016387

Effective Date: October 11, 2012

Licensee Name: Victor Garcia Chavez

Licensee Address: Universidad Nacional Autonoma de Mexico

Approved Purpose: Non-commercial academic research – Unfunded Student

Study Name: Health and absenteeism

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

Other Definitions: As indicated on Appendix B "License Agreement – Details", including without limitation: Licensed Surveys, Modes, Fees, Administrations, Services, Approved Languages and (if applicable) License Term

Licensee accepts and agrees to the terms of this Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Scholarly Grants and Research (OGSR) of OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("OptumInsight") as of the Effective Date.

Subject to the terms of this Agreement, including the OptumInsight Non-Commercial License Terms and Conditions attached as Appendix A: OptumInsight grants to Licensee, and Licensee accepts, a non-exclusive, non-transferable, non-assignable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the License Term, the Licensed Surveys in the authorized Modes and Approved Languages indicated on Appendix B and to administer the Licensed Surveys only up to the approved number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages and Modes and to use any related software provided by OptumInsight.

Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them above, or in Appendices A and B attached hereto. Appendices A and B attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

EXECUTED, as of the Effective Date, by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.

[OptumInsight]

Signature: _____

Name: _____

Title: _____

Date: _____

Victor Garcia Chavez

[Licensee]

Signature: _____

Name: _____

Title: _____

Date: _____

Filename: OGSR Unfunded Student OI FNL 10Oct12.doc



an OptumInsight company

APPENDIX A

OPTUMINSIGHT NON-COMMERCIAL LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Attached to and Incorporated into License No. QM016387

1. **No Commercial Use of Data** - Licensee agrees to use the data resulting from Licensee's administration of the Licensed Surveys only in connection with the Approved Purpose set forth on Page 1 of this Agreement. Licensee agrees that it shall not use such data for any other purpose, or provide such data to any commercial or non-commercial entity (including without limitation any university or university hospital) for any commercial purpose.
2. **License Term and Termination** – This Agreement shall be effective until end of the License Term reflected in Appendix B, after which this Agreement and the licenses granted here under shall terminate. Notwithstanding the foregoing, OptumInsight may terminate this Agreement at any time upon in the event of a material breach by Licensee or its personnel of this Agreement that is not cured within thirty (30) days following notice to Licensee.
3. **Administration by Third Parties** –A third party service provider may administer the Licensed Surveys on behalf of Licensee, subject to such third party's execution of OptumInsight's Acknowledgement By Agent form, available by request. However, in all such cases, Licensee shall not be relieved of its obligations, and Licensee shall be responsible for any breach hereof by such student or third party.
4. **Trademark and Copyright Notices** – Licensee agrees to reproduce the copyright and trademark notices included with the Licensed Surveys on all reproductions of the Licensed Surveys permitted hereunder, including electronic reproductions and representations. Licensee shall not alter the wording or order of the items or any other part of the Licensed Surveys. Licensee shall not create any derivative work from the Survey Materials (as defined in Section 7(a)).
5. **Records** – Licensee shall maintain accurate records, in all material respects, containing information sufficient to verify Licensee's compliance with this Agreement, including as applicable, but not limited to, records of the number of reproductions of the Licensed Survey(s) made, the location of and/or confirmation of the destruction of such reproductions, the number of administrations of the Licensed Surveys performed, and the use(s) made of the data resulting from Licensee's administration of the Licensed Surveys.
6. **Proprietary Rights** –
 - a. Licensee acknowledges that the Licensed Surveys, copyright in all publications purchased, Software, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), shall be and remain at all times the property of OptumInsight. Licensee shall have no right, title or interest in the Survey Materials except for the limited license described herein. Licensee shall not use, modify, reproduce, or transmit any of the Survey Materials except as expressly provided hereunder in connection with the Approved Purpose. If the Approved Purpose includes administration of the Licensed Surveys in physical form, Licensee is authorized to make exact reproductions of the Licensed Survey(s) sufficient to support such administrations.
 - b. Licensee acknowledges and agrees that the Mode of survey administration reflected in Appendix B is the only manner in which Licensee may administer the Licensed Surveys. By way of example, if the Mode reflected in Appendix B is "paper", the Licensed Survey(s) shall be used, distributed, and administered via paper only, and shall not be used, distributed, displayed, or administered via any electronic means.
 - c. Licensee acknowledges and agrees that any translations of the Licensed Surveys into any language must be performed by OptumInsight, and OptumInsight retains ownership of any and all translations.

Filename: OGSR Unfunded Student OI FNL 10Oct12.doc



an OptumInsight company

Lic. No.: QM016387

Template: OGSR Unfunded Student LA - 2012-10-10

Page 2 of 5

7. Ownership of Survey Results Data – Notwithstanding the foregoing, the parties agree that all results of Licensee’s administration of the Licensed Survey(s) shall be the property of Licensee.

