



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN**

**Comunicación en Salud y Calidad de Vida en el Trabajo: Comparativo entre
Empresas con y sin Responsabilidad Social Empresarial**

Tesis

**Que para Optar el Grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**

Presenta

M.A. María Candelaria Guerrero Moreno

Tutores

Dra. Carmen Patricia Jiménez Terrazas

Coordinadora del Programa de Doctorado en Ciencias de la Administración
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Dra. Marie Leiner De la Cabada

Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Dr. Gabino García Tapia

Facultad de Contaduría y Administración
Universidad Nacional Autónoma de México

Dra. María Magdalena Chain Palavicini

Facultad de Contaduría y Administración
Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Adrián Méndez Salvatorio

Facultad de Contaduría y Administración
Universidad Nacional Autónoma de México

CDMX, Mayo de 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatoria

A mis hermanos que desde lejos siempre comprendieron mis ausencias en los momentos más importantes de unión familiar y fueron el apoyo para que continuara en esta nueva faceta en mi vida.

A mis padres, Guadalupe y Aristeo, a mi hermano Santiago (qepd) que en este proceso de superación no alcanzaron a ver este logro, pero muy especialmente a mi madre que con su esfuerzo y trabajo quiso para sus hijos lo mejor y siempre pregonó “si yo soy una ignorante no quiero que mis hijos lo sean” . A ti mamacita mi eterna gratitud y admiración.

A ti Juan Manuel, esposo, amigo y compañero de mi vida por tu invaluable comprensión y ayuda.

A mis hijos Juan Manuel y Adán Jesús porque fueron el impulso para prepararme y estar ahí para poder ayudarlos cuando me necesitaran.

Agradecimientos

Esfuézate, logra tus sueños, porque nadie dijo que era fácil alcanzarlos, lucha no te des por vencido que la vida es agradecida y te devolverá con creces todo tu esfuerzo y dedicación.

Espera, no te impacientes que lo mejor está por venir.

Siempre es bueno agradecer por todo lo que esta vida nos ofrece, a Dios porque cada día es una oportunidad de enmendar nuestros errores y ver la vida con optimismo, pero siempre es importante reconocer a todas aquellas personas que estuvieron presentes que con sus palabras de aliento hicieron posible alcanzar este logro.

Quedo agradecida con la vida por haberme permitido lograr un sueño que parecía imposible, manifestar mi admiración y respeto a mis directores de tesis, Dra. Carmen Patricia Jiménez Terrazas, Dra. Marie Leiner de la Cabada, Dr. Gabino García Tapia, Dra. María Magdalena Chain Palavicini, Dr. Adrián Méndez Salvatorio, por su guía, consejos y aportaciones para hacer de esta investigación algo placentero e invaluable.

Pero especialmente a ti Dra. Carmen Patricia Jiménez Terrazas, "Paty" por tu paciencia y tu guía para llegar a este punto culminante de mi vida, pero sobre todo gracias por tu amistad.

E igualmente agradezco a todas las personas que me brindaron su apoyo,-a mi querida amiga Socorro Cordero- e igualmente ofrezco una disculpa a aquellas que he omitido mencionar no siendo mi intención olvidarlas.

ÍNDICE GENERAL

1.	Introducción.....	3
1.1.	Antecedentes	5
1.2.	Problema de Investigación	7
1.3.	Justificación.....	8
2.	Comunicación en Salud.....	11
2.1.	Concepto de Comunicación.....	11
2.2.	El Concepto de Salud.....	12
2.3.	Comunicación en Salud.....	13
2.4.	Definición de Comunicación en Salud	19
2.5.	Antecedentes de la Comunicación en Salud.....	19
2.6.	Modelos de Comunicación en Salud.....	20
2.7.	Investigaciones que Utilizan como Estrategia la Comunicación en Salud.....	21
2.8.	Teorías de la Comunicación en Salud	24
3.	Calidad de Vida Laboral	29
3.1.	Definición de Calidad de Vida Laboral	29
3.2.	Antecedentes de la Calidad de Vida Laboral	32
3.3.	Componentes de la Calidad de Vida Laboral.....	33
3.4.	Investigaciones Sobre Calidad de Vida en la Empresa.....	34
3.5.	Calidad de Vida en la Empresa como Componente de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE)	39
3.6.	Investigaciones Sobre Calidad de Vida en la Empresa como Componente de la RSE.....	40
3.7.	El concepto de RSE	41
3.7.1.	Definición de RSE	41
3.7.2.	Antecedentes de la RSE.....	44
3.7.3.	Dimensiones y Líneas Estratégicas de la RSE	45
3.7.4.	Líneas Estratégicas de la RSE	47

3.7.5.	Modelos de RSE.....	49
3.7.6.	Investigaciones Sobre RSE	50
3.8.	Teorías de Calidad de Vida Laboral.....	50
3.9.	Análisis de las Teorías Sobre las Temáticas de esta Investigación	53
3.10.	Enfoque Teórico para esta Investigación	59
4.	Marco Contextual.....	61
4.1.	Calidad de Vida en la Empresa como Componente de RSE a Nivel Internacional.....	61
4.2.	Calidad de Vida Laboral como Componente de la RSE en Latinoamérica.....	63
4.3.	Calidad de Vida Laboral como Componente de la RSE en México.....	65
4.4.	Calidad de Vida Laboral como Componente de la RSE en el Estado de Chihuahua.....	68
4.5.	Calidad de Vida Laboral como Componente de la RSE en Ciudad Juárez	73
5.	Metodología.....	76
5.1.	Objetivos General, Objetivos Específicos y Preguntas de Investigación	76
5.1.1.	Objetivo General.....	76
5.1.2.	Objetivos Específicos	76
5.1.3.	Preguntas de Investigación	77
5.2.	Hipótesis.....	78
5.3.	Diseño de la Investigación	79
5.4.	Población.....	80
5.5.	Muestra y Diseño Muestral	81
5.6.	Método	84
5.7.	Variables	87
5.8.	Proceso de Análisis de Información y Datos.....	95
6.	Validación y Confiabilidad de los Instrumentos de Medición	96
6.1.	De los Directivos de las Unidades Económicas	96
6.1.1.	Validación de Contenido Mediante Juicio de Expertos.....	96

6.1.2.	Piloteo del Instrumento para Determinar la Confiabilidad	110
6.1.3.	Análisis de Validación de Escala: Correlación Inter-Ítem	114
6.1.4.	Validez de Constructo Mediante Análisis Factorial Exploratorio.....	117
6.1.5.	Análisis de Confiabilidad.....	122
6.2.	De los Trabajadores que Laboran en las Unidades Económicas	123
6.2.1.	Validación de Contenido Mediante Juicio de Expertos.....	123
6.2.2.	Piloteo del Instrumento de Medición para Determinar la Confiabilidad	125
6.2.3.	Análisis de Validación de Escala: Correlación Inter-Ítem	126
6.2.4.	Validez de Constructo Mediante Análisis Factorial Exploratorio.....	126
6.2.5.	Análisis de Confiabilidad.....	130
7.	R e s u l t a d o s.....	132
7.1	De los Directivos de las Unidades Económicas	132
7.1.1.	Características de las Unidades Económicas y de los Directivos	132
7.1.2.	Unidades Económicas y su Responsabilidad Social.....	135
7.1.3.	Programas para mejorar la salud de los trabajadores y Departamento Encargado de Implementarlos	136
7.1.4.	Comparación y Análisis. Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores	139
7.1.5.	Correlación de los Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores con otras Variables.....	151
7.2.	De los Trabajadores que laboran en las Unidades Económicas	156
7.2.1.	Características de las Unidades Económicas y de los Trabajadores	156
7.2.2.	Unidades Económicas y su Responsabilidad Social.....	158
7.2.3.	Departamento que Implementa Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores	160
7.2.4	Comparación y Análisis. Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores	161
7.2.5.	Correlación de los Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores con otras Variables.....	171
7.3.	Resumen de resultados.....	175
8.	Discusión.....	176

9.	Conclusión.....	181
A n e x o s		185
Anexo 1.	Construcción del Instrumento de Medición	185
Anexo 2.	Operacionalización de las Variables con sus Ítems	202
Anexo 3.	Instrumento de Medición Después de la Revisión de Literatura	204
Anexo 4.	Validez de Contenido. Información Personal de Jueces	207
Directivos de las Unidades Económicas.....		207
Trabajadores de las Unidades Económicas		208
Anexo 5.	Matriz de Comprensión, Equivalencia y Codificación.....	210
Anexo 6.	Porcentaje de Acuerdo por Expertos. Escala Totalmente de Acuerdo	211
Anexo 7.	Porcentaje de Acuerdo por Expertos. Todas las Escalas	212
Anexo 8.	Validación de Contenido. Índice de Concordancia Kappa de Fleiss	213
Anexo 9.	Comentarios y Redacción Alternativa.....	218
Anexo 10.	Observaciones de Jueces	221
Directivos de las Unidades Económicas.....		221
Trabajadores de las Unidades Económicas		223
Anexo 11.	Codificación. Cuestionario Piloto	226
Anexo 12.	Orden de Puntuación Total. Cuestionario Piloto	227
Anexo 13.	Pasos. Confiabilidad del Instrumento de Medición	228
Anexo 14.	Cálculo de t Student para los Primeros Seis Ítems	238
Anexo 15.	Correlación Inter-Ítems	239
Anexo 16.	Comunalidades	243
Anexo 17.	Varianza Total Explicada	244
Anexo 18.	Matriz de Componentes Rotados	245
Anexo 19.	Correlación Inter-Ítems con la Reclasificación de Ítems.....	246

Trabajadores de las Unidades Económicas	249
Anexo 20. Validación de Expertos.....	249
Anexo 21. Correlación Inter-ítems	250
Anexo 22. Comunalidades	253
Anexo 23. Varianza Total Explicada.....	254
Anexo 24. Matriz de Componentes Rotados	255
Anexo 25. Instrumentos de Medición	256
10. Bibliografía.....	262

T a b l a s

Tabla 1.	Enfoque teórico de comunicación en salud	25
Tabla 2.	Definiciones de calidad de vida laboral	31
Tabla 3.	Componentes objetivos y subjetivos de la calidad de vida laboral	33
Tabla 4.	Dimensiones de la responsabilidad social empresarial	46
Tabla 5.	Dimensiones interna y externa de la responsabilidad social empresarial	47
Tabla 6.	Enfoque teórico de la calidad de vida laboral	51
Tabla 7.	Análisis teórico	54
Tabla 8.	Análisis teórico visualizado transversalmente	55
Tabla 9.	Agrupación de teorías para la satisfacción de necesidades	55
Tabla 10.	Agrupación de teorías para el cambio de comportamiento	56
Tabla 11.	Agrupación de teorías de interacción entre ambientes	57
Tabla 12.	Esquematización de acuerdo a la clasificación de Bonfrenbrennen	58
Tabla 13.	Agrupación de las teorías de la integración	58
Tabla 14.	Mejores prácticas de responsabilidad social a nivel America Latina 2012	64
Tabla 15.	Mejores prácticas de responsabilidad social en México 2012	66
Tabla 16.	Empresas “socialmente responsables 2016” del Estado de Chihuahua	69
Tabla 17.	Empresas “socialmente responsables 2016” de Ciudad Juárez, Chih.	73
Tabla 18.	Número de encuestas estratificadas por unidades económicas	83
Tabla 19.	Operacionalización de variables y sus dimensiones	87
Tabla 20.	Operacionalización de la variable comunicación en salud en medios de comunicación	88
Tabla 21.	Operacionalización de las dimensiones de la comunicación en salud	89
Tabla 22.	Operacionalización de la variable calidad de vida laboral	90
Tabla 23.	Operacionalización, medición, número de ítems de las variables	92
Tabla 24.	Revisión bibliográfica de constructos	93

De los Directivos de las Unidades Económicas

Tabla 25.	Matriz de comprensión	99
Tabla 26.	Codificación del instrumento de medición	100
Tabla 27.	Matriz de equivalencia	101
Tabla 28.	Matriz de comentarios	102
Tabla 29.	Matriz de redacción alternativa	103
Tabla 30.	Resumen de puntuación de mayor a menor de las matrices de comprensión y equivalencia	104
Tabla 31.	Porcentaje de acuerdo entre jueces en la escala totalmente de acuerdo	105
Tabla 32.	Porcentaje de acuerdo para los ítems en la escala de totalmente de acuerdo	106
Tabla 33.	Porcentaje de acuerdo de los jueces en la escala totalmente de acuerdo	106
Tabla 34.	Porcentaje de acuerdo de los jueces en todas las escalas	107
Tabla 35.	Porcentaje de acuerdo entre jueces en la escala totalmente de acuerdo	107
Tabla 36.	Interpretación para el Índice de Concordancia Kappa de Fleiss	109
Tabla 37.	Operacionalización, medición y nuevo número de ítems de las variables	110
Tabla 38.	Resultados después de aplicar t de Student	112
Tabla 39.	Resumen de los estadísticos de fiabilidad	114
Tabla 40.	Análisis de la información estratificada de las dimensiones que integran el instrumento de medición	115
Tabla 41.	Análisis de los resultados de confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach	116
Tabla 42.	Medida KMO y prueba de esfericidad	119
Tabla 43.	Comunalidades	119
Tabla 44.	Porcentajes de la varianza total explicada	120
Tabla 45.	Matriz de componentes rotados	120
Tabla 46.	Reclasificación de los ítems en las dimensiones	121
Tabla 47.	Cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach estratificado	122

De los Trabajadores que Laboran en las Unidades Económicas

Tabla 48.	Validación de contenido	125
Tabla 49.	Análisis de los resultados de confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach	126
Tabla 50.	Medida KMO y prueba de esfericidad	128
Tabla 51.	Comunalidades	128
Tabla 52.	Porcentaje de la varianza total explicada	129
Tabla 53.	Matriz de componentes rotados	129
Tabla 54.	Clasificación de los ítems en las dimensiones	130
Tabla 55.	Cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach estratificado	131

De los Directivos de las Unidades Económicas

Tabla 56.	Unidades económicas de acuerdo a su actividad	133
Tabla 57.	Características demográficas de los directivos de las unidades económicas	134
Tabla 58.	Unidades económicas que se consideran socialmente responsables	135
Tabla 59.	Unidades económicas con distintivo “ESR”	136
Tabla 60.	Programas para mejorar la salud de los trabajadores	137
Tabla 61.	Programas para mejorar la salud de los trabajadores en empresas con y sin distintivo “ESR”	137
Tabla 62.	Otros programas para mejorar la salud de los trabajadores	138
Tabla 63.	Departamento que implementa programas para mejorar la salud de los trabajadores	139

Unidades Económicas con Distintivo “ESR”

Tabla 64.	Programas de promoción de la salud	140
Tabla 65.	Grado de participación en temas de salud	141
Tabla 66.	Programas de promoción de estilos de vida	141
Tabla 67.	Programas de difusión y evaluación para mejorar la salud de los	142

	trabajadores	
Tabla 68.	Condiciones de trabajo	142
Tabla 69.	Bienestar logrado a través del trabajo	143
Tabla 70.	Beneficios de desarrollar programas de RSE en las unidades económicas con distintivo “ESR”	143
Unidades Económicas sin Distintivo “ESR”		
Tabla 71.	Programas de promoción de la salud	144
Tabla 72.	Grado de participación en temas de salud	145
Tabla 73.	Programas de promoción de estilos de vida	145
Tabla 74.	Programas de difusión y evaluación para mejorar la salud de los trabajadores	146
Tabla 75.	Condiciones de trabajo	146
Tabla 76.	Bienestar logrado	147
Tabla 77.	Beneficios de desarrollar programas de RSE en las unidades económicas sin distintivo “ESR”	147
Tabla 78.	Promedios de la variable comunicación en salud	148
Tabla 79.	Promedios de la variable calidad de vida	148
Tabla 80.	Prueba de normalidad	149
Tabla 81.	Diferencias de medias de variables y dimensiones	150
Tabla 82.	Índice de correlación entre dimensiones que integran los programas para mejorar la salud de los trabajadores	151
Tabla 83.	Comparación entre dimensiones que integran la comunicación en salud y calidad de vida laboral	152
Tabla 84.	Índice de correlación de los programas para mejorar la salud de los trabajadores con otras variables	152
Tabla 85.	Índice de correlación de los beneficios de implementar programas de RSE con otras variables	153
Tabla 86.	Índice de correlación de los ítems que integran beneficios de implementar programas de RSE con otras variables	153
Tabla 87.	Índice de correlación de las variables y los beneficios de implementar programas de RSE	154
Tabla 88.	Índice de correlación entre las dimensiones y los ítems que	154

integran los beneficios de implementar programas de RSE
De los Trabajadores que Laboran en las Unidades Económicas

Tabla 89.	Unidades económicas de acuerdo a su actividad.	156
Tabla 90.	Características demográficas de los trabajadores	157
Tabla 91.	Conocimiento del trabajador sobre responsabilidad social empresarial	158
Tabla 92.	Unidades económicas que sus trabajadores las consideran socialmente responsables	159
Tabla 93.	Unidades económicas que sus trabajadores manifestaron cuentan con el distintivo “ESR”	160
Tabla 94.	Departamento que implementa programas para mejorar la salud del trabajador	160

Unidades Económicas con Distintivo “ESR”

Tabla 95.	Programas de promoción de la salud	162
Tabla 96.	Programas de promoción de estilos de vida saludables	162
Tabla 97.	Programas de difusión y evaluación para mejorar la salud de los trabajadores	163
Tabla 98.	Condiciones de trabajo	163
Tabla 99.	Participación de los trabajadores en temas de salud	164
Tabla 100.	Bienestar logrado de los trabajadores	164
Tabla 101.	Beneficios de desarrollar actividades de RSE	165

Unidades Económicas sin Distintivo “ESR”

Tabla 102.	Programas de promoción de la salud	165
Tabla 103.	Programas de promoción de estilos de vida saludables	166
Tabla 104.	Programas de difusión y evaluación	166
Tabla 105.	Condiciones de trabajo	167
Tabla 106.	Participación de los trabajadores en temas de salud	167
Tabla 107.	Bienestar logrado	167
Tabla 108.	Beneficios de desarrollar programas de RSE	168

Tabla 109.	Promedios de la variable comunicación en salud	169
Tabla 110.	Promedios de la variable calidad de vida laboral	169
Tabla 111.	Prueba de normalidad	170
Tabla 112.	Índice de correlación entre dimensiones que integran los programas para mejorar la salud de los trabajadores	171
Tabla 113.	Comparación entre dimensiones que integran la comunicación en salud y calidad de vida laboral	172
Tabla 114.	Beneficios de la RSE con otras variables	172
Tabla 115.	Índice de correlación de los ítems que integran beneficios de implementar programas de RSE con otras variables	173
Tabla 116.	Índice de correlación de las variables y los beneficios de implementar programas de RSE	173
Tabla 117.	Índice de correlación entre las dimensiones y los ítems que se integran a beneficios de implementar programas de RSE	174
Tabla 118.	Diferencia de medias. Variables y dimensiones	174
Tabla 119.	Revisión bibliográfica de constructos	185
Tabla 120.	Revisión bibliográfica del constructo comunicación en salud	186
Tabla 121.	Identificación de campañas de salud	188
Tabla 122.	Estrategias de comunicación en salud	188
Tabla 123.	Medios de comunicación	188
Tabla 124.	Revisión de bibliografía de la dimensión de estilos de vida saludables	189
Tabla 125.	Factores de estilos de vida saludables	190
Tabla 126.	Agrupación de los ítems de estilos de vida saludables	191
Tabla 127.	Cuestionarios utilizados en estilos de vida saludables	191
Tabla 128.	Revisión bibliográfica del constructo calidad de vida laboral	192
Tabla 129.	Factores o dimensiones de la calidad de vida laboral	194
Tabla 130.	Agrupación de ítems de los factores de calidad de vida laboral	194
Tabla 131.	Ítems de Condiciones de trabajo	195
Tabla 132.	Ítems de Bienestar logrado a través del trabajo	196
Tabla 133.	Revisión bibliográfica de calidad de vida en la empresa integrada a la responsabilidad social empresarial	197
Tabla 134.	Agrupación de dimensiones de responsabilidad social empresarial	198

Tabla 135.	Agrupación de ítems de acuerdo al modelo de Carroll	198
Tabla 136.	Agrupación de ítems por dimensiones externa e interna	199
Tabla 137.	Ítems de calidad de vida en la empresa integrada en la responsabilidad social empresarial	200
Tabla 138.	Validación de contenido mediante el índice de concordancia Kappa de Fleiss	214
Tabla 139.	Determinación de la proporción de las asignaciones	215
Tabla 140.	Resultados obtenidos de la validación de contenido mediante el índice de concordancia Kappa de Fleiss	216
Tabla 141.	Codificación del cuestionario piloto	228
Tabla 142.	Codificación de los ítems del cuestionario piloto	229
Tabla 143.	Ordenamiento de la puntuación del cuestionario piloto de mayor a menor	229
Tabla 144.	Distribución por bloques de la puntuación del cuestionario piloto	230
Tabla 145.	Puntuaciones más altas del cuestionario piloto que corresponde al 25% del total de sujetos	230
Tabla 146.	Puntuaciones más baja del cuestionario piloto que corresponde al 25% del total de sujetos	231
Tabla 147.	Puntuación intermedia del cuestionario piloto	231
Tabla 148.	Puntuaciones totales más altas y más bajas del cuestionario piloto	232
Tabla 149.	Puntuaciones totales más altas, más bajas e intermedias para la segunda eliminación	233
Tabla 150.	Puntuaciones más altas del cuestionario piloto segunda eliminación	234
Tabla 151.	Puntuaciones más bajas del cuestionario piloto segunda eliminación	234
Tabla 152.	Resultados después de aplicar la t de Student	236

Resumen

Una de las líneas estratégicas de la “Carta de Ottawa”, emitida en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en 1986, se refiere a la creación de ambientes favorables, donde menciona que el trabajo y la forma en que se organiza, deben contribuir y ser fuente de salud para la sociedad. Por tal motivo, esta investigación tiene por objetivo elaborar un diagnóstico comparativo para conocer los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores y las estrategias de comunicación en salud utilizadas y su relación con la calidad de vida laboral, así como la percepción que tienen los trabajadores acerca de estos programas y de sus estrategias de comunicación. La aproximación al objeto de estudio es no experimental, cuantitativa, transversal, descriptiva y correlacional, usando cuestionario para la recolección de datos con tres dimensiones de la variable comunicación en salud y dos dimensiones de la variable calidad de vida laboral, enfocada a dos tipos de población: directivos y trabajadores de unidades económicas de más de 100 empleados que cuenten con el distintivo “Socialmente Responsable” y las que no en Ciudad Juárez, Chihuahua. En una muestra de 117 directivos y 261 trabajadores, los resultados revelan correlación significativa entre las dimensiones para ambas poblaciones de estudio. Como recomendación derivada del estudio, se sugiere incluir en los programas de responsabilidad social empresarial, estrategias de comunicación en salud, que favorezcan, desarrollen y promuevan ambientes laborales saludables.

Palabras clave: Comunicación en salud, calidad de vida laboral, responsabilidad social empresarial

Abstract:

One of the strategic lines of the "Ottawa Letter", issued at the first International Conference on Health Promotion in 1986, refers to the creation of favorable environments where it mentions that work and the way it is organized, must contribute and be a source of health for society. For this reason, this research aims to develop a comparative diagnosis to know the programs aimed at improving workers' health and health communication strategies used and their relationship with the quality of work life, as well as the perception of workers about these programs and their communication strategies. The approach to the object of study is non-experimental, quantitative, transverse, descriptive and correlational, using a questionnaire for data collection with three dimensions of the health communication variable and two dimensions to the variable quality of work life, focused on two types of Population: managers and workers of economic units of more than 100 employees that have the "Socially Responsible" brand and those not in Juarez City, Chihuahua. In a sample of 117 managers and 261 workers, the results reveal a significant correlation between the dimensions for both study populations. As a recommendation derived from the study, it is suggested to include in the programs of corporate social responsibility, strategies of communication in health, that stimulate, development and promote healthy work environments.

Key Word: Health Communication; Quality Working Life, Corporate Social Responsibility.

1. Introducción

La comunicación en salud es definida como “la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño” (Coe, 1998) y toma importancia al considerársele en una de las líneas de acción de “La Carta de Ottawa” emitida en la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud llevada a cabo en Ottawa, Canadá en 1986 (Servaes & Malikhao, 2010).

En “La Carta de Ottawa” (Bustamante, 2012), se definen cinco líneas de acción y en donde se establece que los medios de comunicación son factores clave para promocionar la salud. Una de estas líneas de acción es la creación de ambientes favorables, los cuales se refieren al entorno donde viven las personas e incluye hogar, comunidad y el lugar de trabajo, siendo éste un lugar idóneo para promover una buena salud, utilizando las estrategias de comunicación en salud (Whitehead, 2006; Kahn, Stevenson, & Roslender, 2010) debido a que las personas pasan buena parte de su vida en él (Danna & Griffin, 1999; Barrios & Paravic, 2006; Williams & Snow, 2012).

Estas estrategias tienen como objetivo reducir las barreras o aumentar las oportunidades para cambios saludables, al proporcionar opciones más saludables y accesibles (Engbers, Poppel, Chin, & Mechelen, 2005) impactando en la salud de los trabajadores (Whitehead, 2006).

El interés de las empresas por la salud del trabajador además de la salud laboral, ha surgido debido a cambios importantes en los costos de los servicios médicos (Leiner, Ávila, & Jiménez, 2010) que con anterioridad escapaban a las necesidades de la empresa (Zwetsloot & Pot, 2004; Shoaf, Genaidy, & Karwowski, 2004; Whitehead, 2006; Andrade & Gómez, 2008). Ahora asociaciones y empresas incluyen programas preventivos asociados al empleo saludable, todos ellos encaminados a mejorar la salud de sus trabajadores (Aldana, Merrill, Price, Hardy, & Hager, 2004).

Algunas opciones o programas para mejorar la salud del trabajador están presentes en las empresas como parte de su responsabilidad social empresarial (Scheppingen, Baken, Zwetsloot, Bos, & Berkers, 2012), como ejemplos se pueden citar a Grupo Cementos de Chihuahua, donde se promueve la cultura de la salud; Volkswagen de México que promueve la expo salud, así como la alimentación saludable mediante la elaboración de comidas especiales que ayudan a la reducción y/o control de peso; Femsa, que promueve la cultura de la salud y el autocuidado; otras empresas que ofrecen y llevan a cabo sus propios programas saludables como es el caso de Sodexo, e-Saludable y Empresa Saludable (Sodexo, 2014; e-Saludable, 2014; Empresa Saludable, 2014).

La responsabilidad social empresarial considera los intereses no solamente de los accionistas sino también de la sociedad en su conjunto, las empresas se integran voluntariamente en las preocupaciones sociales y medioambientales, al adoptar comportamientos que van más allá de sus obligaciones legales (Comisión de las Comunidades Europeas , 2001).

En México, el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) establece que la responsabilidad social empresarial sólo se comprende reconociendo cuatro líneas o ámbitos básicos y estratégicos que explican su presencia en toda actividad de la empresa, en estas líneas se incluye la calidad de vida en la empresa como una dimensión social del trabajo (CEMEFI, A.C.).

Siendo una investigación donde se incorpora la responsabilidad social empresarial y estar ligada al distintivo que otorga el CEMEFI, en el desarrollo de la presente investigación se podrían utilizar de manera similar los términos calidad de vida en la empresa (como la identifica el CEMEFI), calidad de vida en el trabajo (traducción) o como calidad de vida laboral (literatura en español y portugués).

La calidad de vida en el trabajo es percibida por los trabajadores como “las condiciones favorables y los ambientes de un lugar de trabajo que apoyan y promueven

la satisfacción del trabajador proveyéndolo de recompensas, seguridad en el trabajo y oportunidades de crecimiento” (Lau, 2000) repercutiendo positivamente en la salud física, psíquica y emocional del trabajador (Shoaf, Genaidy et al, 2004).