8. Confidentiality; Injunctive Relief – Licensee acknowledges that the Survey Materials are valuable assets of OptumInsight and that the value of the Survey Materials would be significantly impaired by the unauthorized distribution or use of them. Licensee shall ensure that the Survey Materials are not used for unauthorized purposes or by unauthorized persons, and shall promptly report any such unauthorized use to OptumInsight. Licensee acknowledges that, in the event of any material breach of this paragraph by the Licensee, money damages would not be a sufficient remedy, and that OptumInsight shall, to the extent permitted by applicable law, be entitled to equitable relief, including injunction. Such relief shall be in addition to all other remedies available at law or in equity.

9. Disclaimer of Warranty – Licensee understands and acknowledges that complex and sophisticated products such as the Survey Materials are inherently subject to undiscovered defects. OptumInsight cannot and does not represent or warrant to Licensee that the Survey Materials are free from such defects, that operation of the Survey Materials will be uninterrupted or error free, or that its results will be effective or suitable with respect to any particular application. SURVEY MATERIALS PROVIDED HEREUNDER ARE PROVIDED AS-IS, AND OPTUMINSIGHT MAKES NO REPRESENTATIONS OR WARRANTIES, EXPRESS OR IMPLIED, ARISING BY LAW OR OTHERWISE WITH RESPECT TO SUCH SURVEY MATERIALS OR THIS AGREEMENT, AND DISCLAIMS ALL WARRANTIES INCLUDING WITHOUT LIMITATION ANY REPRESENTATIONS OR WARRANTIES AS TO MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, NON-INFRINGEMENT OR OTHERWISE.

10. Compliance with Law – OptumInsight and Licensee agree that in performing their respective obligations under this Agreement, each shall conduct business in conformance with sound ethical standards of integrity and honesty and in compliance with all applicable laws, rules and regulations.

11. LIMITATION OF LIABILITY –IN NO EVENT SHALL OPTUMINSIGHT BE LIABLE TO LICENSEE OR ANY THIRD PARTY FOR ANY SPECIAL, PUNITIVE, INCIDENTAL, INDIRECT, OR CONSEQUENTIAL DAMAGES, ARISING FROM ANY CLAIMED BREACH OF WARRANTY, BREACH OF CONTRACT, NEGLIGENCE, STRICT LIABILITY IN TORT, OR ANY OTHER LEGAL THEORY, EVEN IF OPTUMINSIGHT HAS BEEN ADVISED OF THE POSSIBILITY OF SUCH DAMAGES. SUCH EXCLUDED DAMAGES INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO, LOST PROFITS, COST OF ANY SUBSTITUTE GOODS OR SERVICES, LOST BUSINESS INFORMATION AND DATA, AND BUSINESS INTERRUPTION.

12. Additional Terms for Use of OptumInsight Software – The following additional terms apply to any software provided by OptumInsight to Licensee in connection with this Agreement (“Software”). Licensee may install and use one copy of the Software on a single computer, and except for making one back-up copy of the Software, may not otherwise copy the Software. The Software may not be shared or used concurrently on different computers. Licensee may not reverse engineer, decompile, or disassemble the Software, nor attempt in any other manner to obtain the source code. The Software and the algorithms it contains are proprietary information of OptumInsight. Licensee shall not attempt to circumvent any function of the Software that limits its use to a certain number of administrations of the Licensed Surveys or to a certain time period. Licensee may not rent or lease the Software to any other person.

13. Form Review – If Licensee will administer the Licensed Surveys on an electronic device Licensee acknowledges that this provision shall be applicable to Licensee’s use of the Licensed Surveys. Licensee is required to submit screen shots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language to OptumInsight. OptumInsight shall perform a form review to determine whether the Licensed Surveys have been appropriately migrated to electronic format. OptumInsight will complete its review of the Licensed Surveys for each Approved Language within two (2) weeks from OptumInsight’s receipt of screen shots or website link from Licensee. Licensee is solely responsible for the electronic creation of the Licensed Surveys. Licensee does not obtain any rights in the Licensed Surveys not otherwise granted in this Agreement due to the administration and/or use of the Licensed Surveys. Nothing in this Agreement prohibits OptumInsight from creating its own electronic forms of Licensed Survey administration. The Licensed Surveys cannot be used in electronic format except as allowed pursuant to the terms and conditions of this Agreement. Licensee acknowledges that there may be response differences due to

Filename: OGSR Unfunded Student OI FNL 10Oct12.doc



an OptumInsight company

Lic. No.: QM016387

Template: OGSR Unfunded Student LA - 2012-10-10

Page 3 of 5

effects from use of electronic format compared to a static Mode of administration such as paper/pencil. Licensee assumes any and all risk of differential effects resulting from the use of electronic format.

14. Miscellaneous –

a. This Agreement constitutes the entire and exclusive agreement between the parties and supersedes all previous communications or agreements, either oral or written, with respect to the subject matter hereof. This Agreement may not be modified or amended except by an instrument in writing signed by both parties. The Appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

b. Notices, copies of notices or other communications shall be sent to a party at the address set forth on the first page of this Agreement. All notices shall be effective upon delivery of the notice at such address.

c. Any waiver of any breach or default under this Agreement must be in writing and shall not be deemed a waiver of any other or subsequent breach or waiver. Failure to delay by either party to enforce compliance with any term or condition of this Agreement shall not constitute a waiver of such term or condition.

d. If any provision in this Agreement is determined to be invalid or unenforceable, the remaining provisions of this Agreement shall not be affected thereby and shall be binding upon the parties hereto, and shall be enforceable, as though the invalid or unenforceable provision were not contained herein.

e. In the event a Licensed Survey or associated OptumInsight intellectual property is exported by Licensee outside of the country in which Licensee is located, both parties agree that Licensee is obligated and solely responsible for ensuring compliance with all applicable import and export laws and regulations of the United States of America and/or any applicable foreign jurisdictions. Licensee shall indemnify, defend and hold harmless OptumInsight (including payment of all reasonable costs, fees, settlements and damages) with respect to any suits or proceedings brought against OptumInsight arising from Licensee's export of a Licensed Survey.

f. This Agreement and performance hereunder shall be governed in accordance with the laws of the State of New York, but excluding New York choice of law principles. With respect to any dispute arising in connection with this Agreement, Licensee consents to the exclusive jurisdiction and venue in the state and federal courts located in New York City, New York.

g. This Agreement may be executed in multiple counterparts, each of which shall be deemed an original and all of which shall be deemed the same agreement.

Filename: OGSR Unfunded Student OI FNL 10Oct12.doc



an OptumInsight company

Lic. No.: QM016387

Template: OGSR Unfunded Student LA - 2012-10-10

Page 4 of 5

Very Important - Please Read

NO formatting or editing changes to the survey

In order to obtain licensing from Licensor no changes can be made to the survey forms. Any format and/or language changes have the potential to affect the survey data received. Therefore, to maintain the validation and integrity of the SF Health Surveys, **no language or formatting changes** allowed. The format of the survey is scientifically engineered to facilitate accurate and unbiased data, as well as keeping the SF Health Survey in a visual format that is comprehensible to the patient/participant, including those who may be impaired and/or elderly. **You should administer the survey in the exact format you will receive it in. The only item Licensee may add is a header with patient identification and / or administration information. If you do wish to add a header please ask for a sample copy of the survey to edit and then submit this to your Account Representative for review prior to signing this License Agreement.** Once the licensing process is completed, you will receive a clean set of Survey Forms in a word and .pdf. file. These are the forms you will administer. **Please do not use any forms you may already have access to as the ones we send you are the most current versions.**

* * *

Filename: OGSR Unfunded Student OI FNL 10Oct12.doc



an OptumInsight company

Lic. No.: QM016387

Template: OGSR Unfunded Student LA - 2012-10-10

Page 5 of 5

APPENDIX B



LICENSE AGREEMENT - DETAILS

Licensee: Universidad Nacional Autonoma de Me
Victor Garcia Chavez
Batalla del 5 de mayo s/n, Col. Ejército
México DF, DF 09230

License Number: QM016387

Amendment to: N/A

License Term: 11/20/12 to 12/31/14

Approved Purpose
Health and absenteeism

Licensed Surveys (Modes) and Services:

Item	Description	Mode of Admin	Quantity
PROJ01	License Fee	Paper	1
ADM012	Patients Enrolled		500
ADMINS	Administrations		500
ES0230	SF-36v2, Acute Recall	Paper	1

Approved Languages:

Mexico (Spanish)

SS075	Scoring Software v4.5		1
SS080	SS v4.5 Key: SF-36v2		500
EM020	SF-36v2 Clinical Trial Guide		1

Approved Languages:

United States (English)

TOTAL FEES: 0.00 USD



February 24th, 2012

RE: Document of Certification for the revision of text strings for the Spanish (Mexico) SF-12v2 and SF36v2 Self-Administered Form (Standard & Acute) Paper-Pencil

To whom it may concern:

HRA is providing this document of attestation to certify that the Spanish (Mexico) SF-12v2 and SF36v2 Self-Administered Form (Standard & Acute) Paper-Pencil are appropriately reflective and matches the content in the English versions of the questionnaire. The revised text strings for the Self-Administered Form Paper-Pencil versions of the SF-36v2 and SF-12v2 (Standard & Acute) were adapted from previously accepted changes from the existing Spanish (Mexico) Modified Hip Fracture versions for the SA and IS. The remaining items were retained without alteration from the fully linguistically validated existing paper-pencil versions. The corrections that were identified and approved were categorized for this project into 4 different codes and differentiated the types of changes and determined whether a developer review was necessary.