1.1. Antecedentes

La implementación de algunas estrategias de responsabilidad social, han mostrado que estas pueden contribuir al éxito y a darle reconocimiento, no dependiendo solamente de las utilidades (Barroso, 2008). Esta posible ventaja competitiva de alcanzar beneficios tanto internos como externos ha impulsado a las empresas mexicanas a incursionar en la implementación de prácticas de responsabilidad social (Mercado & García, 2007). La revisión en artículos de investigaciones científicas ha permitido identificar algunos programas que realizan las empresas para mejorar la calidad de vida laboral de sus trabajadores, sin embargo no se han encontrado investigaciones que permitan identificar cuáles son los programas encaminadas a mejorar la salud del trabajador.

Al analizar teóricamente la línea estratégica de calidad de vida en la empresa incluida como componente de la responsabilidad social empresarial, se ha encontrado que es menester incorporar programas sociales dirigidos tanto a jubilados como al trabajador y sus familias (Mercado & García, 2007) e incluir la participación de ellos en programas de salud (Turker, 2009).

Mediante el análisis teórico del término calidad de vida laboral, se ha encontrado que se integra por dos dimensiones: la dimensión subjetiva que comprende aquellos aspectos que guardan una relación con la experiencia del trabajador (Osca & Urien, 2001; Segurado & Agulló, 2002) y la dimensión objetiva referente a aspectos relacionados con el entorno laboral y dentro de éste la salud y seguridad en el trabajo (Segurado & Agulló, 2002) siendo su principal enfoque a la prevención de accidentes laborales (Benavides, Delclos, Benach, & Serra, 2006; Bonagamba, Palucci, & Cruz, 2007) y las enfermedades relacionadas con el trabajo (Tamez, Ortiz, Martínez, & Méndez, 2003), ambos predispuestos por factores físicos, químicos, psicosociales,

biológicos y ergonómicos entre otros (Veronen & Mattila, 2000; Vinodkumar & Bhasi, 2009).

En cuanto a la evidencia empírica de los conceptos anteriores, la calidad de vida laboral se relaciona con aspectos subjetivos como compromiso de trabajo (Kanten & Sadullah, 2012), la satisfacción laboral (Bonilla, Franco, & Trinidad, 2012), clima organizacional y satisfacción de necesidades (Sirgy, Efraty, Siegel, & Jin Lee, 2001), encontrándose que la salud se orienta a los aspectos de seguridad (Pavithra & Barani, 2012).

En lo que respecta al análisis empírico de la responsabilidad social empresarial, específicamente aquellas investigaciones relacionadas con la salud la cual está integrada a la línea estratégica de calidad de vida en la empresa ha sido escasamente investigada debido a la localización de un limitado número de publicaciones y nuevamente su enfoque es la seguridad en el trabajo (Hoffmeister, Benavides, & Peré, 2006).

Entre los programas propuestos voluntariamente en las empresas en materia de salud y seguridad se cuentan en mayor número aquellas enfocadas con la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades relacionados con el trabajo (Urdaneta, 2008, Montero, Araque, & Rey, 2009), sin embargo también consideran la inclusión de programas sobre la salud de los trabajadores sin especificar cómo y cuáles (Sørensen & Brand, 2011).

Ante la carencia teórica como empírica sobre programas encaminados a mejorar la salud del trabajador que utilicen como estrategia la comunicación en salud para promover una buena salud en el lugar de trabajo y que haga evidente la relación con la calidad de vida en el trabajo, se propone la elaboración de un diagnóstico que permita comparar los programas que desarrollan las empresas con distintivo “socialmente responsable” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y aquellas que no poseen este distintivo.

1.2. Problema de Investigación

La salud como componente de la calidad de vida laboral se estudia desde un enfoque propiamente de la seguridad laboral. Se ha encontrado en investigaciones anteriores que los estudios se concentran en la seguridad laboral, analizando sus causas y su relación con los riesgos laborales (Valenzuela, Sanhueza, Riquelme, Fernández, & Núñez, 2003), riesgos psicosociales (Juárez, 2007) y accidentes de trabajo (Mendes R. , 1988), sin embargo, aspectos importantes como la promoción de la salud utilizando como estrategia la comunicación en salud, son excluidos.

Existen diagnósticos que permiten conocer la calidad de vida laboral percibida (Quezada, Sanhueza, & Silva, 2010), de seguridad e higiene basado en la normatividad mexicana (Anaya, 2006), autodiagnóstico participativo para la promoción de la salud (Acosta, Aguilera, & Parra, 2010); sin embargo no se ha detectado uno que permita conocer cómo los programas encaminados a mejorar la salud del trabajador son comunicados y cuál es su relación con la calidad de vida laboral. Por lo tanto el problema de la presente investigación es la escasez de información que permita comparar si en las unidades económicas con más de 100 empleados, ubicadas en Ciudad Juárez, Chihuahua que cuenten con el distintivo “socialmente responsable” otorgado por el Centro Mexicano para la Filantropía AC (CEMEFI) y aquellas que no poseen este distintivo, llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud del trabajador, además de conocer si estos programas utilizan estrategias de la comunicación en salud y cuál es su relación con la calidad de vida laboral. Adicionalmente de conocer la percepción general que tienen los trabajadores acerca de los programas encaminados a mejorar la salud y de las estrategias de la comunicación en salud utilizadas en las unidades económicas y además si incentivan las prácticas de responsabilidad social cuando se llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

1.3. Justificación

En México al igual que en otros países desarrollados y en vías de desarrollo, en los últimos años se han observado problemas de salud, como es el caso de enfermedades crónicas no transmisibles destacándose las enfermedades cardiovasculares, seguida por algunos tipos de cáncer (Barquera, Campos, Hernández, Pedroza, & Rivera, 2013), enfermedades respiratorias y diabetes que representan cada vez un costo más elevado para las empresas (Gisbert, 2007; Kahn et al., 2010) y los sistemas de salud (Velázquez et al., 2003) afectando además a la competitividad y a la planeación estratégica (Romero et al., 2009) debido a que muchos de los empleados dejarán de trabajar por discapacidad o fallecimiento prematuro (Córdova et al., 2008).

Estos problemas de salud tienen un impacto en el trabajador por su deterioro progresivo y que pueden ser causantes de lesiones y accidentes de trabajo, así como ausentismo y retiro temprano por incapacidad (García, y otros, 2008), todos ellos con alto costo tanto en lo social como en lo financiero, impactando a la productividad de las empresas (Domínguez, 1997; Sørensen & Brand, 2011).

En la actualidad el Estado realiza programas de comunicación en salud masivas promoviendo hábitos saludables orientados hacia la educación de la población buscando que, directa o indirectamente, contribuyan a mejorar la salud de la población (Córdova et al., 2008), sin embargo estos mensajes no han tenido el resultado esperado ya que no solamente se requiere identificar el problema, sino ofrecer posibles soluciones mediante técnicas innovadoras como las de persuasión similares a las utilizadas por los expertos en mercadotecnia (García et al., 2008). Estos programas pretenden disminuir riesgos aunque la evaluación de los resultados ha resultado compleja (Leiner, 2012).

En las empresas se realizan programas relacionados con la salud, los cuales se consideran como parte de la responsabilidad social, ejemplos de ello son las campañas de vacunación, ferias de salud, competencias deportivas, pero poco se conoce sobre

programas de responsabilidad social empresarial que ayuden a la prevención de enfermedades (Leiner et al., 2008).

La importancia de estudiar la comunicación en salud responde a la necesidad de informar, influenciar y motivar a los individuos, instituciones y público, sobre temas de salud (Kahn et al., 2010). La comunicación en salud es una estrategia que ha sido utilizada para la prevención de enfermedades, promoción de la salud, políticas de salud, financiamiento y mejoramiento de la calidad de vida de los integrantes de una comunidad y donde las empresas forman parte de ella (Alcalay, 1999; Díaz & Uranga, 2011).

Existe una brecha entre los avances logrados en las investigaciones relacionadas a la rama de la medicina y el conocimiento y aplicación de estas investigaciones hacia la población. Los profesionales de la salud tienen grandes conocimientos sobre cómo promover la salud y prevenir las enfermedades, sin embargo no saben cómo comunicar esta información a la sociedad (Alcalay, 1999).

Por su naturaleza de estudio y la función de los medios necesarios para hacer que los temas en salud lleguen y produzcan el efecto deseado al público objetivo, se requiere de un trabajo multidisciplinario que incluya conocimientos en salud, comunicación, administración, sociología, economía entre otros, para ello se requiere gran creatividad para abordar los problemas e identificar posibles soluciones (García et al., 2008). Se considera que el administrador por su formación y conocimientos puede ser el encargado de implementar programas de comunicación en salud (Leiner et al., 2008).

De ahí la importancia de realizar un diagnóstico que permita comparar cómo las empresas con el distintivo “socialmente responsable” otorgado por el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y aquellas empresas que no poseen este distintivo incorporan y promueven programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores y cuáles son sus estrategias de comunicación en salud que puedan contribuir a

disminuir los problemas de salud y que ayuden a mejorar la calidad de vida en el trabajo, que además de integrar al trabajador se incluyan a la familia y a la comunidad (Almaguer, Herrera, & Pérez, 2007).

2. Comunicación en Salud

2.1. Concepto de Comunicación

Definida por Aristóteles como la búsqueda de "todos los medios de persuasión que tenemos a nuestro alcance" la cual está compuesta por tres elementos: hablante, mensaje, oyente (Beltrán, 2010), esta definición fue perdurable por muchos años hasta mediados de los años treinta cuando Lasswell agrega dos elementos más a la comunicación, describiéndola entonces como "Quién dice Qué en Cuál Canal a Quién y con Qué Efecto". Años más tarde Claude Shannon y Warren Weaver desarrollaron un modelo de comunicación electrónica que incluía: fuente, transmisor, señal, receptor y destinatario, modelo que resultó interesante para los investigadores al utilizarlo en la comunicación humana (de Oliveira, 2006).

A finales de los años sesenta David K. Berlo realiza una síntesis de los distintos modelos, elaborando el proceso de comunicación con los elementos: fuente de la comunicación, codificador, mensaje, canal, decodificador, y la recepción de la comunicación. El concepto de comunicación puede ser asociado a diferentes términos que contribuyen a su definición, se aplica a cualquier información o mensaje que se transmite a diferentes destinatarios.

La comunicación es vista por los investigadores como un proceso social central que influye en la conceptualización de la salud y el bienestar de las personas, la provisión de asistencia médica y la promoción de la salud tanto pública como personal, esta centralidad está basada en el rol persuasivo que la comunicación realiza en la creación, recopilación e intercambio de información de salud que es uno de los recursos más importantes que guían de forma estratégica a la promoción de la salud, los tratamientos y las decisiones tanto de la asistencia médica personal como profesional (Kreps, 2015), ha estado presente desde tiempos muy antiguos en estos procesos, sin embargo su desarrollo se da a partir de los cambios en la definición de salud a mitad del siglo XX (Díaz & Uranga, 2011; Alcalay, 1999), la cual empieza a tomar importancia en los

procesos de salud al considerarla como un elemento transversal en los programas y acciones de educación y promoción de la salud, a partir de la primera Conferencia Mundial sobre la Promoción de la Salud llevada a cabo en Ottawa (Canadá) en 1986.

2.2. El Concepto de Salud

La salud en su definición general es “El completo estado de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (García et al., 2008), sin embargo su cambio en la definición a mediados del siglo XX evoluciona a una definición actual enfocada a una perspectiva bio-psico-social, trayendo un cambio en las perspectivas y en las formas de abordar la salud (Díaz & Uranga, 2011).

El recurso principal para el desarrollo social, económico y personal, así como un elemento importante de la calidad de vida es la salud, las cuestiones políticas, económicas, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos pueden favorecer o perjudicar la salud (San Martín & Prado, 2004; Santos, Djair, & Correia, 2011), la salud se percibe no solo como un objetivo de vida sino como una fuente de felicidad (Piñón & Torres, 2001) y que en términos de capacidad y posibilidad considera la satisfacción de necesidades vitales como la autonomía y la alegría, guardando una relación con las condiciones de trabajo (Barrios & Paravic, 2006).

Hoy en día, la salud es una de las preocupaciones de los gobiernos a nivel global por el incremento de distintas enfermedades que afectan a regiones enteras y que en ocasiones alcanzan proporciones de pandemia. Entre las estrategias para atacar estos problemas de salud, los medios de comunicación han sido ampliamente utilizados por los organismos gubernamentales, agencias internacionales para inducir a la población a alcanzar un estado de bienestar físico mental y social (Renaud & Rico, 2007).

El tiempo ha pasado para que esta definición primaria emitida por la Organización Mundial de la Salud en 1946 tomara una perspectiva comunicacional al convertirla en un componente esencial en los procesos de comunicación en salud (Díaz & Uranga, 2011).

2.3. Comunicación en Salud

Considerada como un área de investigación muy amplia, en la que se incluyen niveles y canales de comunicación, la comunicación en salud conjunta el estudio y uso de estrategias de comunicación para informar e influir en individuos y colectivos decisiones en el cuidado de la salud (Healthy People, 2010).

En los niveles de comunicación en salud se encuentra la comunicación intrapersonal, interpersonal (personalizada o grupal), comunitaria y masiva, organizacional y social (Kreps, 2015; Aarva, de Haes, & Visser, 1997),

La comunicación en salud interpersonal se lleva a cabo entre dos o más personas, se produce frente a frente para abordar un problema específico, este tipo de comunicación abarca tanto la comunicación verbal como la no verbal (Silva, 2001; Mosquera, 2002). La comunicación interpersonal puede darse de dos formas, personalizada y grupal, siendo un ejemplo de comunicación personalizada relacionada con la salud, la que se lleva a cabo entre el médico y su paciente, mientras que la comunicación interpersonal grupal se establece cuando hacen contacto una persona y un grupo de ellas para intercambiar experiencias o búsqueda de soluciones, ejemplo de este tipo de comunicación son los sociodramas, las sesiones demostrativas o los talleres de capacitación en grupo (Obregón, 2005), para llevar a cabo estas acciones es necesario tener en cuenta las modalidades de difusión de los talleres o las sesiones y la metodología para llevarlos a cabo, para lo cual se debe de contar con materiales de apoyo, conocimientos y habilidades para el desarrollo de técnicas grupales, mientras que la comunicación en salud organizacional, entendida como un proceso estratégico busca que toda la información relacionada a la salud y llevada a cabo al interior de la organización sea comprendida siendo su finalidad la prevención de riesgos de salud (Kreps et al., 1998).

A través de canales de comunicación se busca la diseminación de mensajes persuasivos con la intención de motivar al público para lograr un cambio en el

comportamiento, algunos de estos cambios son específicos como realizar ejercicio, llevar una dieta saludable, dejar de fumar, etc. (Kreps, 2015).

Los canales de comunicación usados y la influencia que éstos ejercen en los resultados de la salud pueden ser importantes, una buena combinación de canales de comunicación aumentan las oportunidades de llegar a un auditorio objetivo y poner en práctica una amplia variedad de mensajes de prevención (Kreps, Bonaguro, & Query, 1998), estos canales de comunicación incluyen los canales de comunicación tradicionales, así como aquellos que utilizan tecnologías digitales (Kreps et al., 1998), otros autores mencionan que los medios de comunicación son efectivos para modificar comportamientos y actitudes cuando se trata de persuadir a las personas a proteger la salud (Cassell, Jackson, & Chevront, 1998; Beltrán, 2010; Kreps, 2015).

La información a través de los canales de comunicación masivos ha sido uno de los enfoques en salud más tradicionales, este tipo de comunicación tiene la finalidad de invitar a la audiencia a participar, y motivar a la acción, su población objetivo es indistinta y universal (Prieto, Moreno, & Cardozo, 2006) y como su nombre lo indica tiene gran alcance y cobertura porque puede cubrir grandes territorios y una población numerosa, combinada de una forma adecuada genera grandes impactos en la población ya que su medio para transmitirla incluyen: televisión, radio, prensa, cine, revistas, (Silva, 2001; Mosquera, 2002).

Las tecnologías digitales, son canales de comunicación que potencializan la información a un público más amplio (de Oliveira, 2006), dentro de estas tecnologías se incluyen la internet y las redes sociales (Silva, 2001; Mosquera, 2002).

El mayor impacto positivo en la investigación de comunicación en salud que ha tenido la sociedad, está en la realización de campañas de promoción de la salud, donde éstas son comúnmente diseñadas para educar a poblaciones objetivo sobre las amenazas de salud importantes, Kreps (2005), identifica dos áreas de investigación: La investigación de la comunicación en salud enfocada en el cuidado de la salud y la

investigación de la comunicación en salud enfocada a la promoción de la salud, esta última área de investigación se encausa más en el diseño y evaluación de las campañas de promoción por el análisis de diseño de mensajes, canales de comunicación, mientras que Mosquera (2002) destaca la importancia de exposición de mensajes y la búsqueda por parte de las personas de información acerca de la salud, y la utilización de imágenes de salud en los medios de comunicación.

La información de salud incluye el conocimiento recogido por los proveedores de salud a través de las entrevistas con los pacientes, resultados de exámenes de laboratorio, investigaciones clínicas, tratamientos médicos, etc., los proveedores de salud son aquellos donde se incluye una amplia gama de cuidadores y que prestan servicios de atención y promoción de la salud, así como de educación y difusión (Kreps, 2015).

La comunicación en salud es reconocida como un elemento indispensable en los esfuerzos dirigidos a mejorar la salud pública y personal, ejercida en distintos contextos como la relación médico-paciente, la búsqueda de información sobre la salud por un individuo o un grupo, la adherencia al tratamiento o a recomendaciones clínicas por un individuo o de un grupo, la construcción de campañas de salud pública para diseminar información en relación al riesgos para las personas como para las comunidades (Mosquera, 2002), la concientización de los riesgos para la salud asociados a prácticas o comportamientos específicos, la difusión entre la población de determinada imagen de la salud, así como la difusión de información en relación a la accesibilidad a la atención médica o bien, la comunicación dirigida a los responsables con la finalidad de modificar el medio ambiente, etc. (Renaud & Rico, 2007).

Otros temas que integra la comunicación en salud incluyen el control de enfermedades, la prevención, salud ambiental, seguridad en el lugar de trabajo, prevención de la violencia entre otros (Kreps et al., 1998), sus mensajes están dirigidos a concientizar, persuadir y motivar, a los individuos, y a las comunidades a la participación e involucramiento (Guibert et al., 1999) a favor de la adopción de hábitos

saludables (Díaz & Uranga, 2011) con la finalidad de prevenir enfermedades (Mosquera, 2002; Parrott, 2004).

La comunicación en salud ha sido fundamental cuando se busca involucrar a la población para intervenir en los asuntos de salud que la afectan, mantener temas importantes y fundamentales en la agenda pública y promover comportamientos saludables (Obregón, 2005), mencionado con anterioridad, toma importancia a partir de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud llevada a cabo en Ottawa, Canadá en 1986 (Coe, 1998), siendo el objetivo “salud para todos el año 2000” (Bustamante, 2012), definiendo en este documento que “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, el resultando de esta conferencia fueron cinco líneas de acción (Muñoz & Castro, 2010). Primera; Elaboración de una política pública sana; Segunda. La creación de ambientes favorables; Tercera. El reforzamiento de la acción comunitaria; Cuarta. El desarrollo de las aptitudes personales; Quinta. El reorientación de los servicios sanitarios, reafirmando además la importancia de las comunicaciones como una de las cinco estrategias complementarias y esenciales a las líneas de acción de la Carta de Ottawa.

2.3.1. Estrategias complementarias de la Carta de Ottawa

Estas estrategias permiten confiar a los colectivos y a los individuos el cuidado de mejora de su propia salud, siendo estas estrategias complementarias: La educación para la salud y la comunicación en salud (Choque, 2005; Renaud & Rico, 2007), la participación comunitaria, el empoderamiento social y la abogacía (Choque, 2005), el desarrollo comunitario; acciones políticas y cambio organizacional (Renaud & Rico, 2007).

2.3.1.1. La educación en salud es una estrategia que concientiza y participa como medio para llegar a los objetivos de la promoción de la salud en su visión general, cuyas acciones son esenciales para incentivar a las personas a recuperar la autoestima

y el autocuidado a partir de reflexiones que lleven a un cambio de comportamiento (Santos, Djair, & Correia, 2011).

2.3.1.2. La Comunicación en Salud, además de ser una estrategia complementaria de las líneas de acción de la Carta de Ottawa, tiene además estrategias que le facilitan y articulan procesos de cambio relacionadas con la salud como la movilización social, la mercadotecnia social, el eduentretenimiento, el periodismo especializado y la abogacía.

2.3.1.2.1. La movilización social es una estrategia de cambio para transformar el contexto social, tiene como objetivo llegar a todos los actores sociales que tienen alguna influencia en la comunidad y que pueden injerir en algún tema o problema de dicha comunidad, movilizar a todos los participantes tiene la finalidad de apoyar y acompañar en un determinado proceso. Movilizar redes y agrupaciones comunitarias y sociales no requiere mayores recursos y equipo, sino un gran compromiso y participación de la población, esta participación puede darse en varias actividades como marchas y desfiles (Obregón, 2005).

2.3.1.2.2. La mercadotecnia social, se puede definir como una herramienta de gestión en la cual se incluye el diseño, la práctica y control de programas enfocados a incrementar la aceptación de un producto social, que puede ser un bien, un servicio o una idea, aplica las mismas prácticas tradicionales de la mercadotecnia que incluyen: El precio, al cual se está dispuesto a pagar, en él se incluyen los costos económicos, de oportunidad y el emocional; El producto, el cual contribuye a satisfacer una necesidad; La plaza que es la conveniencia o bien la comodidad para acceder al bien o servicio y finalmente la promoción, la cual implica todo ese proceso de comunicación para dar a conocer los beneficios y bondades de los servicios ofrecidos. El enfoque de la mercadotecnia social, como su nombre lo indica es primordialmente social, su objetivo está dirigido a mejorar la calidad de vida de la población, contribuyendo a la implementación de prácticas para responder a las necesidades de la población y satisfacer las expectativas de los usuarios al crear la percepción de un beneficio (Chapman, Rudd, Moeykens, & Moloney, 1993; Obregón, 2005).

2.3.1.2.3. Eduentretenimiento, esta estrategia busca educar por medio del entretenimiento, está orientada a informar sobre temas de salud en forma atractiva y comprensible, al buscar un cambio de comportamiento. A través de esta estrategia de comunicación se ha llegado a promover la alfabetización de adultos, la planificación familiar, el uso de anticonceptivos entre otros temas. Para llevar a cabo esta estrategia fueron utilizadas las telenovelas, radionovelas, fotonovelas, discos, (Obregón, 2005) y más recientemente se han propuesto los dibujos animados los cuales pueden desarrollar mensaje de salud, divertidos e interesantes (Leiner, 2012).

2.3.1.2.4. Periodismo especializado. Debido al aumento del interés por temas de salud, le dedica un espacio para abordar aspectos relacionados con la misma, ya sea en medios escritos, o audiovisual, además del incremento de revistas con especial énfasis en salud (Peñafiel, Camacho, Aiestaran, Ronco, & Echegaray, 2014).

2.3.1.2.5. Abogacía. Como una de las estrategias complementarias, busca abogar para crear un clima político y social que favorezca los cambios deseados y la formulación de políticas sociales sostenibles, apoyadas por medidas legislativas (San Martín & Prado, 2004).

2.3.1.3. Participación comunitaria. También como estrategia complementaria, promueve la diseminación de la información relevante en salud, la cual es comunicada a través de varios medios, buscando promover la educación en salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud (Kreps et al., 1998; San Martín & Prado, 2004).

2.3.1.4. Empoderamiento. Es entendido como el proceso de acción social que promueve la participación de las personas, las organizaciones y las comunidades hacia los objetivos de lograr un mayor control individual y colectivo, eficacia política, mejoría de la calidad de vida comunitaria y justicia social (Sapag & Kawachi, 2007) de igual manera Resende, (2008) la entiende como proceso que busca promover la

participación para aumentar el control sobre la vida por parte de los individuos y las comunidades la eficacia política, mayor justicia social y la mejora de la calidad de vida.

2.4. Definición de Comunicación en Salud

A partir de la definición empleada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention CDC), la comunicación en salud es “El diseño y diseminación de mensajes y estrategias que se basan en la investigación del consumidor para promover la salud de los individuos y las comunidades” (Alcalay, 1999), sin embargo, en ninguna otra definición se menciona que la comunicación en salud se basa en las investigaciones del consumidor.

Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el US Department of Health and Human Services HHS y el Journal of Health Communication coinciden en afirmar que la comunicación en salud es una herramienta para educar, promover la salud y prevenir las enfermedades tanto de los individuos como de las comunidades (Silva, 2001; Mosquera, 2002; Parrott, 2004; Terrón, 2010; Díaz & Uranga 2011) mientras que Coe (1998), propone dos definiciones de comunicación en salud, una de ellas es definida como “la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa e indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño” y la segunda como “ un proceso de presentar y evaluar información educativa, persuasiva, interesante y atractiva que dé por resultado comportamientos individuales y sociales sanos”.

2.5. Antecedentes de la Comunicación en Salud

En las últimas cinco décadas la comunicación en salud se ha desarrollado en un campo amplio e importante, uniendo en primer instancia la disciplina de la comunicación y las ciencias sociales y posteriormente las variables de comunicación con el cuidado de la salud (Kreps et al., 1998).

El libro la pragmática de la comunicación humana, escrito por Watzlawick, Beavin y Jackson en 1967, enfocado a la terapia de familia, examinó los modos que la comunicación influye en las relaciones interpersonales, este libro influenció en el desarrollo de los campos de la comunicación interpersonal y la comunicación en salud (Kreps et al., 1998).

Una amplia fundamentación teórica en donde se incluye la teoría pragmática de la comunicación humana, teorías sobre persuasión como la del aprendizaje social, la teoría de la difusión e innovación, las teorías sociales sobre influencia de medios de comunicación y la teoría de mercadotecnia social, han servido para el desarrollo de la comunicación en salud (Kreps et al., 1998).

La comunicación en salud está siendo cada vez más reconocida como un elemento necesario de esfuerzos para mejorar salud personal y colectiva que contribuye a todos los aspectos de la enfermedad (Healthy People, 2010).

2.6. Modelos de Comunicación en Salud

Reconociendo la necesidad de estimular a las personas para adquirir un papel más activo en su cambio de comportamiento individual, la comunicación en salud toma como referencia entre algunos, los siguientes modelos:

Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974), desarrollado en la década de los años 50 por especialistas en psicología social para explicar comportamientos relacionados con la salud, aborda la percepción que tiene el individuo de una amenaza en relación a un problema de salud, así como de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir el problema de salud. Este modelo considera tres dimensiones: percepción individual, factores modificantes y probabilidad de acción. La percepción individual considera la susceptibilidad y la severidad percibida, donde la persona percibe el riesgo de contraer determinada condición de salud, mientras que la severidad, el individuo percibe cuán severa es la enfermedad o de su no-intervención a un tratamiento específico. Los factores modificantes se identifican los factores

demográficos, psicosociales, estructurales y las claves para actuar, mientras que la probabilidad de acción contempla los beneficios de la acción preventiva (Soto, Lacoste, Papenfuss, & Gutiérrez, 1997; Cabrera, Tascón, & Lucimí, 2001; Mosquera, 2002; Díez, Juárez, & Villamarín, 2005).

Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1979), este modelo se origina en un intento de integración de distintas escuelas psicoterapéuticas y explica la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia comportamientos saludables. Este modelo identifica cinco etapas: Pre-contemplación; no se es consciente del problema, no se ha pensado en cambiar. Contemplación; se piensa cambiar en un futuro cercano. Intención; cuando se considera un plan para cambiar. Acción; implementación de los planes de acción específicos. Mantenimiento; continuación de acciones deseables o repetición de pasos periódicos recomendados. Para este proceso no es necesario cumplir una etapa y pasar a la siguiente, sino se puede entrar y salir de él en cualquier momento y el cambio de comportamiento de acuerdo a cinco variables: etapas y procesos de cambio, balance decisorio, autoeficacia y tentación (Cabrera, 2000; Díez et al., 2005).

Modelo PRECEDE-PROCEDE (Green y Kreuter 1980), este modelo considera tres factores: Factores predisponentes, factores facilitadores y factores reforzantes. Son factores predisponentes la información, actitudes, valores y creencias, Los factores facilitadores son las habilidades, existencia de recursos y accesibilidad de los mismos, mientras que los factores reforzantes son la pareja, familia, grupo de iguales, medios de comunicación. Este modelo es de gran utilidad para planificar intervenciones (Mosquera, 2002; Díez, et al., 2005).

2.7. Investigaciones que Utilizan como Estrategia la Comunicación en Salud

Considerada como el arte y la técnica de informar, la comunicación en salud busca prevenir las enfermedades a través de la promoción de la salud mediante estrategias destinadas a influir en las decisiones individuales y colectivas que mejoren la calidad de

vida, con este propósito se han desarrollado en distintos países estrategias para contrarrestar los efectos que están teniendo los estilos de vida poco saludables, las campañas de promoción de la salud quizás tengan un mayor impacto en la investigación de la comunicación en salud, estas campañas incorporan estrategias de comunicación y actividades, donde los especialistas diseminan la información para que las personas se interesen en su salud (Kreps, 2015).

En México en 1999 se lanzó al mercado la utilización de un parche transdérmico para dejar de fumar, a través de anuncios en los canales con mayor audiencia en televisión, también se promocionó en radio, periódicos y en carteles, los resultados de este trabajo de investigación concluyeron que “el uso de los medios de comunicación masiva son exitosas y podrían utilizarse en la promoción de la salud” (Sansores, Giraldo, Valdelamar, Ramírez, & Sandoval, 2002) y más recientemente la campaña “Porque todos respiramos lo mismo” enfocada a promover los espacios libres de humo de tabaco (ELHT) (Villalobos et al., 2010).

Proyecto Europeo HELENA, donde se obtuvieron datos sobre el estilo de vida de los adolescentes europeos que tuvo de base el proyecto AVENA y el estudio HBSC (Moreno et al, 2007).

Estrategia NAOS (Nutrición, actividad física, prevención de la obesidad y salud), cuyo objetivo es dirigido a la sensibilización del problema que representa la obesidad (Ballesteros, Dal-Re, Pérez, & Villar, 2007).

Plan Nacional de Promoción de la Salud (PNPS), cuyo propósito es enfrentar el perfil epidemiológico del nuevo siglo, creándose con posterioridad el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida Chile, integrada por 28 instituciones públicas y privadas, sus objetivos básicos son colaborar en el diseño de un diagnóstico de salud, calidad de vida y la participación en la formulación, implementación y evaluación del Plan Comunal de Promoción de la Salud (Salinas, Cancino, Pezoa, Salamanca, & Soto, 2007).

Agita São Paulo, a petición de la Secretaria de Salud del Estado de Sao Paulo, en 1996 se lanzó este programa por el Centro de Estudios del Laboratorio de Adaptación Física de São Caetano Do Sul (CELAFISCS), programa que promueve la salud por medio de la actividad física, su objetivo principal es incrementar el conocimiento a la población sobre los beneficios de la actividad física (Matsudo, y otros, 2002; Santos & Lopes, 2005).

Estas estrategias de comunicación en salud para la promoción de la salud han sido implementadas en la Unión Europea, a través del Proyecto HELENA (Moreno et al., 2007); en España, mediante la Estrategia NAOS (Ballesteros et al., 2007), así como en Chile, bajo el slogan “Construyendo un País más Saludable” (Salinas et al., 2007), y de la misma manera en Brasil a través del programa Agita São Paulo (Matsudo et al., 2002; Santos & Lopes, 2005), buscando influir en las decisiones individuales y colectivas de la una población, sin distinción de edad, sexo o estrato social, como lo son los adolescentes en el proyecto HELENA, la población en general con la Estrategia NAOS, el Proyecto Vida Chile, y Agita São Paulo.

La forma de transmitir esta información fueron las campañas de publicidad cuyo objeto fue sensibilizar a la población de los problemas de salud que afectan a la población, buscando que esta población adopte hábitos saludables, como es el caso de la Estrategia NAOS que promueve la nutrición, la actividad física para prevenir la obesidad (Ballesteros et al., 2007), mientras que el proyecto Vida Chile se apoyó en los medios locales de comunicación, así como volantes, afiches, cuñas radiales siempre con la finalidad es promover la salud (Salinas et al., 2007), Agita São Paulo promoviendo la actividad física al utilizar la comunicación no pagada, (Mastudo et al., 2002), otras estrategias de comunicación en salud, mediante esta revisión de literatura fueron el eduentrenimiento mediante dibujos animados utilizados como instructivos de salud (Houts, Doak, Doak, & Loscalzo, 2006), mediante la comunicación interpersonal al desarrollar un instrumento para evaluar las habilidades de comunicación en salud de las estudiantes de enfermería (Campbell, Pagano, O Shea, Connery, & Caron, 2013), la utilización de páginas web para la búsqueda de información para la adherencia al

tratamiento (Abrahamson & Rubin, 2012) y las utilizadas para la búsqueda de información de hospitales públicos y privados sobre los servicios ofrecidos en materia de salud (Köksal, Mumcu, Şişman, Özgür, & Sur, 2012) y para evaluar la usabilidad de los sitios web de hospitales universitarios españoles (Doblas, 2008).

En el siguiente apartado se han incluyen las teorías y modelos tomados como referencia por investigaciones de los temas de comunicación en salud.

2.8. Teorías de la Comunicación en Salud

La comunicación en salud considera concientizar, persuadir y motivar, a los individuos, y a las comunidades a la participación e involucramiento a favor de la adopción de hábitos saludables, apoyándose en los medios masivos, comunitarios e interpersonales, en la búsqueda de mejorar la calidad de vida de las personas, al estimular los procesos de cambio social, mediante la propagación de conocimientos que modifiquen y refuercen las actitudes, valores y conductas (Guibert et al., 1999; Mosquera, 2002).

A continuación se enlistas los modelos y teorías utilizados en las investigaciones empíricas relacionados a la comunicación en salud:

Modelos:

- Modelo Transteórico
- Modelo de Creencias en Salud
- Modelo Ecológico

Teorías:

- Teoría del Aprendizaje Social
- Teoría Social Cognitiva
- Teoría del la Acción Razonada
- Teoría de la Autoeficacia

En la tabla 1, se han incluido las teorías mencionadas en cada uno de los artículos de investigaciones empíricas encontradas:

Tabla 1. Enfoque teórico de comunicación en salud

Enfoque teórico	Modelo	Autor(es) que mencionan la teoría
Integrado mediante el análisis de 18 distintos sistemas psicoterapéuticos	Modelo transteórico	(Matsudo et al., 2002)
Teoría social cognitiva		(Sansores, Giraldo, Valdelamar, Ramírez, & Sandoval, 2002; Ballesteros, Dal-Re, Pérez, & Villar, 2007; Mastudo et al., 2002)
Teoría del comportamiento planificado		
Teoría social cognitiva		Villalobos, et al., 2010)
Teoría de los sistemas ecológicos del desarrollo humano	Modelo ecológico	(Villalobos et al., 2010; Mastudo, et al., 2002)
Mercadotecnia social	Mercadotecnia social	
Teoría del aprendizaje social		(Alcalay, 1999)
Teoría de la autoeficacia	Modelo "salud para su corazón"	

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Las teorías de la persuasión o modelos conductuales, así como las teorías de redes sociales y de apoyo, ayudan a entender que es lo que motiva a las personas a adoptar o no adoptar comportamientos que ayuden a mejorar su calidad de vida. Las teorías o modelos en salud, ayudan a explicar la dinámica de ese comportamiento. Durante el proceso de cambio se busca que las personas avancen a través de varias etapas, hasta que este nuevo comportamiento se integre a su vida.

Las teorías que a continuación se mencionan, han sido la base para la comunicación en salud, las cuales han sido agrupadas en los siguientes niveles: (a) Individuales; (b) Interpersonales y (c) Comunitario.

En el nivel individual empíricamente se han encontrado las siguientes teorías:

- Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen 1980)
- Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen 1988)

Nivel Interpersonal:

- Teoría del Aprendizaje Social (Bandura 1962)
- Teoría Social Cognitiva (Bandura 1986)
- Teoría de la Autoeficacia (Bandura)

Nivel Comunitario:

- Teoría de la Difusión de Innovaciones (Rogers 1962)
- Teoría de los Sistemas Ecológicos del Desarrollo Humano (Bronfenbrenner 1979)

Nivel Individual

2.8.1. Teoría de la Acción Razonada

Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen 1980) sostiene que las modificaciones a las conductas de un individuo, están determinadas por la intención propia del individuo a modificarlas. La intención de realizar una conducta se puede basar en dos factores: la actitud personal y la norma subjetiva (Mosquera, 2002; Díez et al., 2005).

2.8.2. Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen 1988)

La Teoría de Comportamiento Planificado es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada, esta teoría ayuda a entender como las personas cambian de comportamiento, debido a que éste puede ser planeado y considera tres variables: Actitud hacia el comportamiento, normas subjetivas y el control del comportamiento percibido (Estevam, y otros, 2009).

Nivel Interpersonal

2.8.3. Teoría del Aprendizaje Social (Bandura 1962)

Llamada así en un primer momento, esta teoría escrita en los años sesentas, sugirió que los niños aprenden por observación, aprendiendo nuevas conductas al imitar lo mismo que hacen otros niños sin haber de por medio una recompensa, esta teoría ha sido la base para la teoría cognitivo social del comportamiento (Mosquera, 2002; Leiner et al., 2008; Cuesta, Menéndez, & García, 2008).

2.8.4. Teoría Social Cognitiva

Teoría Social Cognitiva (Bandura 1986), establece que el comportamiento se explica en un modelo triangular y recíproco (determinismo recíproco) en el que se encuentra la conducta, los factores personales y los factores del medio ambiente (Tejada, 2005; Díez et al., 2005). En relación a la adopción de conductas saludables, los conceptos formulados por Bandura, los cuales son importantes para la promoción de conductas saludables se encuentran: Determinismo recíproco, capacidad de conducta, expectativa, auto-eficacia, aprendizaje por observación y refuerzo. La capacidad de conducta es la necesidad de saber qué hacer y cómo hacerlo. La expectativa son las creencias sobre los probables resultados de la acción, mientras que la auto-eficacia es la capacidad percibida de salir adelante en situaciones específicas y el aprendizaje por observación dice que las personas aprenden por medio de la experiencias de otros y el refuerzo son las respuestas al comportamiento de una persona que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir, mientras que el determinismo recíproco fue detallado con anterioridad (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

2.8.5. Teoría de la Autoeficacia (Bandura 1977)

Desarrollada por Bandura en 1977, la teoría sociocognitiva de la autoeficacia hace referencia a "las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir logros dados".

Estas creencias de autoeficacia son el resultado de procesos de aprendizaje basados en cuatro fuentes de información:

- a) experiencias de dominio actuados que sirven como indicadores directos de capacidades
- b) las experiencias vicarias que alteran las creencias de eficacia por observar a otras personas que realizan tareas similares
- c) la persuasión verbal en la que otros puedan guiar a los individuos a creer en sus propias capacidades
- d) los estados fisiológicos que indican de la propia vulnerabilidad a la disfunción.

(Bandura, 1977; Brouwers & Tomic, 2000).

Nivel comunitario

2.8.6. Teoría de Difusión de Innovaciones (Rogers 1962)

Rogers define a la difusión como el proceso mediante el cual una innovación es comunicada en el tiempo y difundida por determinados canales, entre los miembros de un sistema social (Strang & Meyer, 1993; Rogers, 2002; Mosquera, 2002; Pérez & Terrón, 2004; Díez et al., 2005; Fuentes, 2005; Estabrooks, Thompson, Lovely & Hofmeyer, 2006).

2.8.7. Teoría de los Sistemas Ecológicos del Desarrollo Humano (Bronfenbrenner 1979)

Conjunto de estructuras que se integran una dentro de la otra y que están compuestas por a) Microsistema b) Mesosistema c) Exosistema y d) Macrosistema. Donde en el microsistema las personas se desenvuelven en su ambiente más próximo, por ejemplo la familia, grupos de trabajo, amigos, etc., mientras que el mesosistema es la interacción entre varios sistemas, el exosistema es el ambiente un poco más amplio por ejemplo la comunidad, y el macrosistema comprende el ambiente más amplio como el sistema económico, social, jurídico y educativo (Bronfenbrenner, 1976; Marques & Koller, 2003).

3. Calidad de Vida Laboral

El trabajo juega un papel importante en la vida de las personas al ser considerado como una fuente de salud al igual que una fuente de ingreso económico, así como un medio para el desarrollo del conocimiento y de potencialidades (Badía, 1985; Barragán, Ramírez, & Barragán, 2000; Casas J. , Repullo, Lorenzo, & Cañas, 2002; Gomero et al., 2006; Gómez, 2007; Soto, 2009; Martínez & Ros, 2010), que contribuyen a mejorar el nivel de vida de los individuos, además de otros satisfactores (Martínez & Ros, 2010).

La calidad de vida laboral incorpora todas las condiciones relacionadas con el trabajo (Cladellas, 2008; Chiang & Krausse, 2009), incluyendo también las experiencias propias del trabajo en función de las oportunidades que éste ofrece (González, Peiró, & Bravo, 1996) y se logra cuando las personas a través de su trabajo logran cubrir sus necesidades personales (Gómez, 2010).

Ferreira, (2001) considera a la calidad de vida laboral como una evolución de la calidad total, mientras que Martel & Dupuis (2006) y Narehan, Hairunnisa, Narfadzillah, & Freziamella, (2014) la asocian a la calidad de vida. Por su naturaleza multidimensional (Lau, 2000) al poseer aspectos subjetivos y objetivos (Segurado & Agulló, 2002; Casas et al., 2002; González, Hidalgo, & Salazar, 2007; Chiang & Krausse, 2007), la calidad de vida laboral depende de la naturaleza y características de las condiciones de trabajo (Segurado & Agulló, 2002).

Por su dimensionalidad y variedad de conceptos utilizados como sinónimos ha planteado dificultades para una definición precisa, las cuales han sido muchas y variadas (González et al 1996).

3.1. Definición de Calidad de Vida Laboral

Considerando la importancia que el trabajo tiene en la vida de las personas, ya que a través de él se logra cubrir sus necesidades personales (Gómez, 2010), además de ser considerado como fuente de motivación, satisfacción (Badía, 1985; Barragán et al.,

2000; da Rosa & Piccinini, 2001; Casas et al., 2002; Gomero et al., 2006; Gómez, 2007; Soto, 2009; Martínez & Ros, 2010), diversas y variadas han sido las definiciones que ha tenido la calidad de vida laboral durante las últimas décadas como consecuencia de las experiencias del individuo en el lugar de trabajo (Nadler & Lawler, 1983; Herrera & Cassals, 2005).

Partiendo de la definición hecha por Richard E. Walton que en 1973, definió que la calidad de vida laboral era “la idea” en la cual estaba basada la humanización del trabajo y la responsabilidad social de la empresa, participando en la comprensión de las necesidades y aspiraciones individuales a través de la reestructuración del diseño de puestos y de las nuevas formas de organizar el trabajo, alineada a la formación de equipos de trabajo con poder de autonomía y mejora del medio organizacional” (da Rosa & Piccinini, 2001) a través de tiempo se han incorporado diferentes términos como consecuencia de las experiencias de trabajo (ver tabla 2).

En la década de los años ochenta, Nadler y Lawler y debido a la confusión que representa el término calidad de vida laboral, realizan un análisis de su evolución. Para estos autores existen seis definiciones que anteceden a la propia la cual es definida como la forma de pensar acerca de las personas, el trabajo y la organización, preocupándose por el impacto del trabajo en las personas, la eficacia organizativa, la idea de la participación en la solución de problemas de la organización y la toma de decisiones (Nadler & Lawler, 1983) .

La primera definición que analizan en su investigación y que surge en el periodo (1969-1972) como una “variable” se centra en los resultados individuales tales como la satisfacción en el trabajo y la salud mental. La segunda definición (1969-1975) surge como “un enfoque” que como la anterior definición se centra en el individuo, pero enfatizando la mejora de los resultados individuales como organizacionales. Durante este mismo lapso de tiempo se encuentra una tercera definición (1972-1975) la cual es definida como un conjunto de “métodos y tecnologías” enfocadas a mejorar el ambiente de trabajo con el propósito de hacerlo más productivo y satisfactorio, en este periodo la

calidad de vida laboral fue vista como sinónimo de grupos autónomos de trabajo (Nadler & Lawler, 1983).

Para el periodo (1975-1980) surge la cuarta definición como “movimiento” promoviendo la ideología de la calidad de vida laboral en el periodo (1979-1982) la quinta definición surge como un “todo” percibida como una panacea para remediar problemas de competitividad, producción, calidad y otros más, mientras que la sexta podría aparecer en el futuro como “nada” (Nadler & Lawler, 1983; Ferreira, 2001), pronóstico que a la fecha no se ha realizado; una década después Gibson, Ivanicevich y Donelly y French en 1996, define a la calidad de vida en la empresa como “una filosofía” que engloba los esfuerzos por incrementar la productividad, mejorar la motivación y enfatizar la participación de las personas (González et al., 2007) y es hasta varios años más adelante cuando vuelve a ser mencionada como una filosofía, con la salvedad de que esta filosofía mejora la vida de los empleados en las organizaciones más allá del dinero (Durán, 2010).

Tabla 2. Definiciones de calidad de vida laboral

Autor	Año de publicación	Define a la calidad de vida laboral como:
Richard E. Walton	1973	Idea
Stephen P. Robbins	1985	Proceso
Gibson , Ivanicevich citado por Raquel González y otros	1996	Filosofía
French citado por Raquel González y otros	1996	Filosofía
Ana Cristina Limongi França & Lindolfo Galvão Albuquerque	1998	Conjunto de acciones
Almudena Segurado Torres; Esteban Agulló Tomás	2002	Concepto multidimensional
Juana Casas; José Ramón Repullo; Susana Lorenzo; Juan José Cañas	2002	Proceso dinámico y continuo
Rita Herrera Sánchez; Maura Cassals Villa	2005	Satisfacción de las necesidades
Raquel González Baltazar; Gustavo Hidalgo Santacruz; José Guadalupe Salazar Estrada	2007	Concepto multidimensional
María Martha Durán	2010	Conjunto de estrategias de cambio
María Martha Durán	2010	Filosofía
Ana Fernanda Uribe Rodríguez; Johanna Garrido Pinzón; Ana María Rodríguez	2011	Percepción del empleado de las condiciones de trabajo
Selahattin Kanten; Omer Sadullah	2012	Filosofía

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Considerando las definiciones investigadas por Nadler & Lawler (1983), en la siguiente década Albuquerque y Limongi (1998) coinciden con la tercera definición al considerar la calidad de vida laboral como el conjunto de acciones que implica el diagnóstico e implementación, de mejoras e innovaciones gerenciales y tecnológicas con la finalidad de mejorar el ambiente laboral (Galvão & Limongi, 1998) así como propiciar el desarrollo humano de los trabajadores (Galvão & Limongi, 1998; Ferreira, 2001) finalidad que ha seguido vigente por las siguientes décadas (Casas et al., 2002; González et al., 2007; Durán, 2010).

Al inicio del presente siglo, la calidad de vida laboral es definida como un concepto multidimensional (Segurado & Agulló, 2002; González et al., 2007; Uribe & Garrido, 2011) dinámica y continua (Casas et al., 2002), distinguiéndose dos dimensiones, la relacionada con las experiencias personales (dimensión subjetiva) y la relacionada al entorno laboral (dimensión objetiva) (Segurado & Agulló; Casas et al., 2002; González et al., 2007; Uribe & Garrido, 2011).

Sin embargo con posterioridad un solo autor encuentra que no hay una definición sobre el concepto de calidad de vida laboral (Heloani & García Capitão, 2003).

3.2. Antecedentes de la Calidad de Vida Laboral

El interés por el estudio de la calidad de vida laboral tiene su inicio en el ámbito académico con los trabajos del Instituto Tavistock de Londres en 1947 (Cherns, 1975), evolucionando desde un enfoque socio-psicológica hacia el socio técnico de acuerdo a los investigadores (González et al., 1996). Durante la siguiente década, la humanización en las condiciones de trabajo empieza a ganar terreno en los países industrializados europeos, posteriormente a finales de 1960, la expresión calidad de vida laboral es utilizada por primera vez por Irving Bluestone, en esta misma década el programa establecida por la General Motors, permitió a los trabajadores tomar un papel más activo sobre las decisiones de las condiciones laborales, cuyo objetivo fue evaluar la satisfacción del trabajador con la finalidad de aumentar la productividad (Nadler & Lawler, 1983; Lau, 2000; Martel & Dupuis, 2006).

En 1972 durante una conferencia internacional de relaciones laborales en Nueva York se reconoce la necesidad de incrementar las investigaciones relacionadas a la calidad de vida laboral (Martel & Dupuis, 2006), sin embargo pese a la disminución de las actividades de calidad de vida laboral al finalizar esta década por las consecuencias de la crisis del petróleo y la competencia del mercado externo, varia gente preocupada por mantener la dinámica, apoya la continuidad de las actividades, es así como es denominado en Estados Unidos el “Movimiento de Calidad de Vida Laboral” (Nadler & Lawler, 1983; Segurado & Agulló, 2002; Gómez, 2010).

3.3. Componentes de la Calidad de Vida Laboral

Los elementos que son relevantes para la calidad de vida laboral de las personas según González, et al.(1996) son las experiencias humanas y los objetivos organizacionales, mientras que para Martel & Dupuis (2006) son los componentes organizativos y los componentes percibidos por los trabajadores, y para Segurado y Agulló (2002) son los componentes objetivos y subjetivos, algunos de estos componentes están mostrados en la tabla 3.

Tabla 3. Componentes objetivos y subjetivos de la calidad de vida laboral

Componentes objetivos:	Componentes subjetivos:
<ul style="list-style-type: none"> •Soporte institucional, seguridad, integración al puesto (González et al., 2007). •Elementos presentes en el medio ambiente de trabajo como: condiciones ambientales, organización del trabajo, contenido del puesto, horarios, salud, ritmo de trabajo, salario, seguridad laboral (Segurado & Agulló, 2002). •Compensaciones justas y adecuadas, condiciones de trabajo, desarrollo de las capacidades, oportunidad de crecimiento y seguridad, integración social en la empresa, constitucionalismo, trabajo y espacio total de vida, relevancia social en el trabajo (Walton 1973; Ferreira, et al., 2009; Ferreira A. , 2001). •Ingreso que satisfaga las expectativas personales y sociales, orgullo por el trabajo realizado, vida emocional satisfactoria, autoestima, equilibrio entre trabajo y ocio, horarios y condiciones de trabajo, oportunidades y desarrollo de carrera, respeto a los derechos, justicia en las recompensas, imagen de la empresa (Sucesso 1998; Ferreira, 2001). •Programas de calidad de vida laboral y promoción de la salud (Silva e De Marchi 1997; Ferreira, 2001). •Elementos económicos, como salario, incentivos (De Castro, 2000). •Horarios, retribución, medio ambiente laboral, beneficios, servicios, desarrollo de carrera, relaciones humanas (Casas et al.,2002). 	<ul style="list-style-type: none"> •Satisfacción laboral, bienestar logrado, desarrollo personal, administración del tiempo libre (González et al., 2007). •Es la percepción y experiencia laboral de los trabajadores (Segurado & Agulló, 2002). •Motivación interna, satisfacción en el trabajo (Hackman e Oldhman; Ferreira, Alves, & Tostes, 2009). •Necesidad del crecimiento del trabajador, percepción del significado de la tarea, significado de la tarea, autonomía y tarea (Ferreira et al., 2009). •Motivación, resistencia al estrés, eficiencia, auto imagen, estabilidad emocional, ambiente de trabajo (Silva e De Marchi 1997; Ferreira, 2001). •Factores psicológicos como el grado de creatividad, autonomía (De Castro, 2000). •Satisfacción, motivación y rendimiento laboral (Casas et al., 2002).

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

3.3.1. Componentes Objetivos de la Calidad de Vida Laboral

Corresponde a los componentes organizativos o los asociados al entorno laboral como las condiciones físicas, condiciones ambientales, organización del trabajo, puesto del trabajo, horarios, salario, salud y seguridad laboral, ritmo de trabajo (Segurado & Agulló, 2002; Garrido, Uribe, & Blanch, 2011), entorno social dentro de la organización, el sistema administrativo, la relación entre la vida dentro y fuera del trabajo (Raduan, LooSee, Jegak, & Khairuddin, 2006).

3.3.2. Componentes Subjetivos de la Calidad de Vida en la Empresa

Son las características personales y los recursos cognitivos con los que cuenta cada individuo. En estos componentes aparecen la satisfacción de necesidades, satisfacción laboral, relaciones interpersonales, clima de seguridad, actitudes y valores hacia el trabajo como la motivación, el compromiso (Segurado & Agulló, 2002; González et al., 2007; Uribe & Garrido, 2011; Garrido et al., 2011), enriquecimiento del trabajo en grupo y alta participación destinado a impulsar la satisfacción y la productividad (Raduan et al., 2006).

3.4. Investigaciones Sobre Calidad de Vida en la Empresa

Mencionada con anterioridad, la calidad de vida laboral incluye todas las condiciones relacionadas con el trabajo (Cladellas, 2008; Chiang & Krausse, 2007), y por su multidimensionalidad, los estudios realizados para conocer y medir la calidad de vida laboral han sido muy diversos, desde el análisis de sistemas socio-técnicos donde convergen el sistema social como lo es el recurso humano con el sistema técnico que agrupa todo lo necesario para llevar a cabo el trabajo (Salas & Glickman, 1990) y otros estudios empíricos que con mayor especificidad, describen cómo la calidad de vida en la empresa está relacionada a la satisfacción laboral (Alfaro & Vecino, 1999; Requena, 2000; Robles et al., 2005; Gargallo & Freundlich, 2010; Cárdenas et al., 2010; Bonilla et al., 2012), al clima de seguridad (Oliver, Cheyne, & Tomás, 2005) y el compromiso con el trabajo (Kanten & Sadullah, 2012), así como aquellas causas que tienen influencia negativa, como el absentismo, relacionado o no con la salud (Gimeno & Martínez, 2003;

Martín, Luceño, Jaén, & Rubio, 2007; Luceño, Martín, Rubio, & Díaz, 2010; Garrido et al., 2011).

Asimismo se han encontrado estudios que impactan tanto a la calidad de vida laboral como a la salud laboral como lo es el estrés laboral (Fernández, Fernández, Martín, & Rödel, 2007), el burnout (Figueiredo, Grau, Gil, & García, 2012), así como al tipo de contratación (Gómez, 2010; Uribe et al., 2011) que conlleva a la precariedad laboral (Amable et al., 2001), estos estudios se han realizado en España (Alfaro & Vecino, 1999; Requena, 2000; Gimeno & Martínez, 2003; Robles y otros, 2005; Oliver et al., 2005; Fernández, et al., 2007; Gargallo & Freundlich, 2010; Uribe y Garrido, 2011; Garrido, et al., 2011; Figueiredo et al., 2012) También se han localizado en Turquía (Kanten & Sadullah, 2012) México (Cárdenas et al., 2010; Bonilla et al., 2012) Perú (Salas & Glickman, 1990) y Colombia (Gómez, 2010).