HRA recruited appropriate translation consultants experienced in the preparation of cross-cultural adaptation of outcomes research measures. HRA organized, coordinated and supervised the activities of the translation consultants during all phases of the adaptation. This included performing the evaluation of the suggestions for appropriate content matching and monitoring the paste-up check of the revised Spanish (Mexico) versions and producing the final documentation.

HRA further certifies that the appropriate standards of cross-cultural adaptation techniques were used to develop this version of the measure. These include:

- Identification and review of corrections accepted in the existing Spanish (Mexico) Modified Hip Fracture versions for the SA and IS
- Evaluation of the suggestions for the revised text strings for content equivalence
- Developer review of the suggestions for the revised text strings if necessary
- Incorporation of accepted changes, final formatting of translation
- Paste-up check of all the measures

A comprehensive report and documentation on the cross-cultural adaptation process will follow delivery of this certification letter.

Sincerely,

Valeska Kantzer
Language Department Manager

Anexo 2. Instrumento.



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración
Investigación
“Salud y ausentismo laboral”

Victor Hugo García Chávez

Comité Tutor: Dra. Rebeca Martínez S.

Dra. Ma. Cecilia T. Canseco C.

Dra. Sofía I. Contreras S.

Indicaciones:

Por favor responda las siguientes preguntas. La información será manejada de forma totalmente confidencial.

Datos demográficos.

1. Nombre: _____
2. Número de empleado: _____
3. Sexo: () Hombre () Mujer
4. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): _____
5. Fecha de ingreso (dd/mm/aa): _____
6. Escolaridad: () Primaria () Secundaria () Bachillerato
() Licenciatura
7. Estado civil: () Soltero () Casado () Divorciado () Viudo
() Unión libre
8. Número de hijos: _____

Su Salud y Bienestar

Esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales. *¡Gracias por contestar estas preguntas!*

Por cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparando su salud con la de hace una semana, ¿cómo la calificaría usted en general ahora?

Mucho mejor ahora que hace una semana	Algo mejor ahora que hace una semana	Más o menos igual ahora que hace una semana	Algo peor ahora que hace una semana	Mucho peor ahora que hace una semana
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
▼	▼	▼

- | | | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| a | Actividades <u>vigorosas</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b | Actividades <u>moderadas</u> , tales como mover una mesa, barrer, trapear, bailar, andar en bicicleta | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c | Levantar o llevar las compras del mercado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d | Subir <u>varios</u> pisos por la escalera | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e | Subir <u>un</u> piso por la escalera..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f | Doblarse, arrodillarse o agacharse..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g | Caminar <u>más de un kilómetro</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| h | Caminar <u>varios cientos de metros</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| i | Caminar <u>cien metros</u> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| j | Bañarse o vestirse..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

4. Durante la última semana, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Ha tenido limitaciones en cuanto al <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Ha tenido <u>dificultades</u> en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante la última semana, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a Ha reducido el <u>tiempo</u> que dedicaba al trabajo u otras actividades.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b <u>Ha logrado hacer menos</u> de lo que le hubiera gustado.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Ha hecho su trabajo u otras actividades <u>con menos cuidado de lo usual</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SF-36v2® Health Survey © 1995, 2004, 2010, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
 SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
 (SF-36v2® Health Survey Acute, Mexico (Spanish))

6. Durante la última semana, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

Nada	Un poco	Más o menos	Mucho	Demasiado
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante la última semana?

Ningún dolor	Muy poco	Poco	Moderado	Severo	Muy severo
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante la última semana, ¿cuánto le ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada	Un poco	Más o menos	Mucho	Demasiado
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante la última semana. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante la última semana...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a se ha sentido lleno/a de vida?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b se ha sentido muy nervioso/a?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c se ha sentido tan decaído/a de ánimo que nada podía alentarlos/la?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d se ha sentido tranquilo/a y sosegado/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e ha tenido mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f se ha sentido desanimado/a y deprimido/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g se ha sentido agotado/a?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h se ha sentido feliz?	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
i se ha sentido cansado/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante la última semana, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SF-36v2® Health Survey © 1995, 2004, 2010, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved. SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (SF-36v2® Health Survey Acute, Mexico (Spanish))

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
▼	▼	▼	▼	▼

- a Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente 1 2 3 4 5
- b Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco 1 2 3 4 5
- c Creo que mi salud va a empeorar 1 2 3 4 5
- d Mi salud es excelente 1 2 3 4 5

¡Gracias por contestar estas preguntas!