En cuanto a las poblaciones estudiadas para conocer la calidad de vida laboral se encontraron: *Las Relacionadas con la Atención de la Salud como lo son:* residentes de medicina (Cárdenas et al., 2010), profesionales de enfermería (Figueiredo et al., 2012), profesionales de la salud en atención primaria (Fernández et al., 2007; Blanch et al., 2010), trabajadores de hospitales (Robles, y otros, 2005). *Las Relacionadas con la Educación:* profesores (Moya, Serrano, González, Rodríguez, & Salvador, 2005). *Poblaciones que Labora en el Sector Empresarial como:* gerentes de instituciones públicas (Ferreira et al., 2009), trabajadores de pequeñas y medianas empresas (Tomás, Oliver, & Rodrigo, 2005), trabajadores de diferentes instituciones (Uribe & Garrido 2011; Garrido et al., 2011), trabajadores de una cooperativa (Gargallo & Freundlich, 2010), trabajadores de una fábrica de mármol (Kanten & Sadullah, 2012), trabajadores de empresas de exportación, de autotransporte (Luceño et al., 2005; Bonilla et al., 2012), trabajadores en general (Martín et al., 2007; Chiang & Krausse, 2007; Oliver et al., 2005), hasta trabajadores eventuales o temporales (Gómez, 2010). *Información Publicada por Organismos Gubernamentales:* los estudios empíricos que se realizan a partir de encuestas realizadas por organismos gubernamentales (Requena, 2000; Gimeno & Martínez, 2003).

La forma de recolección de datos fueron las de observación directa, estudios de caso, entrevistas, grupos focales, encuestas, siendo estas últimas las de mayor aceptación por su fácil y rápida aplicación, (Segurado & Agulló, 2002; Casas, Repullo, & Donado, 2003; Luceño et. al., 2005; Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), algunos autores toman como fuente de información las encuestas que realizan organismos nacionales, así como organismos reconocidos internacionalmente, otros investigadores diseñan sus propios cuestionarios a partir de modelos que ya han sido previamente validados y aplicados. El diseño propio surge debido a que en los países las culturas, los lenguajes, los contextos no son iguales, a continuación se han agrupado estos instrumentos de recolección de datos seccionados en encuestas, cuestionarios, modelos y métodos.

Encuestas:

Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo (2000). El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), es el órgano Científico-Técnico de la Administración General del Estado quien tiene entre otras funciones analizar y estudiar las condiciones de trabajo de la población española, es la encargada de desarrollar esta encuesta (Segurado & Agulló, 2002).

Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo (EECT)(2000) elaborada por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (EFILWC) de cuyos resultados acerca del estado de las condiciones de trabajo se deduce la calidad de vida laboral de los trabajadores europeos (Benavides et al., 1999; Segurado & Agulló, 2002; Gimeno & Martínez, 2003).

Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (2000) (2009), elaboradas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Requena, 2000; Segurado & Agulló, 2002; Gamero, 2007; Martínez & Ros, 2010).

Cuestionarios:

Cuestionario de Satisfacción de Necesidades de Porter (1961). Este cuestionario mide la satisfacción laboral (Alfaro & Vecino, 1999; Sirgy et al., 2001).

Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23. Evalúa la satisfacción laboral considerando las restricciones motivacionales a los que están sujetos los trabajadores en el contexto organizacional, siendo cinco sus factores de evaluación. La satisfacción con la supervisión, con el medio ambiente, con las prestaciones, con la participación y con la satisfacción intrínseca del trabajo (Meliá & Peiró, 1989; Figueiredo et al., 2012).

Cuestionario de Satisfacción Laboral S10/12 desarrollado a partir de las versiones S4/82 y S20/23 que como su nombre lo indica evalúan la satisfacción laboral de seis factores: satisfacción con la supervisión, ambiente físico de trabajo, prestaciones y recompensas, remuneraciones y percepciones básicas, relaciones interpersonales y satisfacción intrínseca del trabajo (Meliá & Peiró, 1989).

Cuestionario de Bienestar Laboral. Instrumento para evaluar el bienestar laboral de personal que trabaja en organizaciones de servicio de personas. Este instrumento incluye dos dimensiones (Bienestar psicosocial y efectos colaterales) en seis escalas: afecto, competencia, expectativas, somatización, desgaste y alineación (Blanch, Sahagún, & Cervantes, 2010).

Cuestionario Multidimensional DECORE (Martín et al., 2007), es el surgimiento a partir de dos modelos teóricos: Modelo demanda-control (Karasek, 1979) y Modelo del desequilibrio esfuerzo-recompensa (Siegrist, 1996, 1998; Luceño et al., 2005).

Modelos para Medir el Rendimiento y Satisfacción de Acuerdo a las Características del Puesto

Modelo de las Características del Puesto (Hackman y Oldham 1980), permite determinar qué condiciones laborales generan satisfacción laboral, motivación, absentismo y rotación a través de las relaciones existentes entre cinco dimensiones de

los puestos: variedad, identidad, significado, autonomía, feed-back (Salas & Glickman, 1990; Osca & Urien, 2001).

Métodos para Evaluar las Condiciones de Trabajo

Método propuesto por el Laboratorio de Economía y Sociología del Trabajo de Francia Laboratoire de Économie et Sociologie Du Travail (LEST 1978), método que analiza y evalúa cinco criterios: entorno físico, carga física, carga mental, aspectos psicosociales, tiempo de trabajo (Barrios, 2006; Torres & Rodríguez, 2007; Segurado & Agulló, 2002).

Método de los perfiles de puesto Régie Nationale Des Usines RENAULT 1979. Método que analiza y evalúa los perfiles de puesto a través de ocho criterios que permite: Mejorar la seguridad y el entorno físico, carga física, carga mental, autonomía, relaciones independientes del trabajo, repetitividad, contenido del trabajo (Segurado & Agulló, 2002; Sánchez, Pascual, Apellániz, Apellaniz, & Alba, 2005).

Agence Nationale Pour L'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT 1984). Instrumento utilizado para el análisis sobre las condiciones de trabajo, analiza nueve criterios: Contenido del trabajo, puesto de trabajo, entorno del puesto, distribución del trabajo, ejecución de las tareas, evaluación-promoción del personal, relaciones sociales, individuos y grupos, estilo de mando (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).

Método Ergonomic Workplace Analysis (EWA) Análisis Ergonómico del Puesto de Trabajo, método desarrollado por el Instituto Finlandés de Salud Ocupacional 1989, su objetivo es diseñar puestos de trabajo y tareas seguras, saludables y productivas evalúa doce criterios: Puesto de trabajo, actividad física, levantamiento de cargas, posturas y movimientos de trabajo, riesgos de accidentes, contenido del trabajo, autonomía, comunicación del trabajo, toma de decisiones, repetitividad del trabajo, atención, iluminación, ambiente térmico y ruido (Segurado & Agulló, 2002).

3.5 Calidad de Vida en la Empresa como Componente de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE)

Una de las cuatro líneas estratégicas que integran la responsabilidad social empresarial, está relacionada con la calidad de vida en el trabajo, las organizaciones están reconociendo la importancia que tiene el recurso humano, por ello buscan crear un ambiente de trabajo respetuoso, no discriminatorio, grato, seguro, con igualdad de oportunidades y desarrollo para todos sus miembros, demostrando el interés que se tiene por mejorar la calidad de vida en la empresa para sus trabajadores (CEMEFI, 2006; Server & Capó, 2009).

Ser socialmente responsable conlleva el compromiso no solamente de cumplimiento hacia las obligaciones que se adquieren por ley, sino de contribuir voluntariamente a mejorar social, económica y socialmente el entorno donde se encuentra inmersa la organización.

El interés por mejorar la calidad de vida en el trabajo y/o la calidad de vida laboral de sus trabajadores a través de sus acciones, no solamente puede darle reputación a las organizaciones al ser reconocidas y preferidas por los consumidores quienes depositan su confianza y lealtad, al adquirir bienes y servicios (Méndez, 2005; Nieto & Fernández, 2004; Urdaneta, 2008; Briseño, Lavín, & García, 2011), sino además pueden obtener una ventaja competitiva, al lograr rendimientos superiores a los de la competencia.

Desarrollo y capacitación de la fuerza laboral, prácticas de seguridad, igualdad de oportunidades, respeto a los derechos (Empresa ICA, S.A.B de C.V., s.f.), oportunidades de aprendizaje y desarrollo permanente, diálogo y respeto de los derechos laborales, formación integral de empleados: Aprender y enseñar, políticas de relaciones con el personal, política de promoción interna, capacitación, salud y seguridad, apoyo a la familia (Grupo Bimbo, S.A.B. de C.V, s.f.), son acciones que algunas empresas han implementado para mejorar la calidad de vida en la empresa de sus trabajadores.

Una de estas acciones es el interés por la salud del trabajador, que además de la salud laboral, ha surgido debido a cambios importantes en los costos de los servicios médicos que con anterioridad se escapaban a las necesidades de la empresa (Ramírez, 2010).

Dentro de las organizaciones existen programas que previenen los accidentes de trabajo, así como las enfermedades profesionales, pero ninguno que estén encaminados a mejorar la salud del trabajador (Hernández, 2007), pero poco se conoce sobre cómo estos programas tienen un impacto, cuál es su efecto y costo (Acosta et al., 2010). Por ello es importante conocer cómo estos programas son implementados, evaluados y cómo su costo es integrado a las actividades estratégicas de las empresas. Especialmente es importante considerar cómo estos programas preventivos son absorbidos por las empresas y la posibilidad de que sean considerados como parte de la responsabilidad social empresarial.

3.6. Investigaciones Sobre Calidad de Vida en la Empresa como Componente de la RSE

Los estudios de calidad de vida laboral se han llevado a cabo en diversos países, sin embargo aquellas investigaciones que la incluyen como una línea estratégica de la responsabilidad social empresarial son pocas, como puede verse a continuación: México (Mercado & García, 2007), Venezuela (Urdaneta, 2008; Paredes, 2009), Colombia (Calderón, Álvarez, & Naranjo, 2011), España (Hoffmeister et al., 2005; Dopico, Rodríguez, & González, 2012), encontrándose que quienes proporcionan la información sobre las acciones de responsabilidad social empresarial son los integrantes de la alta dirección como lo son los dueños o gerentes de las empresas (Mercado & García, 2007; Urdaneta, 2008; Paredes, 2009; Dopico et al., 2011; Calderón et al., 2011), mientras que los empleados fueron los estudiados para conocer la satisfacción laboral y justicia organizativa (Tziner, Oren, Bar, & Kadosh, 2011), para recabar la información fue necesaria la elaboración de cuestionarios ad-hoc, como el utilizado para estudiar la relación entre salud y seguridad en el trabajo y responsabilidad

social empresarial, el cual fue elaborado a partir de una guía temática con cinco aspectos de la RSE en la que participaron cinco expertos (Hoffmeister et al., 2005).

En otra investigación, a partir de una entrevista a profundidad con 10 expertos y una guía semiestructurada se elaboró un cuestionario para conocer la relación entre RSE y gestión humana (Calderón et al., 2011), mientras que para conocer la RSE y su relación con las cuatro líneas estratégicas se utilizó un cuestionario autoadministrado con 47 reactivos el cual fue elaborado por sus autoras y sometido para su validez por 8 jueces conocedores del ambiente empresarial (Mercado & García, 2007).

Para el estudio de la relación entre RSE y satisfacción laboral y justicia organizativa se utilizó un cuestionario consistente en 82 ítems dividido en tres secciones, para la CSR se utilizó la escala de Turker (42 ítems), justicia organizativa mediante la escala de Niehoff y Moorman (20 ítems) y para satisfacción laboral utilizando el Short Form Minnesota Satisfaction Questionnaire (20 ítems) (Tziner et al., 2011), mientras que para otros se tomó información a partir de memorias o informes públicos que emiten las empresas (Dopico et al., 2011), a través de la recolección de datos primarios (Urdaneta, 2008; Paredes, 2009).

3.7. El concepto de RSE

En general, se define a la responsabilidad social empresarial como el interés que tienen las empresas por ayudar a la sociedad, en la búsqueda de superar las expectativas que se tienen de ellas Carroll (1999), citado por (Mercado & García, 2007), por lo que a través de una línea de tiempo se irá conociendo su evolución.

3.7.1. Definición de RSE

Han transcurrido más de seis décadas desde la publicación en 1953 del libro “Social Responsibilities of the Businessman” de Howard Bowen donde se mencionan las responsabilidades que todo hombre de negocios debe tener para con la sociedad, la cual puede considerarse como un primer acercamiento a la definición de

responsabilidad social (Carroll, 1979; Mababu, 2010). Casi tres décadas después, Archie B. Carroll definió a partir de varias propuestas teóricas que la “Responsabilidad social de la empresa abarca las expectativas, económicas, legales, éticas y discrecionales que la sociedad tiene de las organizaciones” (Carroll, 1979; Mozas & Puentes, 2010), estas dos publicaciones han sido punto de referencia para varias investigaciones relacionadas con la responsabilidad social empresarial o responsabilidad social corporativa. Una década después a la responsabilidad social es definida como la capacidad de acuerdo a las expectativas anteriormente citadas para colaborar con la sociedad, considerando los valores y normas (Arimatés, 1984).

Las definiciones de responsabilidad social empresarial durante la primera década del siglo siguen apareciendo, todas ellas expresando que sus acciones son de forma voluntaria, esto es, hacer más de lo que por ley se tiene que cumplir (Porto & Castromán, 2006; Mercado & García, 2007; Barroso, 2008; Amable, Zelaschi, & Garaño, 2010), en esencia, la responsabilidad social empresarial busca que exista una sociedad mejor y un medio ambiente más limpio (Comisión de las Comunidades Europeas, 2001).

El objetivo del Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas, publicado al inicio del presente siglo es ampliar el debate sobre cómo se podría fomentar la responsabilidad social de las empresas, sobre cómo se podrían aprovechar las experiencias previamente desarrolladas, impulsar el desarrollo de prácticas innovadoras, transparentar e incrementar la fiabilidad de la evaluación y validación, a partir de este objetivo se puede encontrar una definición más amplia.

En esta definición se menciona que las acciones de responsabilidad social de las empresas son incorporarse voluntariamente a las preocupaciones, sociales y medioambientales en las operaciones comerciales y en sus relaciones con sus interlocutores (Server & Villalonga, 2005; Ceballo, 2005; Hoffmeister, et al., 2006; Porto & Castromán, 2006; Mercado & García, 2007; Barroso, 2008; Duarte, Mouro, &

Gonçalves, 2010), sin importar el tipo, sector y tamaño de la empresa, esta voluntariedad se incorpora a las expectativas propuestas por Carroll dos décadas atrás.

Esta amplitud de definición lleva implícitas las dimensiones internas y externas (Hoffmeister et al., 2005; Barroso, 2008; Rozas, 2009), así como la definición de interlocutores o los grupos de interés que son todas aquellas personas que de una manera u otra tienen que ver con la empresa, llámese empleado, accionista, proveedor, cliente, gobierno y miembros de la sociedad civil (Server & Villalonga, 2005; Hoffmeister et al., 2006; Ceballo, 2005; Vélez, 2011).

En esta misma década, en México, el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) es quien define por primera vez a la responsabilidad social empresarial como “un modelo de trabajo” de un modo “sustentable” (Porto & Castromán, 2006) mientras que en España, aparecen términos como “sistema de gestión empresarial” y “sostenibilidad” (La Fuente et al., 2003; Porto & Castromán, 2006; Amable et al., 2010; Velez, 2011) “éxito” y la “competitividad” (Ceballo, 2005).

Es un hecho que en las definiciones en general, además de ser de carácter voluntario (Moneva, 2005; Barroso, 2008) integran consideraciones económicas, sociales y ambientales (Ceballo, 2005; Moneva, 2005; Barroso, 2008; Velez, 2011) buscando retribuir a la sociedad lo que las empresas toman de ella.

Algunos investigadores han manifestado que todavía no hay una definición precisa y completa y mundialmente aceptada de responsabilidad social (Wartick & Cochran, 1985; Ceballo, 2005; Porto & Castromán, 2006; Rodríguez, Fernández, & Martín, 2007; Albareda & Balaguer, 2008; Mozas & Puentes, 2010; Amable et al., 2010; Mababu, 2010).

3.7.2. Antecedentes de la RSE

Diversos investigadores consideran que la responsabilidad social empieza a tener su evolución a partir de la publicación del libro “Social Responsibilities of the Businessman”, escrito por Howard R. Bowen en 1953, en cuya publicación se plantean los principios éticos de la responsabilidad social que se debe de tener por parte del hombre de negocios frente a la sociedad (Carroll, 1979; Garriga & Melé, 2004; Pérez, García, & Rodríguez, 2008; Carroll & Shabana, 2010; Mababu, 2010; Velez, 2011).

La siguiente década considerada como la formalización de la responsabilidad social (Carroll & Shabana, 2010), Joseph McGuire (1963) y Keith Davis (1960), reconocen que es necesario extender las responsabilidades más allá de las que son obligatorias para la empresa buscando la mejora de la sociedad (Wartick & Cochran, 1985; Pérez et al., 2008).

Posteriormente, en la década de los años setenta se incrementan las investigaciones sobre la responsabilidad social (Carroll & Shabana, 2010). En 1979 Carroll desarrolla el modelo de rendimiento social incorporando las dimensiones: Social, Económica, Legal y Filantrópica al conjuntar los enfoques que fueron desarrollados por investigadores como Keith Davis, Joseph McGuire; Carroll, 1979; Wartick & Cochran, 1985; Pérez et al., 2008; Mozas & Puentes, 2010; Duarte et al., 2010).

Durante la década de los años ochenta decrece el número de definiciones, pero se desarrollan temas alternativos como ética empresarial, sensibilidad social (Carroll & Shabana, 2010; Mozas & Puentes, 2010; Mababu, 2010; Velez, 2011).

Para los años noventa la responsabilidad social empresarial tiene mayor relevancia e importancia debido al compromiso establecidos en tratados, conferencias, además son publicadas las normas AA1000 y SA8000 de responsabilidad social, el lanzamiento del Pacto Global, además de la creación de Instituciones dedicadas a promover la responsabilidad social como la WBCSD y el Instituto ETHOS, así como el lanzamiento del Pacto Global de las Naciones Unidas (Mozas & Puentes, 2010).

Con el término del siglo XX y el inicio de uno nuevo, la responsabilidad social empresarial toma mayor fuerza e importancia tanto en los ámbitos empresariales como en los académicos, adquiere el carácter voluntario por contribuir al desarrollo sustentable de la sociedad (Carroll & Shabana, 2010; Velez, 2011), y es en este nuevo siglo cuando empiezan a aparecer nuevos términos como acción social, ciudadanía corporativa, código de buen gobierno empresarial, empresa ciudadana, auditoría social, capital relacional, código de conducta, desarrollo sostenible (Mababu, 2010).

3.7.3. Dimensiones y Líneas Estratégicas de la RSE

A partir de que Howard R. Bowen publicara el libro *Social Responsibilities of the Businessman*, el estudio de la responsabilidad social empresarial (RSE) o responsabilidad social corporativa (RSC) ha tomado relevancia en las últimas décadas.

El objetivo estratégico de la RSE es buscar la mejora en las condiciones de vida de la sociedad, a través de la participación de los empresarios y directivos al asumir compromisos voluntarios con los grupos de interés (Stakeholders), con la finalidad de desarrollar relaciones beneficiosas para ambos (Pérez & Bedoya, 2005).

El Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas menciona que las empresas cada vez adquieren mayor conciencia que del comportamiento responsable se pueden obtener éxitos comerciales, por lo que es importante que este comportamiento responsable sea gestionado también dentro de las organizaciones (Comisión de las Comunidades Europeas, 2001), sus iniciativas quedan plasmadas en tres apartados: Dimensión interna, dimensión interna y enfoque global (Server & Villalonga, 2005; Añez, Hernández, Silvestri, & Gómez, 2008; Páez, 2009; García, 2010; Duarte et al., 2010; Dopico, et al., 2011; Calderón et al., 2011), en la tabla 4, se puede visualizar el enfoque de las dimensiones, tanto internas como externas (CEMEFI, A.C.; Mababu, 2010; Duarte et al., 2010).

Tabla 4. Dimensiones de la responsabilidad social empresarial

	Económica	Promueve la distribución justa y equitativa de los beneficios obtenidos entre colaboradores y accionistas
Dimensión interna	Social	Fomentar la calidad de vida, así como su desarrollo integral de todos los implicados en el negocio.
	Ecológica	Se responsabiliza en minimizar o eliminar los daños que sus procesos de producción puedan provocar
	Económica	Contribuye al desarrollo de las comunidades al generar empleos y pagar contribuciones.
Dimensión externa	Sociocultural y Política	Además de cumplir con la legislación, las organizaciones se adhieren a la sociedad civil en la solución de problemas que afectan a la sociedad.
	Ecológica	Realiza acciones que contribuyen a la preservación del medio ambiente

Fuente: elaboración propia mediante revisión de literatura

3.7.3.1.1. Dimensión Externa de la RSE

Son aquellas prácticas llevadas a cabo fuera de la empresa, relacionadas con las comunidades del entorno donde llevan a cabo sus actividades comerciales y sociales (Añez et al., 2008; Páez, 2009; Pérez, 2009; Dopico et al., 2011; Calderón et al., 2011).

3.7.3.1.2. Dimensión Interna de la RSE

Son aquellas prácticas responsables llevadas a cabo dentro de la empresa, asociadas principalmente al recurso humano (Server & Villalonga, 2005) que incluye entre otros aspectos: prácticas no discriminatorias, equilibrio entre el trabajo y la familia, derecho a la salud y seguridad en el puesto de trabajo (Añez et al., 2008; Pérez, 2009; Dopico et al., 2011).

Mediante la revisión de literatura se ha clasificado de acuerdo a su dimensión, los enfoques que las empresas realizan, las cuales son mostradas en la tabla 5.

Tabla 5. Dimensiones interna y externa de la responsabilidad social empresarial

Interna	Externa
•Gestión de los recursos humanos -Adaptación al cambio	•Integración de la empresa con las comunidades del entorno
•Salud y seguridad en el lugar de trabajo	•Socios comerciales, proveedores y consumidores
•Gestión del impacto ambiental (Server & Villalonga, 2005)	•Atención de problemas ecológicos mundiales (Server & Villalonga, 2005)
•Salud y seguridad de los trabajadores (Hoffmeister et al., 2005)	•Inversión social hacia las comunidades y el medio ambiente
•Relaciones laborales en la empresa	•Calidad y servicios
•Desarrollo del personal	
•Programas sociales dirigidos a los trabajadores, familias y jubilados	•Relaciones interinstitucionales (Martínez, Mavárez, Rojas, & Belkis, 2008)
•Programas de salud	
•Información y participación (Martínez et al, 2008)	
•Competencia y calificación del trabajador	•Relaciones con las comunidades locales
•Prácticas no discriminatorias	•Relación con socios comerciales, proveedores y consumidores
•Facilidades de información	•Derechos humanos
•Equilibrio entre trabajo y familia	•Problemas ecológicos
•Seguimiento de incapacitados	•Desarrollo sostenible
•Aprendizaje	
•Derecho a afiliación	
•Derecho a la salud y seguridad	
•Gestión del impacto ambiental (Añez et al)	

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

3.7.4. Líneas Estratégicas de la RSE

Ser socialmente responsable conlleva un compromiso no solamente de cumplimiento hacia las obligaciones que se adquieren por ley sino el de asumir de manera voluntaria acciones que armonicen en el aspecto social y ambiental.

(1) Vinculación y Compromiso con la Comunidad y su Desarrollo

Cada vez más son las organizaciones que asumen el compromiso de establecer relaciones armónicas con los grupos de interés, y es mediante esta relación que se impulsan acciones en proyectos que contribuyen al desarrollo de las comunidades donde llevan a cabo sus actividades (Mercado & García, 2007; Barroso, 2008).

(2) Cuidado y Preservación del Medio Ambiente

Las organizaciones cada vez más adquieren el compromiso para cuidar y preservar el medio ambiente a través de acciones que buscan reducir los impactos ambientales tales como el reciclaje, reforestación, manejo adecuado de desechos y otros más, de la misma manera buscan promover la optimización de recursos mediante una mayor eficiencia (CEMEFI, A.C.; Mercado & García, 2007; Barroso, 2008).

(3) Ética Empresarial

Adhiere valores, políticas y prácticas, buscando que exista congruencia entre lo que se dice y se hace, estas prácticas generan credibilidad lo que puede ser traducido con el incremento de las ventas y por ende mayores ingresos (Mercado & García, 2007; Barroso, 2008).

(4) Calidad de Vida en la Empresa

“Una empresa socialmente responsable crea internamente un trabajo favorable respetuoso, no discriminatorio, grato, seguro, con igualdad de oportunidades y desarrollo para todos sus miembros, contribuyendo a alcanzar una mejora calidad de vida” (CEMEFI, A.C.; Server & Capó, 2009).

Los beneficios se ven reflejados en la reducción de ausentismo laboral, rotación de personal, motivación del trabajador, reducción de estrés, eficacia y rendimiento en el trabajo, creación de líderes proactivos en la empresa, mejora la imagen de la compañía, integración e identificación del personal, mejora el clima organizacional, desarrollo del personal en los planos profesional y personal (CEMEFI, A.C.).

Precisamente por el interés de las organizaciones por mejorar la calidad de vida laboral de sus trabajadores nos centraremos en esta línea estratégica de la responsabilidad social empresarial.

3.7.5. Modelos de RSE

Modelo tridimensional de la responsabilidad social corporativa, elaborado por Carroll, considera las expectativas económicas, legales, éticas y filantrópicas (Carroll, 1979; Joyner & Payne, 2002; Duarte et al., 2010), otros investigadores los identifican: Económico, social, ambiental, filantrópico (Añez et al., 2008; Alvarado & Schlesinger, 2008; Pérez et al., 2008; Mozas & Puentes, 2010; Dopico et al., 2011).

Modelo Triple Línea de Resultados (TBL), el cual mide y reporta el desempeño de las organizaciones e incluye tres elementos del desarrollo sostenible que son: económico, social y ambiental Elkington (1994) (Moneva, 2005; Dopico et al., 2011).

Modelo Van Marrewijk contiene cinco niveles: Orientación al cumplimiento, orientación a la sinergia, orientación a las utilidades, orientación holística y orientación a los compromisos (Dopico et al., 2011).

Modelo del Balance Social, documento anual donde las organizaciones informan de las actividades de responsabilidad social que llevan a cabo, incluye las áreas interna y externa de la RSE. Dentro del área interna se incluyen: Características socio-laborales, servicios sociales e integración y desarrollo. Mientras que en el área externa considera: Relaciones primarias, relaciones con la comunidad y relaciones con otras instituciones (Server & Villalonga, 2005; García, 2010; Cardoso, 2010).

Norma Internacional SA8000 mejora las condiciones de trabajo a nivel mundial y para su certificación se deben de cumplir requisitos: No al trabajo infantil, trabajo forzoso o trabajo contratado bajo amenaza. Sí a la salud y seguridad, libertad sindical y el derecho a la negociación colectiva, igualdad y no discriminación, prácticas disciplinarias, jornada de trabajo y remuneraciones (Server & Villalonga, 2005; Fuentes, Núñez, & Veroz, 2005; Chiang & Krausse, 2007).

3.7.6. Investigaciones Sobre RSE

La responsabilidad social, abarca aspectos sociales, económicos y ambientales, dentro de las investigaciones realizadas se pueden encontrar estudios que miden cuales son las acciones que se realizan y cuál es su impacto en relación a variables específicas como lo son: ventaja competitiva (Husted & Salazar, 2005) éxito empresarial (Barroso, 2008) éxito competitivo (Marín & Ruiz, 2005; Marín & Rubio, 2008), desempeño financiero (Cetindamar & Husoy, 2007; Alonso, Rodríguez, Cortez & Abreu, 2010), imagen y reputación (Alvarado & Schlesinger, 2008), percepción del consumidor (Ferreira & Ferrerira, 2007), Salud y Seguridad Laboral (Hoffmeister et al., 2005), así como la identificación de las acciones que llevan a cabo las empresas y que están relacionadas con la responsabilidad social (Mercado & García, 2007; Urdaneta, 2008; Paredes, 2009; Dopico et al., 2011; Calderón et al., 2011).

Además se han encontrado investigaciones que integran conjuntamente las cuatro líneas estratégicas de la responsabilidad social empresarial y dentro de la cual se encuentra la calidad de vida en la empresa (Mercado & García, 2007; Urdaneta, 2008; Paredes, 2009; Dopico et al., 2011; Calderón et al., 2011). Otros estudios han investigado la relación que tiene la responsabilidad social empresarial con la salud y seguridad laboral (Hoffmeister et al., 2005), la satisfacción laboral y justicia organizativa (Tziner et al., 2011), sin embargo, no hay mucha investigación empírica que relacione los programas de responsabilidad social empresarial que impacte en forma específica la calidad de vida en la empresa.

3.8. Teorías de Calidad de Vida Laboral

Sobre las teorías y enfoques relacionados a la calidad de vida laboral, se localizaron siete teorías en investigaciones empíricas:

Teorías

- Teoría de las Necesidades de Maslow
- Teoría de Transferencia (derrame)
- Teoría ERG de Alderfer

- Teoría Bifactorial de Herzberg
- Teoría de McClelland
- Teoría de las Negociaciones Laborales de Walton y McKersie
- Teoría Neopositivista

En la tabla 6, se incluyen las teorías mencionadas, así como los autores que en sus trabajos de investigaciones empíricas las han incluido.

Tabla 6. Enfoque teórico de la calidad de vida laboral

Enfoque teórico	Autor(es) que mencionan la teoría
Teoría de las necesidades de Maslow	(da Silva, Pedroso, Pillati, & de Francisco, 2009; de Figueiredo, Silva, Montanari, & Henriques, 2009; Both, Nascimento, Sonoo, Lemos, & Borgatto, 2010; Shahbazi, Shokrzadeh, Bejani, Malekinia, & Ghoroneh, 2011; Kanten & Sadullah, 2012)
Teoría neopositivista	(Gómez, 2010; Bonilla et al., 2012)
Teoría de transferencia (derrame)	(Sirgy et al., 2001)
Teoría ERG de Alderfer	(Sirgy et al., 2001)
Teoría bifactorial de Herzberg	(Sirgy et al., 2001)

Teoría de las negociaciones laborales de Walton y McKersie
 Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

3.8.1. Teoría de las Necesidades de Maslow

Propuesta en 1954 por Abraham Maslow, concibe a la motivación como algo infinito y constante que existe en cada ser humano. Su teoría de la jerarquía de necesidades identifica cinco categorías ordenadas de manera ascendente según esta jerarquía, en la cual a medida que el hombre va satisfaciendo sus necesidades, van surgiendo otras que modifican su comportamiento, estas cinco categorías de necesidades son: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de estima y de auto-realización (Naranjo, 2009).

3.8.2. Teoría de las Negociaciones de Richard E. Walton y Robert B. McKersie

Desarrollada para la resolución de conflictos, en las ciencias de la conducta, comprende cuatro sistemas de actividad y subproceso. 1.- Negociación distributiva 2.- Negociación integradora 3.- Estructuración de actitudes la cual incluye cuatro factores: a) La motivación y las tendencias propias que orienten la negociación. b) Las creencias sobre la legitimidad. c) Los sentimientos de confianza hacia la otra parte y d) Los sentimientos amigables y finalmente el cuarto sistema que es la negociación intraorganizacional (Walton & McKersie, 1965).

3.8.3. Teoría Neopositivista

Fundamentada en: a) “la ciencia es el único conocimiento válido, b) proporciona un conocimiento puramente descriptivo y c) debe extenderse a todos los campos del saber incluyendo al hombre” (Atencia, 1991), el positivismo ha sido la corriente filosófica que mayor impacto ha tenido a partir de la segunda mitad del siglo XIX, esta corriente también es conocida como positivismo lógico y su centro principal de esta filosofía fue el círculo de Viena, siendo Auguste Comte quien utilizó el nombre de positivismo por primera vez (Vázquez, Acevedo, Manassero, & Acevedo, 2001).

3.8.4. Teoría de Transferencia (derrame) (Staines, 1980)

La satisfacción que resulta de la experiencia en el lugar de trabajo, llámese emociones y conductas que en esta situación es considerada como una esfera afecta a otras esferas de la vida por ejemplo a la vida familiar, vida de casa, vida de ocio que contribuye directamente a la satisfacción por la vida (Sirgy et al., 2001), Jiménez y Moyano, (2008) proporcionan un ejemplo de esta transferencia o derrame al manifestar que un trabajador cuando ha tenido un mal día en su trabajo, su malestar es transferido a su ambiente familiar.

3.8.5. Teoría ERG de Alderfer

Clayton Alderfer en 1972 considera que hay tres tipos de necesidades: de existencia, de relación y de crecimiento (E-R-G). La necesidad de existencia toma las dos primeras

jerarquías de Maslow (fisiológicas y de seguridad), mientras que la necesidad de relación, toma las dos siguientes (pertenencia y de estima) mientras que la de crecimiento, la última de la jerarquía (auto-realización), para Alderfer todos los niveles actúan simultáneamente (Naranjo, 2009).

3.8.6. Teoría Bifactorial de Herzberg

Mientras que Frederick Herzberg en 1966 identifica dos tipos: factores higiénicos (extrínsecos) y factores de motivación (intrínsecos), los primeros relacionados al contexto laboral como las condiciones laborales, salario, seguridad, prácticas de supervisión, etc., y los segundos relacionadas con la satisfacción en el cargo y la naturaleza del trabajo como logro, responsabilidad, reconocimiento, etc. (Hackman, 1980; Naranjo, 2009)

3.8.7. Teoría de McClelland

En 1961 David McClelland distingue tres tipos de necesidades: Necesidad de logro, Necesidad de afiliación y la Necesidad de poder. El logro es el que busca el individuo de sobresalir de todos los demás aceptando riesgos y responsabilidades, no necesitan afiliarse a los demás, mientras que la afiliación, busca relacionarse con los demás, les gusta el trabajo en equipo. El poder busca el control de las otras personas o grupos (Naranjo, 2009).

3.9. Análisis de las Teorías Sobre las Temáticas de esta Investigación

Después de realizar una revisión a las investigaciones empíricas de cada una de las variables se logró identificar los cuestionarios, modelos y teorías que fueron tomadas como referencia para sustentar dichas investigaciones, posteriormente se llevó a cabo una segunda revisión para identificar las teorías utilizadas en cuestionarios y modelos, procediendo a continuación a considerar solamente las teorías.

En la tabla 7, se enlistan las teorías encontradas en la revisión de literatura según se fueron localizando y de acuerdo a como se explicitan en los apartados 4.1 y 4.2.

Tabla 7. Análisis teórico

Comunicación en salud	Calidad de vida laboral
Teoría social cognitiva (Bandura)	Teoría de las necesidades (Maslow)
Teoría del comportamiento planificado (Ajzen)	Teoría ERG (Alderfer)
Teoría de los sistemas ecológicos del desarrollo humano (Bronfenbrenner)	Teoría bifactorial (Herzberg)
Teoría del aprendizaje social (Bandura)	Teoría de McClelland
Teoría de la autoeficacia (Bandura)	Teoría de transferencia (derrame)
Teoría de la difusión de innovaciones (Rogers)	Teoría de las negociaciones laborales (Walton y McKersie)
	Teoría neopositivista

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

En la tabla 8 se agrupan las teorías buscando visualizar de manera transversal aquellas que son similares o iguales y que son utilizadas en las variables principales de la investigación. A partir de esta agrupación se logra observar.

Primero: Las variables relacionadas a la salud comparten un mayor número de teorías: Teoría de la autoeficacia, teoría social cognitiva, teoría del comportamiento planificado, teoría de la acción razonada.

Segundo: Hay una mayor compatibilidad de teorías entre las variables; comunicación en salud, promoción de la salud y estilos de vida saludables, las cuales son: Teoría del comportamiento planificado, teoría social cognitiva, teoría de la acción razonada.

Tercero: La variable calidad de vida laboral, agrupa teorías mayormente motivacionales: Teoría de las necesidades, teoría ERG, teoría bifactorial, teoría de McClelland.

Cuarto: solamente hay dos teorías que guardan una relación calidad de vida laboral-comunicación en salud. Teoría de Transferencia y teoría de los sistemas ecológicos del desarrollo humano.

Quinto: Teorías que no tienen algo en común: Teoría de las negociaciones laborales, teoría del intercambio social y teoría del aprendizaje social.

Tabla 8. Análisis teórico visualizado transversalmente

	Comunicación en salud	Calidad de vida laboral
Teorías que se comparten	Teoría social cognitiva (Bandura)	
	Teoría de la autoeficacia (Bandura)	
	Teoría de los sistemas ecológicos del desarrollo humano (Bronfenbrenner)	Teoría de transferencia (derrame)
	Teoría del comportamiento planificado (Ajzen)	
Teorías que no se comparten		-- Teoría de las necesidades (Maslow)
		-- Teoría ERG (Alderfer)
	Teoría del aprendizaje social (Bandura)	-- Teoría Bifactorial (Herzberg)
	Teoría de la difusión de innovaciones (Rogers)	--Teoría de McClelland
		-- Teoría de las negociaciones laborales (Walton y McKersie)
		-- Teoría neopositivista

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

A continuación se desarrolló el ejercicio de agrupar las teorías de acuerdo al objetivo que persigue cada una de las variables, destacándose cuatro grupos: La satisfacción de necesidades, el cambio de comportamientos, la interacción entre ambientes y la integración.

Tabla 9. Agrupación de teorías para la satisfacción de necesidades

Nombre de la teoría	Teorías	Objetivo a perseguir
Teorías motivacionales	Teoría de necesidades	Satisfacción de necesidades
	Teoría ERG	
	Teoría Bifactorial	
	Teoría de Mc Clelland	
	Teoría de transferencia (derrame)	

Elaboración propia mediante la revisión de literatura

El primer grupo denominado “Satisfacción de necesidades” se muestra en la tabla 9 e integra la variable de calidad de vida laboral.

En este grupo de teorías la revisión empírica nos muestra que las teorías motivacionales, dentro de las que se encuentran la Jerarquía de Necesidades, la teoría bifactorial, teoría ERG, teoría de McClelland y teoría de transferencia (derrame), donde la salud es considerada una necesidad a satisfacer.

En la jerarquía de necesidades de Maslow, de las cinco categorías ordenadas de manera ascendente (necesidades fisiológicas, seguridad, pertenencia, estima y auto-realización) la necesidad de satisfacer la salud se encuentra considerada en la segunda categoría, Herzberg en su teoría bifactorial, identifica dos factores: Motivacionales (intrínsecos) e higiénicos (extrínsecos), encontrándose la salud dentro de este último factor, mientras que Alderfer identifica tres tipos de necesidades (existencia, relación y crecimiento), tomando como referencia la jerarquía de necesidades de Maslow, Alderfer integra las dos primeras necesidades (fisiológicas y de seguridad) y la denomina “necesidad de existencia” (por lo tanto, dentro de ésta se encuentra la salud), las siguientes dos necesidades (pertenencia y estima) las denomina “necesidad de relación”, y la última (auto-realización) la denomina “necesidad de crecimiento”.

Mientras que la teoría del derrame establece que satisfacer una necesidad influye en la satisfacción de otra esfera de la vida como la familia, las finanzas y desde luego la salud.

En la tabla 10 se muestra al segundo grupo denominado “cambio de comportamiento” donde la revisión empírica muestra la importancia que tienen las teorías de la persuasión para desarrollar estrategias de comunicación en salud destinadas a promover la salud y a prevenir o modificar conductas no saludables.

Tabla 10 . Agrupación de teorías para el cambio de comportamiento

Nombre de la teoría	Teorías	Objetivo a perseguir
Teorías de la persuasión	Teoría de autoeficacia	Cambio de comportamiento
	Teoría social cognitiva	
	Teoría de la acción razonada	
	Teoría del aprendizaje social	
	Teoría del comportamiento planificado	

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Analizando de manera empíricamente tanto los modelos como las teorías que han sido utilizadas en las variables: comunicación en salud, promoción de la salud, estilos de vida saludables, se puede inferir que tanto modelos como las teorías tienen un objetivo principal “buscan un cambio”. El cambio de conducta tanto individual como social, cambio de etapas, cambio en una creencia, cambio hacia un nuevo estilo de vida, cambio de actitud y hasta cambio de un paradigma.

De las cinco teorías arriba mencionadas pueden reducirse a dos, debido a que la teoría del comportamiento planificado es una extensión de la teoría de la acción razonada, mientras que la teoría social cognitiva es la extensión de la teoría del aprendizaje social y de la teoría de la autoeficacia, siendo los principales autores de las teorías que buscan el cambio de comportamiento: Albert Bandura (aprendizaje social, autoeficacia y social cognitiva), Martin Fishbein e Icek Ajzen (acción razonada) y el mismo Icek Ajzen complementa la anterior teoría denominándola teoría del comportamiento planificado.

En este tercer grupo mostrado en la tabla 11 se encuentran las teorías a las que se denominaron “interacción entre ambientes”, que considerando la clasificación que hiciera, una estructura se integra dentro de otra, clasificándolas como microsistemas, mesosistemas, exosistemas y microsistemas, estas cuatro teorías interactúan en estos sistemas.

Tabla 11. Agrupación de teorías de interacción entre ambientes

Nombre de la teoría	Teorías	Objetivo a perseguir
Teorías ecológicas sociales	Teoría de los sistemas ecológicos del desarrollo humano	Interacción entre ambientes
	Teoría de las negociaciones laborales	
	Teoría de la difusión de innovaciones	
	Teoría del intercambio social	

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

De acuerdo a la clasificación de Bonfrenbrenner esquematizada en la tabla 12, la negociación laboral es un proceso entre dos o más que pueden ser individuos (Mesosistema), grupos, organizaciones (Exosistema) o también pueden ser naciones

(Macrosistema) que interactúan para lograr un fin, individuos-organizaciones (mesosistema-exosistema), organizaciones-gobierno (exosistema-macrosistema), gobierno-gobierno (macrosistema-macrosistema).

Tabla 12. Esquematización de acuerdo a la clasificación de Bonfrenbrenner,

Teoría de los sistemas del desarrollo humano	Micosistemas	Mesosistemas,	Exosistemas	Macrosistemas
Teoría de la negociación laboral		X	X	X
Teoría de la difusión de innovaciones	X	X	X	
Teoría de intercambio social		X	X	

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Mientras que la teoría de la difusión de innovaciones es definida como del proceso mediante el cual una innovación es comunicada en el tiempo y difundida por determinados canales, entre los miembros de un sistema social, que pueden ser personas o grupos de ellas (exosistema-mesosistema) el cual puede tener impacto en un microsistema.

Por lo tanto la teoría del intercambio social (Homans, 1961) citado por (Morales, 1978) se da en la interacción entre personas o grupos sociales en el intercambio de actividades tangibles o intangibles (mesosistema-mesosistema) o (exosistema-exosistema).

Para este último grupo, mostrado en la tabla 13, y que se ha denominado “integración” porque permite integrar todas las teorías a la fundamentación que se hace del positivismo: donde la ciencia es el único conocimiento válido y además debe de extenderse a todos los campos del saber donde se incluye al hombre.

Tabla 13. Agrupación de las teorías de la integración

Nombre de la teoría	Teorías	Objetivo a perseguir
Integración	Teoría neopositivista	Integración

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

3.10. Enfoque Teórico para esta Investigación

La teoría de la difusión de innovaciones plantea que la difusión es el proceso mediante el cual una innovación es comunicada por ciertos canales (medios de comunicación o comunicación interpersonal), en cierto tiempo, entre los miembros de una sociedad (Estabrooks et al., 2006).

La difusión de nuevas ideas es planteada a través de cuatro elementos que son: La innovación, los canales de comunicación, el tiempo, el sistema social (Rogers, 2002), para acelerar el proceso de difusión es importante identificar a líderes de opinión para introducir una innovación, siendo éste un grupo pequeño que puede influir en cambios, debido a que su opinión es respetada (Leiner, 2012).

La innovación que puede ser un objeto, una idea o una práctica es percibida como algo nuevo, por el individuo u otra unidad de adopción, de ellos depende la decisión de adoptarla o rechazarla, esta adopción está compuesta de cinco atributos clasificados en los niveles alto y bajo. Los atributos altos son: la ventaja, la compatibilidad, la experimentación y la visibilidad, mientras que el atributo bajo es la complejidad, por lo que una innovación que sea percibida por los individuos por tener una alta o mejor ventaja, compatibilidad, experimentación y resultados visibles serán adoptados más rápidamente que aquella que se sea compleja o tenga dificultad para ser entendida (Pérez & Terrón, 2004).

Rogers (2002) al igual que Leiner (2012) identifican cinco categorías de adoptantes de la innovación, 1. Innovadores, 2. Los primeros adoptantes, 3. La mayoría temprana o la mayoría 4. La mayoría tardía o grupo de lentitud y finalmente 5. Los rezagados o tradicionalistas, estas últimas autoras consideran que para que un programa de prevención tenga éxito se debe de captar al tercer y cuarto grupo.

Los canales de comunicación es el medio por el cual los mensajes llegan de una persona a otra, esta teoría destaca dos principalmente, los medios masivos y la comunicación interpersonal. Los primeros tienen mayor eficacia para transmitir un

conocimiento inicial, mientras que los segundos son más eficaces para el cambio de actitud hacia una innovación que en este caso a un programa de prevención al mencionarlo o comentarlo con los demás (Leiner, 2012) , los medios masivos y los interpersonales son efectivos para influir en la decisión de adoptar o rechazar una nueva idea (Rogers, 2002).

El sistema social es el grupo de unidades interrelacionadas que están comprometidas en la solución de un problema para lograr metas comunes, para el proceso de decisión (Pérez & Terrón, 2004).

Rogers hace una diferenciación entre la decisión de adopción de los individuos y de las organizaciones, ambas se dividen en cinco fases: Individual: 1.Conocimiento, 2.Convencimiento, 3.Decisión, 4.Implementación y 5.Confirmación, mientras que la decisión organizacional: 1.Priorizar la agenda, 2.Contrastar, 3.Redefinir/reestructurar, 4.Explicar y 5.Rutina (Rogers, 2002).

La comunicación en salud, como innovación preventiva, son las nuevas ideas que requieren la acción en cierta ocasión a tiempo a fin de evitar consecuencias no deseadas en algún futuro, por lo que la teoría desde la que se abordará la presente investigación es la teoría de la difusión de innovaciones de Rogers.

4. Marco Contextual

La Responsabilidad Social Empresarial se está convirtiendo en un factor estratégico que cada día toma mayor importancia en cualquier tipo de empresas, independientemente de su tamaño y su actividad, que no solamente busca cumplir con sus obligaciones legales sino también brindando un mayor aporte a su medio ambiente como a la calidad de vida laboral de sus trabajadores.

4.1. Calidad de Vida en la Empresa como Componente de RSE a Nivel Internacional

El 31 de enero de 1999, el entonces Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, anunció en el Foro Económico Mundial en Davos, Suiza, el Pacto Global (Global Compact), cuya finalidad era promover un diálogo social que permitiera conciliar los intereses empresariales con los valores y demandas de la sociedad civil, mediante diez principios relacionados con los valores fundamentales de: Derechos humanos, normas laborales, medio ambiente y lucha contra la corrupción, este pacto es considerado como la mayor iniciativa voluntaria de responsabilidad social.

CSR Europe es la red de negocios europea para promover la responsabilidad social empresarial presente actualmente en 24 países europeos, integrada por diversas organizaciones que trabajan con las empresas y las partes interesadas de toda Europa para concienciar, crear capacidad y apoyar el desarrollo de una aplicación de la RSE a través de medidas de colaboración y servicios a los miembros de la red que se esfuerzan por llevar al movimiento empresarial responsable a nivel local, europeo e internacional.

Australia, Bélgica, Croacia, República Checa, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, República de Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Escocia, Serbia, Eslovaquia, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido, integran esta red de negocios, todas ellas buscan desarrollar las prácticas de

responsabilidad social en materia de derechos humanos, igualdad de oportunidades así como el respeto a la diversidad y a la no discriminación.

En 2011, fueron entregados los premios Novartis-Forética de Voluntariado Corporativo, donde fueron reconocidas las mejores iniciativas empresariales de voluntariado, cuya finalidad fue favorecer la empleabilidad de personas en riesgo de exclusión, asimismo se entregó el premio a las categorías de innovación y de nuevos emprendedores.

Posteriormente se convocó por primera vez a los Premios Europeos de RSE, con apoyo de la Comisión Europea. El objetivo de los galardones es reconocer los mejores proyectos de colaboración entre empresas y grupos de interés, otorgando el “CSR Spain 2013” en cuatro categorías: Creación de empleo y empleabilidad, transparencia para lograr confianza, sostenibilidad ambiental y cambio climático y sociedades integradoras.

Para este premio se inscribieron 63 proyectos, de los cuales los proyectos de Creación de empleo y empleabilidad fueron los más numerosos, seguidos por sociedades integradoras, sostenibilidad ambiental y cambio climático y transparencia, respectivamente.

Siendo la misión de “fomentar la cultura de la gestión ética y la responsabilidad social, dotando a las organizaciones de conocimientos y herramientas útiles para desarrollar con éxito un modelo de negocios competitivo y sostenible”, Forética desarrolla el primer sistema de gestión en responsabilidad social denominado “Norma SGE-21”, esta norma establece los requisitos que se deben de cumplir para integrar la responsabilidad social en la estrategia y gestión de las organizaciones, la cual permite alcanzar una certificación de manera voluntaria, cuya renovación es cada tres años.

Son nueve áreas de gestión las que se deben de cumplir para esta certificación:

1)Alta dirección 2)Clientes 3)Proveedores 4)Personas que integran la organización
5)Entorno social 6)Entorno ambiental 7)Inversores 8)Competencia y
9)Administración pública.

4.2. Calidad de Vida Laboral como Componente de la RSE en Latinoamérica

A nivel Latinoamericano Forum Empresa, es una alianza de organizaciones empresariales enfocadas en la responsabilidad y sostenibilidad empresarial, cuya meta es la promoción de prácticas de negocio responsable y la creación de una comunidad empresarial innovadora y sostenible, asimismo permite conocer el avance que se ha tenido en materia de responsabilidad social corporativa.

Los miembros que integran esta alianza son: Instituto Ethos de Empresas de Responsabilidad Social (Brasil), Acción RSE (Chile), Consejo Empresarial Colombiano para el Desarrollo Sustentable CECODES (Colombia), Asociación Empresaria para el Desarrollo AED (Costa Rica), Consorcio Ecuatoriano para la Responsabilidad Social CERES (Ecuador), Business for Social Responsibility BSR (Estados Unidos), Fundación Empresarial para la Acción Social FUNDEMÁS (El Salvador), Fundación Hondureña de Responsabilidad Social Empresarial FUNDAHRSE (Honduras) Centro Mexicano para la Filantropía CEMEFI (México), Unión Nicaragüense para la Responsabilidad Social Empresarial UNIRSE, SumaRSE (Panamá), Perú 2021 (Perú), DERES (Uruguay), Fundación Compromiso (Argentina) y Unión Nicaragüense para la Responsabilidad Social Empresarial UNIRSE (Nicaragua).

El objetivo de Forum Empresa es articular a todos los miembros que lo integran a manejar conceptos similares e intercambio de experiencias, sus patrocinadores institucionales son Cemex y Bank of America Merrill Lynch.

En México, el Centro Mexicano para la Filantropía, A.C. además de reconocer a las empresas mexicanas que participan por obtener el distintivo de empresas socialmente responsables, otorga un reconocimiento especial a las empresas tanto de México como de América Latina por proyectos específicos que destacan como “Las Mejores Prácticas

de Responsabilidad Social. En el año 2012, el CEMEFI, A.C. reconoció 18 proyectos los cuales pueden visualizarse en la tabla 14, en ella se muestran las categorías donde participaron, el número de proyectos reconocidos y los países participantes

Tabla 14 – Mejores prácticas de responsabilidad social a nivel América Latina 2012

Categoría	Núm. de Proyectos	Países Participantes
Alianzas Intersectoriales	4	Ecuador, El Salvador, Perú y Uruguay
Cadena de Valor	3	Costa Rica, Ecuador y Venezuela
Cuidado y Preservación del Medio Ambiente	3	Costa Rica (2 proyectos) y Uruguay
Ética empresarial	1	Honduras
Vinculación con la Comunidad	4	Costa Rica, México y Latinoamérica y Uruguay (2 proyectos)
Consumo Responsable	1	Costa Rica
Calidad de Vida en la Empresa	2	Costa Rica (1), Uruguay (1)

Elaboración propia a partir de datos publicados por el CEMEFI, A.C.

4.2.1 Proyectos reconocidos como “Mejores prácticas de responsabilidad social” en América Latina en la categoría de Calidad de vida en la Empresa

De los países participantes para obtener el reconocimiento de “Mejores Prácticas de Responsabilidad Social” a continuación se muestran aquellos proyectos enfocados a la línea estratégica calidad de vida en la empresa

2012

- “Implementación del Sistema de Gestión Laboral de Igualdad y Equidad de Género” - ScotiaBank de Costa Rica
- “Jóvenes en Cutcsa” - Compañía Uruguaya de Transportes Colectivos, S.A., de Uruguay

2013

- “Programa Educativo HBI 19” - Hanes Choioma, S. de R.L. de Honduras
- “Alimentación Saludable de Nuestra Gente”. - Laboratorio Tecnológico de Uruguay, LTU de Uruguay empresarial.

2014

- “Programa Angelitos GM OBB” -GM OBB del Ecuador

2015

- “Inclusión de Personas con Discapacidad” - Atento Brasil Brasil (Brasil)
- “Programa Vivir Bien” - Kimberly Clark (Ecuador)
- “Programa de Oportunidades Educativas y Transformación Académica (POETA)
Hanesbrands (El Salvador)
- “Programa de Vivienda Segura “ - Grupo Terra (Honduras)
- “Estabilidad Laboral y Desarrollo de Colaboradores” - Aquafinca S.T. Peter Fish S.A.
(Honduras)

2016

- “Red de Apoyo para la promoción del Balance de Género”- Cargill Centroamérica -
- “Programa Integral de Desarrollo Técnico” -Grupo Terra

4.3. Calidad de Vida Laboral como Componente de la RSE en México

Al igual que en diversas partes del mundo, en México, la responsabilidad social empresarial ha tomado importancia en los últimos años, definida como la integración voluntaria que contribuye a formar una sociedad más justa y un ambiente más limpio. En México, el Centro Mexicano para la Filantropía, A.C. (CEMEFI) es el organismo que reconoce mediante un distintivo, aquellas acciones que son socialmente responsables (Cardoso, 2010).

Este reconocimiento ha alcanzado una gran importancia y es otorgado a quien apoya y promueve las prácticas de responsabilidad social (Porto & Castromán, 2006; Pérez, 2009), a través de cuatro ámbitos básicos de la RSE:

- Ética Empresarial
- Calidad de Vida Laboral
- Vinculación de la Empresa con la Comunidad
- Cuidado y Preservación del Medio Ambiente

Estas prácticas son evaluadas a través del cumplimiento de indicadores y la entrega de evidencias de programas y actividades determinadas a través de reportes de sustentabilidad que evidencian que la empresa cumple requisitos para alcanzar el distintivo de “Empresa Socialmente Responsable”.

El número de empresas que han obtenido este distintivo ha aumentado en los últimos años, al pasar de 10 en 2001 hasta llegar a 1400 en 2016, en estos grupos de empresas se incluyen empresas multinacionales, grupos financieros y sus filiales, corporativos empresariales y sus divisiones, instituciones de educación superior, empresas minera y otras más, todas ellas como puede observarse con diversos tipos de actividad (<http://cemefi.org/nosotros/informacion-institucional.html>, 2011).

Para obtener la certificación dentro de su dimensión interna se encuentra la línea estratégica de la calidad de vida laboral dentro de la cual se encuentran actividades para el cuidado de la salud, tanto para los trabajadores como de sus familias, proveedores, clientes, consumidores y comunidades (Rozas, 2009; Muñoz, 2010).

En México adicionalmente del distintivo “Empresa Socialmente Responsable” el Centro Mexicano para la Filantropía, A.C. reconoce a las mejores prácticas de responsabilidad social empresarial en sus distintas categorías, en la tabla 15 se pueden observar las categorías, así como el número de proyectos reconocidos en el año 2012

Tabla 15. Mejores prácticas de responsabilidad social en México 2012

Categoría	Núm. de Proyectos
Alianzas Intersectoriales	1
Cadena de Valor	1
Cuidado y Preservación del Medio Ambiente	5
Modelos de Gestión	1
Vinculación con la Comunidad	5
Comunicación de la RSE	15
Calidad de Vida en la Empresa	3

Elaboración propia a partir de datos publicados por el CEMEFI, A.C.

4.3.1 Proyectos reconocidos como “Mejores prácticas de responsabilidad social” en la categoría de Calidad de vida en la Empresa en México

De los países participantes para obtener el reconocimiento de “Mejores Prácticas de Responsabilidad Social” a continuación se muestran aquellos proyectos enfocados a la línea estratégica calidad de vida en la empresa

2012

- “Universidad Virtual de Gas Fenosa”. - Gas Fenosa
- “El lugar de trabajo, un espacio para la prevención del VIH SIDA y la inclusión laboral sin discriminación, compromiso del Grupo AS” - Grupo AS
- “Diversidad e Inclusión” - Kraft Foods México

2013

- “Radio Gallo Capacitación” - Nueva Agroindustrias del Norte, S.A. de C.V.
- “Valora” - Servicios Empresariales CEO (Soluciones Dinámicas)
- “Programa de Lectura de Provecho”- Restaurantes Toks, S.A. de C.V.

2014

- “Sistema de Excelencia Operativa”- Industrias Peñoles
- “Vida Responsable” – MCM Telecom
- “Club Coyotines” – Díaz Salazar y Asociados
- “Conviviendo en Familia” – Corporativo GAMAS
- “Programa de Diversidad” – Sanofi México
- “Sistema Integral de Manejo y Atención de Contingencias y Desastres Naturales – CEMEX
- “Línea Rosa” – PepsiCo México

2016

- “Programa Integral de Bienestar” – Cola de México
- “Yo Soy Talento Dolphin Discovery” – Grupo Dolphin Discovery

- “Financiamiento Educativo” – Grupo Gigante
- “Razones de Peso” – Grupo Modelo
- “Universidad Premier” - Grupo Premier
- “Programa A.L.E.R.T.A. (Acciones Logísticas para Evitar Riesgos de Trabajo y Accidentes) – Granjas Carroll de México
- “Maneja tu salud” – HDI Seguros
- “Cruzada Nacional contra el sobrepeso y la obesidad” – MEDIX
- “ Life” – MetLife
- “ Universidad Corporativa de PriceTravel Holding” – PriceTravel Holding
- “Yo vivo el respeto en mi Unidad” – Restaurantes Toks
- “Royal Connect” – Royal Holiday
- “Todos a la cultura” – Sistemas Integrales de Compresión

Igualmente que en años anteriores, CEMEFI con el respaldo de Forum Empresa y la Alianza por la Responsabilidad Social Empresarial en México AliaRSE, se prepara para convocar y reconocer a las empresas ejemplares por su RSE en América Latina para los próximos años, específicamente para el año 2017 donde ahora se han establecido seis categorías de participación.

- Empresa Grande
- Empresa en Modalidad Regional
- Empresa Impulsora de RSE en su Cadena de Valor
- Empresa Micro, Pequeña y Mediana (MiPyMe)
- Cadena de Valor Socialmente Responsable
- Caracol de Plata

4.4. Calidad de Vida Laboral como Componente de la RSE en el Estado de Chihuahua

En el Estado de Chihuahua, como puede ser visualizado en la tabla 16, AliaRSE Chihuahua que está integrado por organismos como: Canacintra, Canaco, Coparmex,

CMIC, Index, UACH, ULSA, USEM, Fundación Social Ameac y la Fundación del Empresariado Chihuahuense (FECHAC), son los promotores de la responsabilidad social empresarial en el estado, la (FECHAC) ha reconocido a las 21 empresas que en el 2014 y en 2015 lograron el distintivo “Socialmente Responsable” por parte del Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI), mientras que en el 2016, fueron 29 empresas las que obtuvieron este distintivo.

Tabla 16. Empresas “socialmente responsables 2016” del Estado de Chihuahua

Años consecutivos reconocidos como empresa socialmente responsable										
12	11	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Interceramic	Grupo Cementos de Chihuahua	American Industries	Coeur Mexicana	Smart	Al Super	Aceites Lubricantes de Chihuahua S.A. de C.V.	Casa Myers	Leche Zaragoza	Centro de Exposiciones y Convenciones de Chihuahua	Axcel Comunicaciones
		Agnico Eagle México S.A. de C.V.	Cía. Minera Dolores	Intermex	Grupo Catraar México		Pavos Parson		Labinal Power Systems	BRP Juárez
				Abitat Constructora	Minera María S.A. de C.V.				Lobo Industrial S.A. de C.V.	Novamex México, S.A. de C.V.
					Minera San Francisco del Oro S.A. de C.V.				Materiales de Telecomunicaciones de Juárez	Repinel Electric Solutions and Automation Systems, S.A. de C.V.
					Minera Frisco Unidad Ocampo					EC Legal
										RIPPSA, S.A. de C.V.
										Nirvana Constructora

Fuente: Elaboración propia con datos publicados por CEMEFI

A continuación se presenta una breve descripción de las empresas chihuahuenses que por los programas desarrollados se han hecho acreedores por parte del CEMEFI,AC como empresas socialmente responsable.

- *Alsuper*

Alsuper es una cadena de autoservicios que cuenta con 51 sucursales diseminadas en 12 ciudades en los estados de Chihuahua, Coahuila y Durango, donde sus programas de responsabilidad social les ha hecho acreedores a obtener el distintivo “Empresa Socialmente Responsables” por parte del CEMEFI.

Alsuper promueve la conservación del medio ambiente al fomentar una cultura de respeto con los programas de reciclaje, además de apoyar a mejorar las condiciones de vida de las comunidades vulnerables mediante la venta de productos con causa, y con el programa del redondeo denominado “peso por peso”, mediante el cual 129 instituciones han sido beneficiadas y cuyo monto de aportación por parte de los clientes supera los treinta y ocho millones de pesos.

(<http://www.alsuper.com/v2014/medio-ambiente.pl>, 2014).

- *Grupo Cementos de Chihuahua*

Con presencia en tres países, Brasil, Estados Unidos de Norteamérica y México, ha sido acreedor del distintivo “Empresa Socialmente Responsable” por el Centro Mexicano para la Filantropía, A.C. (CEMEFI) por once años consecutivos. Sus programas de responsabilidad social se enfocan en tres ejes estratégicos: a) Gente (empleados). b) Comunidad y c) Calidad ambiental.

Gente: La calidad de vida laboral promueve la seguridad, salud, balance familia-trabajo, igualdad de oportunidades y el desarrollo personal, las acciones de seguridad están respaldadas por certificaciones, tanto de México como de EUA como es la certificación MMX-SAST-001-2000 y la OSHA y MSHA. En referencia a la salud, es importante la promoción al mantener programas de educación, prevención, detección y control de enfermedades, dando seguimiento a cada padecimiento implementando programas de prevención o corrección.

Comunidad: Impulsa proyectos para la educación y bienestar de las comunidades, a través de su fundación y el programa EDUCA con el apoyo del Gobierno Municipal y la Fundación del Empresariado Chihuahuense, además de promover el voluntariado

Calidad ambiental: promueve la reforestación, el desarrollo de productos verdes y de energías alternas, además la reducción de emisiones y manejo integral de los residuos.

GCC Apoya el Pacto Global y tomando los lineamientos del GRI elabora sus reportes de sustentabilidad, además del reconocimiento “ESR” Grupo Cementos de Chihuahua ha recibido otros igualmente importantes como la certificación ISO 14001, el Premio Nacional de Ahorro de Energía, Certificación de Excelencia Ambiental 2005 y los Certificados de Industria Limpia.

(http://www.gcc.com/opencms/export/sites/portal/es/responsabilidad_social/archivos_sustentabilidad/2010/comunidad.pdf).

• *Interceramic*

Empresa Chihuahuense que mayor número de reconocimientos ha recibido por parte del CEMEFI, por ser una empresa que promueve intensamente su responsabilidad social tanto interna como externamente, sus informes de sustentabilidad así lo manifiestan.

Para Interceramic la responsabilidad social se integra por:

- a) Calidad de vida laboral
- b) Ética empresarial
- c) Preservación y cuidado del medio ambiente
- d) Vinculación con la comunidad

El compromiso con la calidad de vida laboral es con cada uno de sus colaboradores, este compromiso se traduce en la búsqueda del desarrollo y profesionalización de cada uno de ellos, la ética empresarial a través de su comité garantiza el respeto a los valores que Interceramic describe en el código de ética.

La vinculación con la comunidad la realiza a través de donaciones a organizaciones sin fines de lucro al proporcionarles materiales que Interceramic elabora, asimismo el apoyo que brinda en áreas de salud y educación a la Fundación Vida Digna, A.C. ha beneficiado a niños y pobladores de las comunidades tarahumaras. En relación con el cuidado del medio ambiente es obligatorio el cumplimiento de las leyes, sin embargo

existe el compromiso por parte de los directivos y todos los trabajadores el cuidado del medio ambiente.

Adherida al Pacto Mundial, Interceramic integra en sus estrategias y en sus operaciones los diez principios relacionados con los valores fundamentales de: Derechos Humanos, Normas Laborales, Medio Ambiente y Lucha Contra la Corrupción.

2016 es un año de logros para Interceramic, entre los reconocimientos obtenidos recibe por décima segunda ocasión el distintivo “Empresa Socialmente Responsable” por parte del CEMEFI, organismo que en los años de 2005 y 2006 otorgó el premio “Mejores Prácticas Empresariales”, otros reconocimientos recibidos han sido los otorgados por Scientific Certification Systems que certifica el cumplimiento de la norma ANSI a138.1 por los procesos verdes o sustentables, además la certificación como Industria Limpia por la Procuraduría Federal de protección al Ambiente.

• *Agnico Eagle México*

Agnico Eagle México, empresa minera busca que los objetivos ambientales, económicos y sociales sean esenciales para sus grupos de interés, mediante el compromiso de crear valores fundamentales como: Seguridad, protección del medio ambiente, respeto a las personas y a las comunidades, así como la producción de beneficios.

Los compromisos establecidos por Agnico Eagle México, les ha permitido retener a los mejores talentos, las oportunidades de capacitación y desarrollo han sido una parte fundamental, buscando que cada empleado adquiera habilidades y conocimientos para su máximo desarrollo, asimismo se ha trazado el objetivo de apoyar el empleo local buscando que todo su equipo tanto operativo como directivo pertenezca a las regiones donde llevan a cabo sus operaciones, este objetivo también ha beneficiado a la economía de las comunidades, dando prioridad de negocio a los empresarios locales, con estas actividades, el pago de salarios, pago de impuestos, así como el apoyo a iniciativas de salud, educación se contribuye a la sostenibilidad de la comunidad.

La protección al medio ambiente es otra área que merece atención, por lo que se han llevado a cabo medidas para reducir el impacto ambiental de las operaciones. Todas estas actividades han sido plasmadas en los informes de sustentabilidad conforme las directrices desarrolladas por el GRI, con indicadores específicos para la industria minera.

Muchos han sido los reconocimientos que demuestran lo arriba expresado, por citar algunos, en 2010, se encuentra el Premio a la Seguridad Industrial F. J. O'Connell por las mejoras en el campo de la prevención de accidentes, también el “Casco de Plata” otorgado por la Cámara Nacional de Minería, premio que se entrega a todas aquellas minas que operan a cielo abierto, Premio a la Eficiencia Energética, otorgado por la Agencia y Cámaras de Comercio de Quebec.

En 2011, Jantzi Social Index, reconoció a Agnico Eagle México por el desempeño social con las comunidades indígenas, recibe la certificación como industria limpia por parte de la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente, además, en estos dos años y en el 2013 se ha obtenido el distintivo “Empresa Socialmente Responsable” por parte del CEMEFI (<http://www.agnicoeagle.com/en/Pages/default.aspx>)

4.5. Calidad de Vida Laboral como Componente de la RSE en Ciudad Juárez

Como puede observarse en la tabla 17 son ocho las empresas socialmente responsables reconocidas por CEMEFI las cuales se ubican en Ciudad Juárez, Chihuahua

Tabla 17. Empresas “socialmente responsables 2016” de Ciudad Juárez, Chih.

Años consecutivos reconocidos como empresa socialmente responsable			
7	6	2	1
Smart	Grupo Catraar México	Lobo Industrial S.A. de C.V.	Axcel Comunicaciones
		Materiales de Telecomunicaciones de Juárez	BRP Juárez
			EC Legal
			Repinel Electric Solutions and Automation Systems, S.A. de C.V.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos publicados por CEMEFI

Al igual que las empresas chihuahuenses, a continuación se presenta una breve descripción de las empresas ubicadas en Ciudad Juárez, Chihuahua que por las actividades desarrolladas se han hecho acreedores por parte del CEMEFI, AC como empresa socialmente responsable.

- *S-mart*

Con más de 20 años en el mercado, la cadena de supermercados S-mart cuenta con 66 sucursales distribuidas en 6 ciudades de los estados norteños de Chihuahua, Tamaulipas y Nuevo León, tiene una planta laboral de 11,237 empleados.

Con la misión de “desarrollar el potencial de todos los colaboradores para ofrecer el mayor ahorro y la más alta calidad a nuestros clientes logrando como condición esencial generar riqueza y bienestar a todos los involucrados y contribuir a mejorar nuestra sociedad”, esta cadena de supermercados ha logrado por séptimo año consecutivo, obtener el distintivo de “Empresa Socialmente Responsable” por parte del Centro Mexicano para la Filantropía, A.C (CEMEFI), además de este distintivo ha obtenido el “Great Place to Work” como una de las 100 mejores empresas para trabajar en América Latina y la certificación en el Modelo de Equidad de Género por parte del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres).

S-mart fomenta el respeto y el cuidado al medio ambiente a través de su programa ecológico que recicla, re-usa y reduce. Durante el 2014, este programa logró reciclar 11,882 toneladas entre cartón y papel, y 1,267 toneladas de vitafilm.

Asimismo el Programa de Redondeo Ayuda con tu Cambio ha permitido apoyar programas de salud, educación y bienestar social (http://www.s-martmx.com/index.php?option=com_content&view=article&id=48)

- *Materiales de Telecomunicaciones de Ciudad Juárez*

Empresa 100% juarense dedicada a brindar servicio de distribución y venta de materiales de telecomunicaciones, eléctrico e industrial, inicia sus operaciones en el año de 2000 y su crecimiento en el mercado se ha logrado gracias a los principios éticos que se practican en la empresa como: El cliente es primero, ética de negocios, respeto y calidad en el servicio. Como líderes en el mercado Matel ha logrado mostrar su compromiso con la comunidad interna y externa. En el año de 2015 toma la decisión de formalizarse como empresa socialmente responsable, por lo cual recibe por primera vez el distintivo “Empresa Socialmente Responsable”.

En 2016, Matel obtiene por segunda ocasión el distintivo “ESR” refrendando el compromiso de trabajo y mejoramiento del entorno en el que opera, tanto interna como externamente.

Como política de Responsabilidad Social, en Materiales de Telecomunicaciones de Juárez es un compromiso trabajar de forma efectiva para mejorar la calidad de vida de su fuerza de trabajo, involucrando a las familias y a la comunidad en la que ejercen sus operaciones, mediante el involucramiento en desarrollo de proveedores, contratistas, autoridades, clientes y comunidad en general, esperando obtener buenos resultados que beneficien el entorno y la calidad de vida. (de Paz, 2016).

5. Metodología

5.1. Objetivo General, Objetivos Específicos y Preguntas de Investigación

5.1.1. Objetivo General

Elaborar un diagnóstico comparativo entre unidades económicas de más de 100 empleados que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” y las que no en Ciudad Juárez, Chihuahua, para conocer los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores y las estrategias de la comunicación en salud utilizadas y cómo se relacionan con la calidad de vida laboral, además de conocer la percepción general que tienen los trabajadores acerca de los programas encaminados a mejorar la salud y de las estrategias de la comunicación en salud utilizadas y cómo incentivan las prácticas de responsabilidad social cuando se llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

5.1.2. Objetivos Específicos

1.- Comparar los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que llevan a cabo las unidades económicas con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y aquellas empresas que no poseen este distintivo.

2.- Conocer los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que llevan a cabo las unidades económicas con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y aquellas empresas que no poseen este distintivo utilizan estrategias de la comunicación en salud.

3.- Identificar si existe una relación entre los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores y la calidad de vida laboral en las unidades económicas de Ciudad Juárez que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y las que no cuentan con este distintivo.

4.- Conocer la percepción general que tienen los trabajadores acerca de los programas encaminados a mejorar la salud de trabajadores y de las estrategias de la comunicación en salud que utilizan las unidades económicas de Ciudad Juárez que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y las que no cuentan con este distintivo.

5.- Identificar las prácticas de responsabilidad social que incentivan los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

5.1.3. Preguntas de Investigación

5.1.3.1. Pregunta General de Investigación

¿Cuáles son los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que llevan a cabo las unidades económicas con más de 100 empleados que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” y las que no en Ciudad Juárez, Chihuahua, que utilizan estrategias de la comunicación en salud y si tienen una relación con la calidad de vida laboral, además de la percepción general que tienen los trabajadores acerca de los programas encaminados a mejorar la salud y de las estrategias de la comunicación en salud utilizadas, adicionalmente si incentivan las prácticas de responsabilidad social cuando se llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores?

5.1.3.2. Preguntas Específicas de Investigación

1.- ¿Cuáles son los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que llevan a cabo las unidades económicas de más de 100 empleados que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” y las que no en Ciudad Juárez, Chihuahua?

2.- ¿Cuáles son los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que utilizan estrategias de la comunicación en salud y que llevan a cabo las unidades económicas de más de 100 empleados que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” y las que no en Ciudad Juárez, Chihuahua?

3.- ¿Cómo se relacionan los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores y la calidad de vida laboral en las unidades económicas de Ciudad Juárez que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” y las que no cuentan con este distintivo?

4.- ¿Cuál es la percepción general que tienen los trabajadores acerca de los programas encaminados a mejorar la salud y de las estrategias de la comunicación en salud que utilizan las unidades económicas de Ciudad Juárez que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y las que no cuentan con este distintivo?

5.- ¿Cómo incentivan las prácticas de responsabilidad social en las unidades económicas cuando se llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores?

5.2. Hipótesis

H1.- Las unidades económicas con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y las que no cuentan con este distintivo, llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

H2.- Las unidades económicas con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y las que no cuentan con este distintivo, llevan a cabo programas encaminadas a mejorar la salud de los trabajadores utilizando estrategias de la comunicación en salud.

H3.- En las unidades económicas de Ciudad Juárez, Chih., que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el CEMEFI y las que no cuentan con este distintivo, llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que se relacionan con la calidad de vida laboral.

H4.- En las unidades económicas de Ciudad Juárez, Chih., que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el CEMEFI y las que no cuentan con este distintivo, los trabajadores perciben los programas encaminados a mejorar la salud y las estrategias de comunicación en salud que son utilizadas.

H5.- En las unidades económicas de Ciudad Juárez, Chih., que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el CEMEFI y las que no cuentan con este distintivo, incentiva las prácticas de responsabilidad social cuando se llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

5.3. Diseño de la Investigación

La presente investigación es no experimental, de campo, cuantitativa, descriptiva, comparativa, correlacional y transversal.

Es no experimental, porque no se tendrá injerencia en la generación de los resultados. Transversal, debido a la aplicación de un cuestionario por única ocasión. Investigación de campo, mediante la revisión de literatura en publicaciones científicas, bases de datos, journals, revistas arbitradas, en relación a los temas de comunicación en salud y calidad de vida laboral se ha logrado conocer cuáles, cuándo y dónde se han realizado estudios con anterioridad en relación con estos temas, los cuales serán ampliados con la información que se recabe al aplicar los instrumentos de medición. El primer instrumento de medición será aplicado a directivos de las unidades económicas con más de 100 trabajadores y el segundo a trabajadores de las unidades económicas, incluidas aquellas empresas que cuentan con el distintivo “Empresa Socialmente Responsable” otorgado por el Centro Mexicano para la Filantropía y aquellas que no poseen este distintivo, posteriormente evoluciona a descriptivo, comparativo y correlacional al relacionar sus variables (Davis, 2001; Hernández et al., 2010).

Esta investigación es cuantitativa porque la información obtenida después de haber aplicado los instrumentos de medición a la muestra de la población previamente

determinada se realizará un diagnóstico de la comunicación en salud y su relación con la calidad de vida laboral (Davis, 2001; Hernández et al., 2010).

5.4. Población

La población de estudio se divide en dos: Los directivos de las unidades económicas donde se incluyen aquellas que cuentan con el distintivo “ESR” que otorga el CEMEFI así como las que no tienen este distintivo y los trabajadores que laboran en alguna de estas unidades económicas las cuales se ubican en Ciudad Juárez, Chih.

5.4.1. Elementos o Unidad de análisis

Los elementos o unidad de análisis se dividen en dos:

Primera: Directivos de las unidades económicas de Ciudad Juárez, Chih. que cuenten con más de 100 empleados

Segunda: Trabajadores que laboran en las unidades económicas ubicadas en Ciudad Juárez.

5.4.2. Justificación

Para obtener el distintivo “Empresa Socialmente Responsable” conlleva al cumplimiento de indicadores en sus cuatro líneas estratégicas propuestas por el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) lo que permite inferir que el tamaño de la planta laboral podría corresponder a grandes empresas, excluyendo las micro, pequeñas y medianas empresas para la obtención de este distintivo.

5.4.3. Unidades de muestra

Unidades económicas de Ciudad Juárez, Chih. con más de 100 empleados, incluidas aquellas empresas que cuentan con el distintivo “Empresa Socialmente Responsable” otorgado por el Centro Mexicano para la Filantropía y aquellas que no poseen este distintivo y los trabajadores que laboren en estas unidades económicas

5.4.4. Extensión

Ciudad Juárez, Chih.

5.4.5. Tiempo

2016

5.5. Muestra y Diseño Muestral

Para determinar la muestra se consultó El Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2013, en el cual se indica que las unidades económicas en la República Mexicana era de 4,410,199, de las cuales 108,869 correspondían al Estado de Chihuahua y 36,511 al Municipio de Ciudad Juárez, Sin embargo, al analizar el listado de unidades económicas presentado por este organismo algunas de ellas están centralizadas a una oficina general, por ejemplo Grupo Smart que cuenta con 30 sucursales, Grupo Soriana con 11 sucursales, Walmart de México nueve sucursales, Supermercado González con dos sucursales, misma situación se presenta en todos los tipos de unidades económicas, con esta información se segmentaron a las unidades económicas que contaban con más de 100 empleados contabilizándose 350, de las cuales se eliminaron las actividades legislativas, gubernamentales, de impartición de justicia y de organismos (30), quedando para determinar el tamaño de la muestra 320 unidades económicas.

5.5.1. Tamaño de muestra

De las 320 unidades económicas en Ciudad Juárez, Chihuahua que se determinaron, y considerando el “Elemento” de la investigación”, en el caso del instrumento de medición enfocado a directivos, se tomarán aquellas empresas con más de 100 empleados, mientras que para el instrumento de medición enfocado a los trabajadores no habrá tal selección, para el primer instrumento de medición se procederá a elaborar una muestra probabilística estratificada de acuerdo a las siguientes fórmulas (Briones, 2003):

Para un nivel de confianza del 95% y un error estándar del 3% se procede a despejar la siguiente fórmula:

$$no = \left(\frac{z}{e}\right)^2 * pq \quad no = \left(\frac{1.96}{.03}\right)^2 * 0.5 \times 0.5 = 1067 \quad n = \frac{no}{1+(no-1)/N} \quad n = \frac{1067}{1+(1067-1)/320} = 246$$

De acuerdo con el resultado del cálculo de la fórmula se obtienen 246 unidades económicas, mientras que para el instrumento de medición enfocado a trabajadores que laboran en estas unidades económicas y de acuerdo al Prontuario Estadístico de la Secretaría de Economía del Estado de Chihuahua, se consideró una población de 378,100 trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social a diciembre de 2014, logrando obtener una muestra de 261 instrumentos de medición.

5.5.1.1. Muestra Probabilística Estratificada

Debido a que en el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2013, las unidades económicas están separadas por actividad económica se procederá a buscar la cantidad correspondiente de encuestas a aplicar para cada uno de los estratos los cuales se muestran en la tabla 18, para lo cual utilizaremos:

$$f = \frac{246}{320} \quad f = .76875$$

Como paso seguido se multiplica el factor por las cantidades de cada uno de los estratos, por ejemplo: Para la industria manufacturera se multiplicará 197 x 0.76875 obteniendo un resultado de 151 encuestas a aplicar, y así sucesivamente se obtuvieron las cantidades restantes.

Tabla 18. Número de encuestas estratificadas por unidades económicas

Tipo de Unidad Económica	Total de UE	Personal Ocupado		Muestra	
		de 101 a 250	251 y más	% Integral	0.76875
Industrias manufactureras	197	60	137	61.56%	151
Comercio al por menor	23	19	4	7.19%	18
Servicios educativos	17	13	4	5.31%	13
Comercio al por mayor	14	10	4	4.38%	11
Transportes, correos y almacenamiento	12	7	5	3.75%	9
Construcción	11	9	2	3.44%	8
Servicios de apoyo a los negocios y manejo de desechos y servicios de remediación	10	5	5	3.13%	8
Servicios de salud y asistencia social	9	4	5	2.81%	7
Servicios profesionales, científicos y técnicos	9	7	2	2.81%	7
Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas	6	2	4	1.88%	5
Otros servicios excepto actividades gubernamentales	5	3	2	1.56%	4
Información en medios masivos	5	3	2	1.56%	4
Servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles	1	1	0	0.31%	1
Servicios de esparcimiento culturales y deportivos, y otros servicios recreativos	1	1	0	0.31%	1
Total	320	144	176	1	246

Fuente: INEGI. Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE 07/2013)

Actualización: Segundo semestre de 2015

Área geográfica: Chihuahua, Municipio: Juárez

La muestra seleccionada para la aplicación del instrumento de medición fue mediante conveniencia. Para encontrar los unidades económicas fue necesaria la información que publica el INEGI, posteriormente se buscó el Directorio Estadístico de Unidades Económicas DENUE 2013, el cual se fue segmentando por actividad económica, selección por personal ocupado tomando el tamaño de 101 a 250 personas y de 251 y más, seguido por el área geográfica seleccionando el Estado de Chihuahua y el municipio de Juárez, con estos datos el directorio permite obtener el listado de las unidades económicas seleccionadas en los rangos mencionados, así como el domicilio y el nombre de la persona que proporcionó la información.

Con este listado se acudió al domicilio de las unidades económicas explicando en primer instancia el objetivo de investigación, solicitándoles que el llenado de la información fuera proporcionada por un directivo que pudiera ser el director del plantel

en caso de las instituciones de educación, el gerente, dueño o el director de la unidad económica, si esto no fuera posible por cuestión de agenda o de tiempo, la información podría ser proporcionada por el subdirector o encargado del área de recursos humanos o bien aquel ejecutivo que tuviera conocimiento de la información requerida.

La decisión de aplicar la muestra por conveniencia se debió a que al acudir a solicitar la participación en las primeras unidades económicas se encontró que era difícil llegar hasta el área de recepción debido a que la mayoría de las unidades económicas cuenta con un área de vigilancia, la cual debe de tener la autorización para permitir la entrada o bien la resistencia de proporcionar información por parte de los encargados quienes argumentaron que tienen que solicitar autorización a sus corporativos o a los propietarios para contestar cualquier tipo de encuesta

5.6. Método

Las investigaciones relacionadas a la comunicación en salud y calidad de vida laboral o calidad de vida en el trabajo, utilizaron para la recolección de información las encuestas elaboradas por organismos gubernamentales (Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo) y cuestionarios validados por expertos. Dichos cuestionarios fueron autoadministrados (Gimeno & Martínez, 2003; Uribe & Garrido, 2011).

En el anexo 1, se desglosa la construcción de los instrumentos de medición de la presente investigación, siguiendo los 11 pasos propuestos por (Hernández et al., 2010), los cuales se explicarán brevemente:

Paso 1

Redefiniciones fundamentales: Las variables a investigar son obtenidas mediante la localización de investigaciones científicas aplicadas de los constructos: comunicación en salud y calidad de vida en la empresa como uno de los componentes incorporada a la responsabilidad social empresarial.

Paso 2

Revisión de evidencia científica. Mediante la consulta en artículos de investigación, se lograron identificar aquellos artículos con investigaciones aplicadas (véase anexos 1.1, 1.2 y 1.3) cuya finalidad fue la de conocer cómo fueron elaborados los instrumentos de medición, las teorías que sustentan estas investigaciones, así como alguna información de interés que ayude a conocer cómo los investigadores llevaron a cabo su investigación.

Paso 3

Identificación de las variables a medir. A partir de la selección de artículos de investigaciones aplicadas se lograron identificar las variables, así como las dimensiones o factores que las integran, y cómo son definidas por los investigadores (véase anexos 1.1, 1.2 y 1.3)

Paso 4

Toma de decisiones clave. Conocer las dimensiones de las variables que se consideraron, así como los instrumentos de evaluación permitirá tomar la decisión de utilizar el mismo instrumento, modificar o elaborar alguno que logre medir lo que se quiere investigar.

Paso 5

Elaboración del instrumento de medición. Una vez analizada la información procedente de la validación de contenido por expertos y tomando en consideración las observaciones y recomendaciones, se procedió a elaborar los instrumentos de medición para continuar con el siguiente paso que es la prueba piloto.

Paso 6

Prueba piloto. La aplicación de los instrumentos de medición se realizó a un grupo de 58 personas con puesto superior o igual a supervisor de las unidades económicas y de 60 individuos para el instrumento de medición enfocado a los trabajadores de las unidades económicas, para ambos instrumentos se buscó la participación de

poblaciones similares a la población previamente determinada. Este ejercicio se llevó a cabo con la finalidad de conocer si las preguntas se comprenden con facilidad o se presenta alguna duda al momento de responder el instrumento de medición. Con esta misma información recabada se llevó a cabo el análisis de validez del instrumento.

Paso 7

Elaboración de la versión final de los instrumentos de medición. Una vez analizada la información resultado de las pruebas piloto, y al obtener su confiabilidad y validez mediante correlación inter-ítem y validación de constructo mediante el análisis factorial exploratorio, se procede a la elaboración de los instrumentos finales.

Los pasos 8 y 9 propuestos por (Hernández et al., 2010), serán omitidos para el presente trabajo de investigación, debido a que no habrá entrenamiento de personal y solamente será aplicado a un funcionario o directivo de la unidad económica y a cualquier trabajador que en ese momento se encuentre laborando en alguna de las unidades económicas de Ciudad Juárez.

Paso 10

Aplicación de los instrumentos de medición. Su aplicación se realizará a los participantes que estén dispuestos a colaborar, en caso de ser necesario será reiterando el objetivo del estudio, el cual quedó integrado en la primera sección de los instrumentos de medición a manera de introducción

Paso 11

Preparación de datos para el análisis final de la información. Una vez recabados los cuestionarios les serán asignados un número consecutivo, el cual ayudará a verificar sus respuestas en caso de presentarse algún error, acto seguido se procederá a la captura en el paquete estadístico SPSS versión 21, para finalmente analizar la información resultante.

5.7. Variables

Una variable es una característica que puede ser susceptible de medirse u observarse, subdividiéndose en dependientes e independientes. La variable dependiente, sirve para ver los resultados o efectos de la manipulación de la variable independiente, la cual explica la asociación o influencia que tiene sobre la variable dependiente (Hernández et al., 2010).

Los instrumentos de medición construidos incluyen dos variables principales:

- Comunicación en salud
- Calidad de vida laboral

5.7.1. Operacionalización de las Variables

En la tabla 19 se describe la operacionalización de las variables y dimensiones principales de la investigación, también puede verse en extenso en el anexo 2.

Tabla 19. Operacionalización de variables y sus dimensiones

Comunicación en salud	Calidad de vida laboral
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional Promoción de los estilos de vida saludables	Condiciones de trabajo
Difusión y evaluación de programas para mejorar la salud de los trabajadores	Bienestar logrado a través del trabajo

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de bibliografía

A continuación se muestra la forma en cómo se fueron operacionalizando las variables principales de la investigación, siguiendo la propuesta de Serrano, M.I. (2002), por lo cual iniciaremos con las variables principales y con posterioridad con las dimensiones seleccionadas en cada una de ellas. En la tabla 20 se operacionaliza la variable comunicación en salud.

5.7.1.1. Comunicación en Salud

Definición conceptual: Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention CDC), definen a la comunicación en salud como “El diseño y diseminación de mensajes y estrategias que se basan en la investigación del consumidor para promover la salud de los individuos y las comunidades” (Roper, 1993; Alcala, 1999).

Tabla 20. Operacionalización de la variable comunicación en salud en medios de comunicación

Variable	Dimensión	Subdimensión	Descriptorios	Conductas
Comunicación en salud	Masiva	Multimedia	T.V.	Anuncios en canales de televisión
			Radio	Entrevistas
			Revistas	Relacionadas a la salud teniendo en cuenta su contexto social
		Material impreso	Periódicos	Entrevistas/inserciones semanales
			Folletos	Información nutrimental
	Comunitaria	Material educativo	Guía alimentaria	Conocimientos sobre alimentación y nutrición
			Carteles	Información en la vía pública
			Campañas de información	Reunión con aliados sociales
			Capacitación de promotores	Cursos de capacitación
			Charlas	Reuniones de información

Elaboración propia a partir de la propuesta de Serrano, M.I. (2002)

5.7.1.1.1. Medios Masivos de Comunicación

Definición conceptual. El propósito de la comunicación a través de los medios masivos es informar de sucesos presentes y que son dirigidos a grandes sectores de la población, estos medios están divididos en medios electrónicos y medios impresos.

5.7.1.1.2. Comunicación Comunitaria

Definición conceptual. Comunicación destinada a grupos concretos de la población, donde la comunicación es directa entre unos y otros, este tipo de comunicación estudia el desarrollo y las posibles soluciones (Berrigan, 1981).

Tabla 21. Operacionalización de las dimensiones de la comunicación en salud

Variable	Dimensión	Subdimensión	Descriptorios	Conductas
Comunicación en salud	Promoción de la salud utilizando la comunicación Organizacional	Comunicación interna	Correo electrónico, página de internet, telefonía, revistas internas, tableros informativos	Utilización de la comunicación interna para difusión e información de temas de salud entre los trabajadores
				Ejercicio físico
	Promoción de estilos de vida saludables		Autocuidado	
	Estilos de vida saludables		Alimentación	
				Programas para prevención de enfermedades
	Evaluación y difusión de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores		Información y difusión de resultados	Informar de las actividades y resultados de las revisiones que se llevan a cabo
		Evaluación de las actividades	Evaluación e impacto de las actividades encaminadas a mejorar la salud de los trabajadores	

Elaboración propia a partir de la propuesta de Serrano, M.I. (2002)

Definición conceptual. Pascale Weil define a la comunicación organizacional como aquella dirigida a modificar comportamientos, actitudes o conseguir adhesión. (Egidos & Páez, 2000).

Definición operacional. Conocer si las organizaciones a través de los medios de comunicación internos promueven el cuidado de la salud.

Tipo de Variable: Cuantitativa, Continua.

Nivel de Medición: Ordinal Tipo Escala de Likert de 5 puntos que van desde Nunca hasta Siempre

Núm. de Ítems en el Cuestionario: 24

Continuando con la operacionalizando las variables principales de la investigación, donde se inicia con la variable principal para seguir con las dimensiones seleccionadas en cada una de ellas. En la tabla 22 se operacionaliza la calidad de vida laboral.

5.7.1.2. Calidad de Vida Laboral

Tabla 22. Operacionalización de la variable calidad de vida laboral

Variable	Dimensiones	Subdimensión	Descriptoros	Conductas
Calidad de vida laboral	Condiciones de trabajo	Salud de los trabajadores	Programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores	Participación en asuntos de salud
				Política Institucional
				Contribución de actividades
				Revisiones médicas
				Control del estrés
				Tiempo libre y de ocio
	Bienestar logrado a través del trabajo el cual incluye la salud	Prestaciones y servicios adicionales que brindan las empresas	Cuidado de la salud dentro y fuera del lugar del trabajo	Beneficios otorgados de manera adicionales a las prestaciones que obliga la normatividad laboral y que son ofrecidos por las empresas para atraer o retener empleados calificados
Satisfacción de necesidades logradas				Satisfacción de necesidades logradas por y en el trabajo

Elaboración propia a partir de la propuesta de Serrano, M.I. (2002)

Definición conceptual. Es el grado en que las personas son capaces de satisfacer sus necesidades personales, a través de sus experiencias, en el contexto organizacional adaptándose a las más variadas políticas de gestión de los recursos humanos, esta calidad influye de manera importante en la satisfacción del trabajo (Herrera & Cassals, 2005).

Definición Operacional. Conocer el grado de satisfacción que tienen los trabajadores en relación a las condiciones relacionadas con su actividad laboral, incluyendo aquellas que brindan algún tipo de firmeza en su relación con la organización así como la satisfacción que representan otros beneficios que contribuyen a una mejor calidad de vida laboral y que son ofrecidos por las organizaciones con la finalidad de valorar y reconocer la importancia del trabajador.

De la misma manera que se ha conceptualizado y operacionalizado la o las variables principales, se continúa con las dimensiones que fueron seleccionadas para la

elaboración de ítems que en este caso corresponde a las dimensiones de condiciones de trabajo y bienestar logrado a través del trabajo en el cual se incluye la salud.

5.7.1.2.1. Condiciones de Trabajo

Definición conceptual. Es el conjunto de circunstancias y características ecológicas, materiales, técnicas, económicas, sociales, políticas, jurídicas y organizacionales en las cuales se lleva a cabo toda actividad laboral (Blanch, Sahagún, & Cervantes, 2010).

Definición operacional. Conocer el grado de satisfacción que tienen los trabajadores en relación a las condiciones de seguridad, higiene y de organización en las que se desarrolla la actividad laboral, así como la satisfacción que se tiene de aquellas prestaciones que marca la ley en relación a su seguridad social.

Tipo de Variable: Cuantitativa, Continua.

Nivel de Medición: Ordinal Tipo Escala de Likert de 5 puntos que van desde Siempre hasta Nunca

Núm. de Ítems en el Cuestionario: 10

5.7.1.2.2. Bienestar logrado a través del trabajo

Definición conceptual. Satisfacción de las necesidades derivadas de la interacción de las necesidades de los trabajadores y los recursos de la organización (Efraty & Sirgy, 1990).

Definición operacional. Grado de satisfacción que experimentan los trabajadores en relación a los beneficios adicionales que otorgan las organizaciones y que superan la normatividad laboral, con la finalidad de atraer o retener a empleados calificados, destacándose principalmente aquellos que están encaminados a la mejora de la salud y que incluyen el acondicionamiento físico y la alimentación saludable.

Tipo de Variable: Cuantitativa, Continua.

Nivel de Medición: Ordinal Tipo Escala de Likert de 5 puntos que van desde Siempre hasta Nunca

Núm. de Ítems en el Cuestionario: 7

5.7.2. Descripción de la Operacionalización de las Variables

La información contenida en la tabla 23, indica cómo fueron operacionalizadas las variables, y las dimensiones además se detallan el tipo de variable, su nivel de medición y el número de ítems que se utilizaron en el instrumento de medición.

Tabla 23. Operacionalización, medición, número de ítems de las variables

Variables	Dimensiones	Tipo de variable	Nivel de medición	Núm. de ítems
Comunicación en Salud	Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	8
	Promoción de estilos de vida saludables	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	7
	Evaluación y difusión de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	9
Calidad de Vida Laboral	Condiciones de trabajo	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	10
	Bienestar logrado a través del trabajo donde se incluye la salud	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	7
	Beneficios de implementar programas de responsabilidad social	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	5
RSE	Programas voluntarios de responsabilidad social encaminados a mejorar la salud del trabajador	Cualitativa	Abierta	2
	Autoevaluación como empresa "Socialmente Responsable"	Cuantitativa, continua	Dicotómica	2

Construcción del instrumento de medición siguiendo los once pasos propuestos por (Hernández, et al., 2010)

Es importante mencionar que las últimas cuatro preguntas ayudarán a conocer cuáles son los programas que de manera voluntaria llevan a cabo las empresas encaminadas a mejorar la salud de los trabajadores, quién o quiénes son los

encargados de la implementación de dichos programas, así como su autopercepción como empresa socialmente responsables y finalmente saber si cuentan con el distintivo que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI).

5.7.3. Método para la Recolección de Datos

Para la presente investigación se utilizarán dos cuestionarios los cuales serán autoadministrados, ambos contruidos en base a la revisión de la literatura, siguiendo los once pasos propuestos por (Hernández et al., 2010).

5.7.3.1. Construcción del Instrumento de Medición

El primero de los once pasos propuestos fue la revisión bibliográfica de los artículos de investigaciones científicas aplicadas, su finalidad fue localizar artículos relacionados a los constructos: comunicación en salud y calidad de vida en la empresa como uno de los componentes incorporada a la responsabilidad social empresarial, asimismo identificar si en estos artículos se incluyeron los instrumentos de medición que los autores utilizaron para sustentar sus investigaciones (ver tabla 24) encontrándose:

Tabla 24. Revisión bibliográfica de constructos

Comunicación en Salud, donde se incluye:	18 artículos
Promoción de la salud	7 artículos
Estilos de vida saludables	11 artículos
Calidad de Vida Laboral	17 artículos
Calidad de Vida Laboral incorporada a la responsabilidad social empresarial	9 artículos

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Como segundo paso se procedió a la elaboración de una matriz por cada uno de los constructos, dándole un número consecutivo en forma vertical al artículo de investigación empírica, mientras que de forma horizontal fueron anotados el año de publicación, nombre(s) del (los) investigador(es), factores, categorías, variables, dimensiones e ítems que fueron utilizados (ver anexos 1.1, 1.2 y 1.3).

El tercer paso consistió en la identificación de las dimensiones o factores que fueron mayormente presentadas, tomándose para la presente investigación las dimensiones descritas en las tablas 124, 128, 133.

Como cuarto paso se procedió a la agrupación en cada una de las dimensiones o factores los ítems utilizados en los instrumentos de medición (ver tablas, 125, 129, 130, 132, 134 y 136).

El quinto paso consistió con la selección de ítems que conformarán el instrumento de medición, una vez operacionalizadas las variables (ver anexo 2).

Para llevar a cabo el sexto paso fue necesario recibir las observaciones de ambos instrumentos de medición por parte de los jueces, llevándose una serie de pasos con la finalidad de validar su contenido, éste puede ser consultados en el punto 6.1.1. y 6.2.1

Como séptimo paso, se efectuó la prueba piloto de ambos instrumentos de medición para determinar la confiabilidad, esta parte del proceso puedes ser consultada en el punto 6.1.2. y 6.2.2. respectivamente.

Por ser un instrumento de autoadministrado y no ser necesaria la capacitación de personal para su administración, los pasos octavo y noveno serán omitidos, debido a que no se solicitará permiso para interrumpir sus actividades laborales.

Una vez levantada la muestra se procederá a su captura en el programa estadístico SPSS, esto con la finalidad de cumplir con el paso décimo y por último una vez recibida la totalidad de la información se procederá con el paso once que es el análisis de la información.

5.8. Proceso de Análisis de Información y Datos

Para llevar a cabo el proceso de análisis de información y datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 21 (Statistical Package for the Social Science) utilizando los siguientes estadísticos para cada parte del proceso de recolección de datos.

Para la construcción del cuestionario se siguieron los pasos de Hernández et. al. (2010) realizando el proceso de confiabilidad y validación que incluye: validación de contenido por expertos fue utilizado el índice de Validez de Contenido (IVC) así como el Índice de Concordancia Kappa de Fleiss, en el cuestionario a directivos y CVR en el cuestionario a trabajadores; la confiabilidad por piloteo usando el método de consistencia interna con Alfa de Cronbach; para la validación de escala: correlación inter-ítem y la validación de constructo con análisis factorial exploratorio.

Para el análisis de datos cualitativos en ambos instrumentos de medición fue utilizada la distribución de frecuencias, la media como medida de tendencia central, mientras que para la medida de variabilidad fue utilizada la desviación estándar.

En cuanto al análisis inferencial, la estadística paramétrica fue considerada en el instrumento de medición de directivos debido a la normalidad de sus datos, por lo cual fue utilizada la t de Student y el coeficiente de correlación de Pearson.

Para el proceso de la información del instrumento de medición de los trabajadores, los resultados obtenidos con la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov determinaron la utilización de estadística no paramétrica, por lo cual se determinó utilizan la U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación de Rho de Spearman.

6. Validación y Confiabilidad de los Instrumentos de Medición

La validación y confiabilidad de los instrumentos de medición se dividirán en cuatro secciones:

1. Validez de contenido mediante el juicio de expertos
2. Piloteo del instrumento para determinar la confiabilidad
3. Análisis de validación de escala: correlación inter-ítem
4. Validez de constructo mediante análisis factorial

6.1. De los Directivos de las Unidades Económicas

6.1.1. Validación de Contenido Mediante Juicio de Expertos

Esta validación se llevó a cabo partiendo de un total de 50 ítems divididos en dos variables, donde una vez identificadas las variables y dimensiones, se procedió a la integración de los ítems de cada una de ellas (como puede verse en los esquemas del anexo 2).

La validez de contenido busca que el instrumento a aplicar, mida lo que realmente la o las variables quieran medir (Cortés, 2012), la validez de contenido generalmente es evaluado mediante el juicio de expertos, cuya trayectoria en el tema es reconocida (Escobar & Cuervo, 2008). Uno de los instrumentos mayormente utilizados para validar su contenido es el cuestionario, por su rapidez y bajo costo, además contiene una serie de preguntas, las cuales servirán de base para ajustar, modificar o eliminarlas de acuerdo a la sugerencia de los expertos (Cortés, 2012). Para validar el presente instrumento de medición, fueron seleccionados siete expertos en áreas de recursos humanos y salud, sus nombres, ocupaciones, perfil profesional y otros datos pueden ser consultados en el anexo 4.

Para obtener la retroalimentación por parte de los expertos, se elaboró un cuadernillo que consta de tres partes: En la primera parte se realiza la petición para colaborar como experto con la finalidad de validar el cuestionario, la información que contiene es: A quiénes será aplicado el instrumento de medición, objetivo del estudio, variables utilizadas y la acreditación de quien está solicitando su participación.

Como segunda parte se presentan uno a uno los ítems del cuestionario, esta parte está integrada por cinco recuadros. En el primero se anota el ítem tal como fue utilizado por los investigadores, enseguida el ítem tal como será utilizado en el instrumento de medición. En el segundo recuadro se solicita al experto si cree que exista equivalencia conceptual entre las dos versiones pidiéndole su calificación en una escala de Likert de 6 puntos que va desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. En el tercer recuadro se solicita confirmar si la pregunta tiene claridad pidiéndole también la califique en una escala de Likert de 6 puntos de que va desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo, mientras en el cuarto recuadro se solicita al experto sus comentarios y por último se le pide una redacción alternativa si así lo considera necesario, al finalizar esta segunda parte se externa el agradecimiento por la valiosa participación.

En la tercera parte se encuentra la constancia de validación, donde se le pide al experto signar su nombre, profesión y su presente actividad laboral, así como la fecha en que realiza la valuación, todo ello con la finalidad de hacer constar su participación en la validación del instrumento.

El procedimiento para obtener la retroalimentación de los expertos fue a través de cuestionario con un formato como el que se presenta a continuación:

<p>1. Nuestras políticas en la empresa es proporcionar un entorno de trabajo seguro y saludable para todos los empleados (Turker D. , 2009)</p> <p>1. En la empresa es una política proporcionar un entorno de trabajo seguro y saludable para todos los empleados</p>
--

<p>¿Cree que existe equivalencia conceptual entre las dos versiones? Marque su grado de acuerdo</p> <p><input type="radio"/> 0. Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/> 1. Desacuerdo <input type="radio"/> 2. Parcialmente en desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> 3. Parcialmente de acuerdo <input type="radio"/> 4. De acuerdo <input type="radio"/> 5. Totalmente de acuerdo</p>
<p>¿Se comprende?</p> <p><input type="radio"/> 0. Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/> 1. Desacuerdo <input type="radio"/> 2. Parcialmente en desacuerdo</p> <p><input type="radio"/> 3. Parcialmente de acuerdo <input type="radio"/> 4. De acuerdo <input type="radio"/> 5. Totalmente de acuerdo</p>
<p>Comentarios:</p>
<p>Redacción alternativa si así lo considera:</p>

Para esta fase se invitó a participar a 10 jueces (aceptando solamente siete), para lo cual se entregó personalmente a los jueces 1, 2 y 3 mientras que para los jueces 4, 5, 6, 7 se hizo vía correo electrónico (a petición de ellos), a todos se les hizo llegar el instrumento de medición después de haber recibido la aceptación para fungir como expertos. La fecha de entrega fue en diferentes fechas de acuerdo a la aceptación de cada uno de ellos a partir del 20 de octubre del 2014.

La recepción de la información también ha sido recibida en diferentes fechas de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los expertos, recibiendo la primera respuesta el 24 de octubre del 2014 y la última el 14 de enero de 2015.

6.1.1.1. Descripción de la Validez de Contenido Mediante Juicio de Expertos

Evaluado generalmente por un panel o por el juicio de expertos, la validez de contenido se ha convertido en una estrategia para probar que las preguntas de un instrumento de medición tengan relación con lo que se busca medir (Cortés, 2012).

Según Lynn 1986, citado por (Hyrkäs, Appelqvist, & Oksa, 2003), cuando hay cinco o menos expertos el índice de acuerdo por ítem debe ser 100%, es decir, todos deben de estar de acuerdo, sin embargo cuando el número de expertos aumenta puede haber una cantidad pequeña en desacuerdo, a menudo una gran cantidad de investigadores utilizan el criterio de que si el 80% de los expertos están de acuerdo en toda la escala, su validez de contenido es aceptada (Hyrkäs, et al., 2003).

Como ya se había mencionado con anterioridad, para validar el contenido del instrumento de medición fue utilizado un cuestionario, el cual fue proporcionado a cada uno de los expertos y una vez que la información fue recibida se procedió a validar su contenido de acuerdo a la opinión de cada uno de ellos.

Tomando el ejemplo presentado por (Cortés, 2012), para validar la prueba piloto, de este ejercicio solamente se tomarán los dos primeros pasos, los cuales serán utilizados para presentar la forma en que se validará el contenido por expertos.

Paso 1

Este primer paso consistió en la elaboración de una matriz de resultados (codificación). Para esta actividad se realizaron cuatro matrices (comprensión, equivalencia, comentario y redacción alternativa), las cuales se muestran solamente las primeras repuestas para hacer visible su información, las matrices completas de comprensión y equivalencia pueden consultarse en el anexo 5.

Tabla 25. Matriz de comprensión

		Preguntas																			
Juez		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2		2	2		5					4	5	4	5		5	2	4	5	5	5	5
3		5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4
4		5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5		5	5	5	5	4	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	1	5
6		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Elaboración propia con datos de los expertos

En el cuadernillo entregado o enviado a los expertos, se les solicitó evaluar la comprensión de las preguntas, para ello tendrían que asignarle un valor que va desde totalmente de acuerdo (5) hasta totalmente en desacuerdo (0), sin embargo al elaborar la matriz de resultados, algunas preguntas no recibieron valor, como puede visualizarse en la tabla 25 y en forma completa en el anexo 5.

Tabla 26. Codificación del instrumento de medición

5	Totalmente de acuerdo
4	De acuerdo
3	Parcialmente de acuerdo
2	Parcialmente en desacuerdo
1	Desacuerdo
0	Totalmente en desacuerdo
	No respondió

En la tabla 26 se presenta la codificación utilizada para las matrices de comprensión y de equivalencia, las cuales van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, incorporando una más sin valor y que corresponde a no respondió.

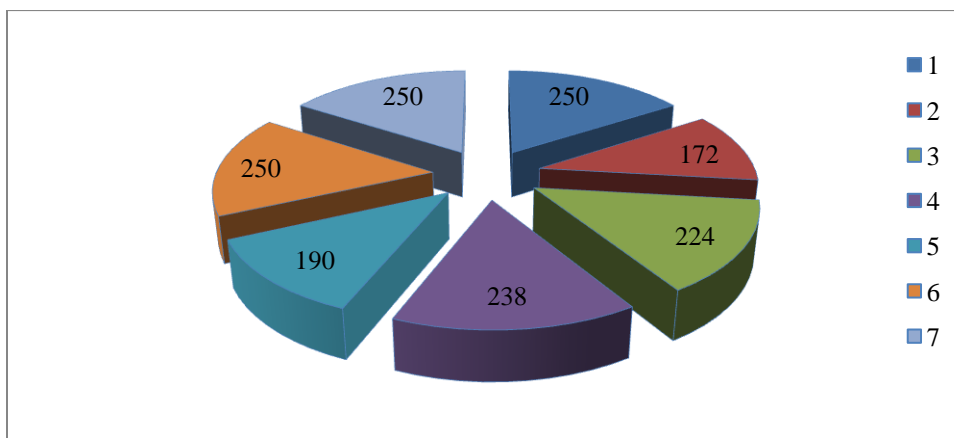


Ilustración 1. Puntuación de jueces para comprensión

En la ilustración 1 se puede observar la puntuación otorgada por los jueces en donde la puntuación total es de 250 (50 ítems por cinco valores de la escala, debido a que el cero no tiene valor), en ella se puede apreciar que los jueces uno, seis y siete le otorgaron el total de puntos a la comprensión de las preguntas del instrumento de medición, mientras que el juez dos otorgó la puntuación más baja debido a que diez de las preguntas no fueron calificadas.

Tabla 27. Matriz de equivalencia

		Preguntas																				
Juez		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1		[Grayscale]									5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2		[Grayscale]									5	3	5	5	5	5	0	3	5	5	5	5
3		[Grayscale]									4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4
4		[Grayscale]									5	4	5	5	5	4	5	3	4	4	3	3
5		[Grayscale]									5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5
6		[Grayscale]									5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7		[Grayscale]									5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Elaboración propia con datos de los expertos

En cuanto a la matriz de equivalencia (véase tabla 27) para las preguntas que van del uno al nueve, 49 y 50 no se solicitó realizar equivalencia, es por ello que no presentan un valor asignado, y al igual que la matriz de comprensión se recibieron algunas preguntas que no obtuvieron valor por parte de los jueces, sin embargo en esta matriz fueron tres las preguntas que recibieron una valoración de cero, esto es, totalmente en desacuerdo, por lo cual fue utilizada la codificación mostrada en la tabla 26.

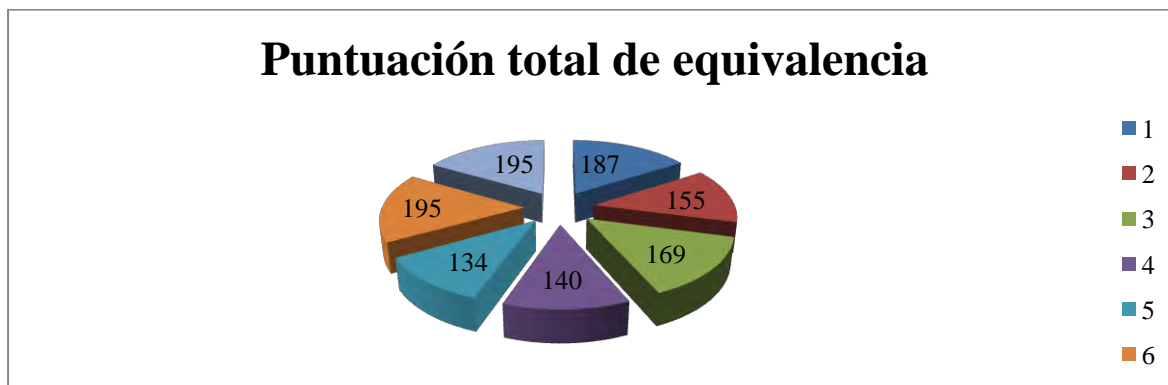


Ilustración 2.- Puntuación de jueces para equivalencia

Para la ilustración 2, se puede observar que la puntuación total otorgada por los jueces es de 195, (39 ítems por cinco valores de la escala, debido a que el cero no tiene valor), en este ilustración se puede apreciar que los jueces uno y seis le otorgaron el total de puntos a la equivalencia de las preguntas del instrumento de medición, mientras que el juez cinco fue el que otorgó la puntuación más baja.

Tabla 28. Matriz de comentarios

		Preguntas				
Juez	1	2	3	4	5	
1	Las empresas entienden ya el significado salud-autocuidado		Si entienden las empresas el concepto		Institucionalización de "pausa para la salud"	
2	La conjunción "y" construye dos preguntas en una y puede dejar en la indefinición al respondiente		Sustituir "programas para prevenir" por programas de prevención	Elegir alguna de las dos acciones "informar" "sensibilizar"		
3	Si es oración interrogativa agregar la puntuación correspondiente	Si es oración interrogativa agregar la puntuación correspondiente	Agregar uno o dos ejemplos de enfermedades como: diabetes, hipertensión	Si es oración interrogativa agregar la puntuación correspondiente	Agregar puntuación para interrogación	
5			DM, HTA, etc.		Se parece a la Núm. 4	
7	Sería conveniente primero ver si existe una cultura que promueva el cuidado			bien	bien	

Elaboración propia con la información proporcionada por los expertos

Por la extensión que presenta esta matriz de comentarios mostrada en la tabla 28, solamente se detallan cinco de las cincuenta columnas que la componen, en ella se puede apreciar los comentarios que realizan los jueces en relación a las preguntas del instrumento de medición, el análisis de los comentarios está detallado en el anexo 9 en lo que se ha denominado matriz de comentarios y redacción alternativa.

Mientras que en la tabla 29, al igual que en la anterior, solamente se muestran algunas columnas que integran la matriz de redacción alternativa, de la misma manera el análisis de las propuestas presentadas por los jueces se muestran en el anexo 9 matriz de comentarios y redacción alternativa.

Tabla 29. Matriz de redacción alternativa

Juez	Preguntas					
	1	2	3	4	7	8
2	* En la empresa se promueve el autocuidado * En la empresa se vive una cultura de la salud	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para fomentar la prevención de enfermedades	En la empresa se llevan a cabo programas de prevención de enfermedades crónico-degenerativas	*En la empresa se llevan a cabo sesiones informativas para dar a conocer las ventajas de la alimentación saludable y la actividad física * En la empresa se llevan a cabo sesiones de sensibilización para dar a conocer las ventajas de la alimentación saludable y la actividad física	*En la empresa se utiliza la comunicación interna como.....para desarrollar una alimentación equilibrada. * en la empresa se utiliza la comunicación interna para hacer actividad física en el lugar de trabajo	
3			¿En su empresa se llevan a cabo programas para prevenir enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y/o hipertensión			
4	Se maneja de manera constante como parte de la cultura de seguridad implementada por la empresa		Campañas constantes durante todo el año, aunado con la feria anual de la salud organizada en las instalaciones de la planta			Se hacen campañas para perder peso a través de la vigilancia del departamento médico y a los tres primeros ganadores se les entrega reconocimiento y una membresía en un gimnasio de la ciudad
7		En la empresa existe la infraestructura necesaria para la comunicación interna, como lo son:	En la empresa existen programas de prevención de enfermedades crónico-degenerativas como lo son:		Existen programas en vinculación con la SEP, STPS, IMSS, Salubridad para:	Reconocimientos o gratificaciones

Elaboración propia con la información proporcionada por expertos

Paso 2

Siguiendo la propuesta presentada por (Cortés, 2012), este paso consiste en ordenar en forma descendente la puntuación obtenida en las matrices que en este caso se

presentan únicamente las de comprensión y equivalencia, ya que las de comentarios y de redacción alternativa no tienen asignado un valor.

Tabla 30. Resumen de puntuación de mayor a menor de las matrices de comprensión y equivalencia

Comprensión		Equivalencia	
Juez	Total de puntuación	Juez	Total de puntuación
1	250	1	195
7	250	7	195
6	250	6	187
4	238	5	169
3	224	4	155
5	190	3	140
2	172	2	134

Con esta información se puede observar en la tabla 30 que el juez uno otorgó mayor puntuación tanto en comprensión como en equivalencia, mientras que el juez dos fue quien otorgó menor puntuación en ambas categorías.

Para conocer el acuerdo que tienen los expertos en cuanto a cada uno de los ítems propuestos, se buscó en la literatura algunos de los métodos usados y el procedimiento a seguir para su validación, encontrándose los siguientes:

- Método Dephi. Con este método se obtiene la opinión de un panel de expertos (de Meyrick, 2003).
- Modelo de Fehring, utilizado en la práctica médica, este modelo mide el concepto que quiere medir con la opinión de un grupo de expertos (Fehring, 1987).
- Índice de Concordancia Kappa de Cohen's. Mide el grado de acuerdo entre dos jueces (Banerjee, Capozzoli, & McSweeney, 1999).
- Índice de validez de contenido Haynes, Richard, & Kubany (1995) citado por (Polit, Tatano, & Owen, 2007) proporciona el cálculo para un índice de validez basado en expertos
- Índice de Concordancia Kappa de Fleiss. Mide el grado de acuerdo entre dos o más jueces (Fleiss, Levin, & Cho, 1981).

Para realizar la validez de contenido mediante juicio de expertos se optó por dos métodos, el Índice de validez de contenido de Haynes, Richard & Kubany (1995), citado por (Polit et al., 2007), y el Índice de concordancia Kappa de Fleiss.

Índice de Validez de Contenido

En este análisis fueron utilizados la totalidad de ítems que integran el instrumento de medición, en la tabla 30 se puede observar que seis jueces están totalmente de acuerdo (5) con la pregunta número uno, mientras que un solo juez estuvo parcialmente en desacuerdo (2), esta misma situación se presenta con la pregunta número dos, mientras que para las preguntas tres y cuatro se observa que nuevamente seis jueces opinan estar totalmente de acuerdo, mientras que un solo juez no emite valor alguno por lo que la pregunta se considera como totalmente en desacuerdo (0)

En relación a la pregunta número cinco, nuevamente seis jueces manifiestan estar totalmente de acuerdo y solamente uno dice estar de acuerdo (4). Este mismo análisis se puede realizar con las 50 preguntas que integran este instrumento de medición y como se describió anteriormente se puede consultar en el anexo 6.

Aunque Polit (2007), manifiestan en su artículo que los investigadores casi nunca reportan como fue su procedimiento, se seguirá el formato presentado por estas autoras, el cual consiste en elaborar una matriz donde se visualice el acuerdo que realizan los expertos en los ítems del instrumento de medición.

Tabla 31. Porcentaje de acuerdo entre jueces en la escala totalmente de acuerdo

Ítem	<u>Comprensión</u>							IVC %
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	
1	*		*	*	*	*	*	85.7
2	*		*	*	*	*	*	85.7
3	*		*	*	*	*	*	85.7
7	*		*	*		*	*	85.7
13	*	*		*	*	*	*	85.7
14	*		*	*	*	*	*	85.7
15	*	*	*	*	*	*	*	100.0

Elaboración propia con datos de los expertos

En la tabla 31 se puede observar el acuerdo que presentan los siete expertos que apoyaron el proceso de validación del instrumento de medición en la escala de totalmente de acuerdo, este porcentaje varía desde un 100% hasta un 57.1% este último fue el porcentaje más bajo que obtuvieron 4 ítems del instrumento de medición, la información completa del acuerdo entre jueces puede ser consultado en el anexo 6 debido a que en esta tabla solamente se presentan quince de los cincuenta ítems que la integran.

Tabla 32. Porcentaje de acuerdo para los ítems en la escala de totalmente de acuerdo

Total de ítems	Acuerdo
5	100%
27	85.7%
14	71.4%
<u>4</u>	<u>57.1%</u>
50	

Elaboración propia con datos de los expertos

En la tabla 32 se puede observar que solamente 5 ítems estuvieron totalmente de acuerdo según el criterio de los siete jueces, mientras que 27 ítems fueron calificados totalmente de acuerdo por 6 jueces y solamente 4 ítems del instrumento de medición fueron aceptados totalmente de acuerdo por 4 jueces.

Tabla 33. Porcentaje de acuerdo de los jueces en la escala totalmente de acuerdo

Jueces	%
7	100
6	85.7
5	71.4
4	57.1
3	42.9
2	28.6
1	14.3
0	0%

Elaboración propia con datos de los expertos

En la tabla 33 se presenta el porcentaje de acuerdo de los jueces en la escala de totalmente de acuerdo, esto es cuando los siete jueces estuvieron totalmente de

acuerdo, el ítem del instrumento de medición recibió un 100% y cuando solamente cuatro jueces estuvieron totalmente de acuerdo el ítem recibió un porcentaje del 57.1%

Tabla 34. Porcentaje de acuerdo de los jueces en todas las escalas

Ítem	<u>Comprensión</u>							Total
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No respondió	
	(5) %	(4) %	(3) %	(2) %	(1) %	(0) %	(n/r) %	
1	85.7			14.3				100.0
2	85.7			14.3				100.0
3	85.7						14.3	100.0
4	85.7						14.3	100.0
5	85.7	14.3						100.0
.								
50								

Elaboración propia con datos de los expertos

En la tabla 34 se presenta el porcentaje de acuerdo de los jueces en las escalas del instrumento de medición, que como puede visualizarse en el ítem uno, seis jueces estuvieron totalmente de acuerdo y solamente uno estuvo parcialmente de acuerdo, así de forma sucesiva se presentan los acuerdos que tuvieron los jueces en todos y cada uno de los ítems, para presentar una parte de la información solamente se muestran cinco ítems y su totalidad se puede consultar en el anexo 7.

Tabla 35. Porcentaje de acuerdo entre jueces en la escala totalmente de acuerdo

Ítem	<u>Comprensión</u>							Ítem IVC %.
	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	
1	*		*	*	*	*	*	85.7
2	*		*	*	*	*	*	85.7
3	*		*	*	*	*	*	85.7
48	*				*	*	*	57.1
49	*		*	*	*	*	*	85.7
50	*		*		*	*	*	71.4
Total	50	27	27	46	33	50	50	4041.9
proporción relevante	1.00	0.54	0.54	0.92	0.66	1.00	1.00	81%
Promedio	81%							

Elaboración propia con datos de los expertos

Como puede observarse en la tabla 35 el promedio de aceptación de los jueces del instrumento de medición obtiene un resultado del 81%. Utilizando el criterio que establece que si el 80% de los expertos están de acuerdo con la escala, su validez de contenido es aceptada (Hyrkäs et al., 2003).

Índice de Concordancia Kappa de Fleiss

Otro método que ha demostrada su eficacia para medir acuerdo entre jueces es índice de concordancia Kappa de Fleiss, el cual es un complemento al índice de concordancia Kappa de Cohen's, mientras que este último la concordancia se da entre dos observadores, el primero puede validarse con más de dos observadores (Fleiss, 1971).

En el anexo 8.1 se explicara brevemente cómo se desarrolló el proceso manual para determinar el índice de concordancia kappa de Fleiss, que al realizar dicho proceso se obtienen los siguientes resultados:

K = 6	$\bar{p}\bar{e} = 0.03299812$
m = 7	Kappa = 0.635594346
n = 50	se = 0.01984115
$\bar{p} = 0.647619048$	z = 32.03414911

Donde:

m= número de jueces (7)

n= número de ítems (50)

k= categorías (6)

Suma de las celdas (50 x 7) = 350

La fórmula utilizada para los resultados anteriores se presenta a continuación (Fleiss, 1971).

$$\kappa = \frac{\bar{P} - \bar{P}_e}{1 - \bar{P}_e} \quad \kappa = \frac{0.647619048 - 0.03299812}{1 - 0.03299812} = 0.635594$$

El acuerdo a la interpretación propuesta por Fleiss (1981) citada por (Torres & Perera, 2009) se presenta en la tabla 36.

Tabla 36. Interpretación para el Índice de Concordancia Kappa de Fleiss

< 0	Pobre acuerdo
0.01 - 0.20	Acuerdo leve
0.21 - 0.40	Acuerdo
0.41 - 0.60	Acuerdo moderado
0.61 - 0.80	Acuerdo sustancial
0.81 - 1.00	Acuerdo casi perfecto

Por lo que el resultado del Índice de concordancia Kappa de Fleiss para la validez de contenido entre jueces es de 0.63, y de acuerdo a la interpretación mostrada en la tabla 36 el resultado se encuentra en sustancial, por lo cual su validez es aceptable.

Validación de Contenido Sobre Comentarios y Redacción Alternativa

En relación a las últimas dos matrices (comentarios y redacción alternativa) además de las propuestas presentadas por los jueces o expertos, éstas pueden ser consultadas en su totalidad en el anexo 9. En conclusión y resumiendo este apartado las propuestas son:

Primero: especificar en las preguntas 1, 2, 8, y 26, lo que significa: Autocuidado, estilos de vida saludables, adicciones y menús saludables.

Segundo: Incorporar ejemplos en la pregunta 3.

Tercero: Considerar la elaboración de dos reactivos de las preguntas 1, 7, y 12.

Mientras que para la redacción alternativa, se considerará las propuestas realizadas por los jueces 2 y 7.

Una vez consideradas todas aquellas observaciones, comentarios y las redacciones alternativas sugeridas por el panel de expertos, se procederá a modificar la tabla 24, la cual quedará de la siguiente manera:

Tabla 37. Operacionalización, medición y nuevo número de ítems de las variables

Variables	Dimensiones	Tipo de variable	Nivel de medición	Ítems
Calidad de vida laboral	Condiciones de trabajo/Seguridad	Cuantitativa, continua	Ordinal, tipo escala de Likert	10
	Bienestar logrado a través de trabajo donde se incluye la salud	Cuantitativa, continua	Ordinal, tipo escala de Likert	7
	Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	Cuantitativa, continua	Ordinal, tipo escala de Likert	13
Comunicación en salud	Promoción de los estilos de vida saludables	Cuantitativa, continua	Ordinal, tipo escala de Likert	7
	Evaluación y difusión de programas encaminados a mejorar la salud del trabajador	Cuantitativa, continua	Ordinal, tipo escala de Likert	9
	Beneficios de implementar programas de responsabilidad social	Cuantitativa, continua	Ordinal, tipo escala de Likert	5
	Programas voluntarios de responsabilidad social encaminados a mejorar la salud del trabajador	Cualitativa	Abierta	2
	Autoevaluación como empresa socialmente responsable	Cuantitativa, continua	Dicotómica	1

Construcción del instrumento de medición siguiendo los pasos propuestos por (Hernández et al., 2010)

Como se puede apreciar en la tabla 37 el número de ítems se modifica, pasando de 50 ítems propuestos originalmente a 54 después de eliminar, modificar y aumentar el número de acuerdo a la propuesta del panel de expertos.

Con esta nueva propuesta, se procederá a elaborar la versión final del instrumento, realizar la prueba piloto, y el análisis de la información correspondiente y una vez obtenido el resultado de la prueba piloto, se realizarán los pasos diez y once, debido a la eliminación de los números ocho y nueve por no ser necesarios (Hernández et al., 2010).

6.1.2. Piloteo del Instrumento para Determinar la Confiabilidad

Una vez analizados los resultados del panel de expertos, cuyos resultados fueron favorables, se elabora el nuevo instrumento de medición, esto con la finalidad de dar continuidad al proceso mediante la aplicación de una prueba piloto a una muestra de la población para conocer la confiabilidad del instrumento de medición.

La evidencia científica indica que el número necesario para llevar a cabo esta fase de la investigación oscila entre 10 participantes, Nieswiadomy (2002), o un 10% de la muestra propuesta Lackey & Wingate (1998) ambos citados por (Hertzog, 2008), para esta prueba (Cortés, 2012), sugiere aplicar el cuestionario piloto a un grupo de 50 ó 30 sujetos que tengan características similares a los sujetos de la muestra.

Sin embargo para este ejercicio y debido a que la muestra propuesta para esta investigación es estratificada, se aplicaron 58 instrumentos de medición, los cuales fueron autoadministrados, buscando que haya características similares de los sujetos de la muestra como propone (Cortés, 2012), en este cuestionario piloto se incluyeron datos de caracterización que son: Unidad económica donde labora (estrato), formación académica, antigüedad, puesto, género, edad, y las 51 preguntas en la escala de Likert con 5 puntos, además dos preguntas abiertas y una pregunta dicotómica. La iniciación de la recolección de datos fue el día 20 de febrero y terminando el 4 de marzo de 2015.

Para este apartado se sigue el proceso metodológico propuesto por (Cortés, 2012) el cual consta de ocho pasos, que van desde la codificación de las respuestas, ordenamiento de la puntuación de mayor a menor, eliminación de las puntuaciones intermedias para tomar solamente las puntuaciones más altas y más bajas y cálculo de la t de student, todos estos pasos pueden ser consultados en el anexo 11, mientras que las puntuaciones totales se encuentran en los anexos 12 y 13 y el cálculo de la t de student de los primeros seis ítems en el anexo 14.

Análisis para la afirmación número uno

25% sujetos más altos				25% sujetos más bajos			
x	f_a	f_{xa}	fx_a^2	x	f_b	f_{xb}	fx_b^2
1	0	0	0	1	4	0	0
2	0	0	0	2	2	4	8
3	2	6	18	3	1	3	9
4	1	4	16	4	0	0	0
5	5	25	125	5	1	5	25
Σ	8	35	159	Σ	8	12	42

donde:

x = Alternativa del 1 al 5

f = Frecuencia de la respuesta (número 1) de sujetos que respondieron

a = Con puntuaciones altas

b = Con puntuaciones bajas

f_x = Resultado de multiplicar la frecuencia por la alternativa

(1 x 4 =4, 5 x 5 =25, 2 x 3 =6)

fx^2 = resultado de la frecuencia por alternativa por la alternativa

(4 x 4 =16, 25 x 5 =125, 6 x 3 =18)

Posteriormente con esta información se calcula la t de student aplicando la siguiente fórmula:

$$t = \frac{(\bar{X} - \bar{Y})}{\sqrt{\frac{\hat{S}_1^2}{n} + \frac{\hat{S}_2^2}{m}}}$$

De acuerdo a lo propuesto por (Cortés, 2012), si la puntuación t es igual o mayor a 1.75 se acepta el reactivo, pero si es menor se rechaza, los resultados obtenidos de este cálculo se muestran en la tabla 38.

Tabla 38. Resultados después de aplicar la t student

Ítem	resultado t student	ítem	resultado t student	ítem	resultado t student	ítem	resultado t student
1	3.936207	14	4.107003	27	7.099296	40	7.602631
2	2.262610	15	7.638626	28	4.715431	41	5.016992
3	8.080749	16	11.00000	29	7.000000	42	5.584068
4	6.243312	17	12.559193	30	8.037098	43	5.494909
5	18.44451	18	21.21320	31	22.91287	44	8.366600
6	10.41990	19	5.268953	32	31.00000	45	9.000000
7	10.41990	20	10.419907	33	7.514431	46	6.354889
8	9.744163	21	7.849823	34	4.677072	47	0.557086
9	5.700415	22	4.276719	35	3.631260	48	2.005739
10	10.37041	23	18.520259	36	7.200823	49	3.268229
11	5.237330	24	18.520259	37	7.039106	50	4.000000
12	3.889953	25	9.165151	38	6.148170	51	2.600764
13	5.088723	26	5.6124486	39	4.988877		

Como puede observarse en la tabla 38 solamente el ítem marcado con el número 47 no cumple con la puntuación requerida, por lo tanto se considera rechazarlo.

El último de los pasos propuestos por (Cortés, 2012) sugiere determinar la confiabilidad del instrumento de medición mediante la fórmula 20 de Kurder-Richardson y el Alfa de Cronbach, optando por este última para realizar la prueba de confiabilidad en este cuestionario piloto, puesto que la fórmula 20 de Kurder-Richardson mide escalas dicotómicas y el Alfa de Cronbach mide escalas politómicas (Sánchez & Echeverry, 2004).

El coeficiente de Alfa de Cronbach (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz, 2011) ha sido uno de los instrumentos más utilizados para medir la confiabilidad de la consistencia interna de los instrumentos de medición, se mide a través de un conjunto de ítems (en escala tipo Likert) que se espera midan lo mismo y que se correlacionen entre ellos (Campo & Oviedo, 2008).

Para realizar el análisis de confiabilidad se utilizó el programa SPSS versión 21 y el resultado obtenido a través de este programa fue de 0.973. Este análisis y su procedimiento puede ser consultado en el anexo 15.

Un valor máximo recomendado es de 0.90 (Tavakol & Dennick, 2011), otros criterios para evaluar la confiabilidad han sido propuestos por Nunnally (1978) y que son los siguientes:

- Coeficiente Alfa > 0.9 es excelente
- Coeficiente Alfa > 0.8 es bueno
- Coeficiente Alfa > 0.7 es aceptable
- Coeficiente Alfa > 0.6 es cuestionable
- Coeficiente Alfa > 0.5 es pobre
- Coeficiente Alfa < 0.5 es inaceptable

Moviéndose en un rango de valores de 0 a 1, donde 0 representa una fiabilidad nula o inexistente, y 1 significa la fiabilidad total (Campo & Oviedo, 2008).

6.1.3. Análisis de Validación de Escala: Correlación Inter-Ítem

Para este análisis autores como (Oviedo & Campo, 2005) sugieren que una mejor manera de validar el cociente de consistencia interna cuando el instrumento de medición cuenta con varias dimensiones es su estratificación.

Para comprobar si existe alguna variación cuando se utiliza el Alfa de Cronbach en un instrumento con más de 20 ítems y con diversas dimensiones, se procedió en esta ocasión a estratificar de acuerdo a las dimensiones que constituyen este instrumento de medición, para lo cual fue utilizado el programa estadístico SPSS versión 21, resumiendo la información en los estadísticos de fiabilidad, la cual es mostrada en la tabla 39.

Tabla 39. Resumen de los estadísticos de fiabilidad

Dimensiones	Alfa de Cronbach			Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
	Alfa de Cronbach	basada en los elementos tipificados	N de elementos	
Condiciones de Trabajo	0.887	0.890	10	Criterio aceptable no varía si se elimina algún elemento
Bienestar logrado a través del trabajo	0.882	0.885	7	Criterio aceptable no varía si se elimina algún elemento
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	0.938	0.938	13	Criterio aceptable no varía si se elimina algún elemento
Promoción de estilos de vida saludables	0.917	0.917	7	Cambiaría de un criterio bueno a uno excelente si se elimina el ítem 22 o el ítem 25
Evaluación y difusión de programas encaminados a mejorar la salud del trabajador	0.935	0.939	9	Criterio aceptable no varía si se elimina algún elemento
Beneficios de implementar programas de responsabilidad social	0.839	0.853	5	Cambiaría de un criterio aceptable a uno excelente si se elimina el ítem 47

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

Al realizar el análisis mediante la estratificación de sus dimensiones se ha observado que en todas ellas se señalaron ítems que deben ser eliminados para

incrementar la confiabilidad, en especial la que se establece en la tabla 39 que corresponde a la dimensión beneficios de implementar programas de responsabilidad social empresarial en donde se obtuvo el Alfa de Cronbach más bajo (0.839) e igualmente al analizar la correlación inter-ítems, en esta dimensión nuevamente el ítem 47 aparece como prospecto para ser eliminado del instrumento de medición debido a que es el que menos correlación tiene .

Una vez realizado el análisis estadístico de cada una de las dimensiones a través del programa estadístico SPSS, se procede a su agrupación para llevar a cabo el cálculo del Alfa de Cronbach estratificada.

Tabla 40. Análisis de la información estratificada de las dimensiones del instrumento de medición.

Dimensiones	Resultados estadísticos de la estratificación			
	Alfa de Cronbach	Varianza	1- α	σ^2 * (1- α)
Condiciones de trabajo	0.887	88.551	0.113	10.0062
Bienestar logrado a través del trabajo	0.882	70.401	0.118	8.3073
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	0.938	158.901	.0620	9.8518
Promoción de estilos de vida saludables	0.917	62.951	.0830	5.2249
Evaluación y difusión de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores	0.935	47.491	.0650	3.0869
Beneficios de implementar programas de responsabilidad social	0.839	23.751	0.1610	3.8239
				40.301

Elaboración propia utilizando los datos de la estratificación

Como puede visualizarse en la tabla 40 y considerando los criterios para evaluar los coeficientes de Alfa de Cronbach que son:

Coeficiente Alfa > 0.9 es excelente

Coeficiente Alfa > 0.8 es bueno

Todas y cada una de las dimensiones analizadas por separada, obtienen un criterio de confiabilidad que lo ubica entre bueno y excelentes, sin embargo, es necesario

calcular su confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach estratificada, para la cual se utilizará la siguiente

Fórmula:

$$\alpha \text{ estratificada} = 1 - \frac{\sum \sigma^2 (1 - \alpha)}{\sigma_x^2}$$

Sustituyendo los valores

$$\alpha \text{ estratificada} = 1 - \frac{40.301}{1,851.53} = 0.9782$$

Resultado un α estratificada es de 0.9782

Con este resultado una vez más se confirma la confiabilidad del instrumento de medición al ubicarlo en el criterio de excelente.

Tabla 41. Análisis de los resultados de confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach para el instrumento de medición en su totalidad	0.973
Alfa de Cronbach estratificada por dimensiones	0.978
Elaboración propia con resultados obtenidos del análisis	

Las diferentes maneras de evaluar el Alfa de Cronbach, indica que los valores que van de 0.70 a 0.95 son aceptables, un valor bajo podría ser por el número limitado de ítems o una inadecuada interrelación entre ellos, por lo que se sugiere revisarse o eliminarse. Si un Alfa de Cronbach es demasiado alto puede ser que algunos ítems sean repetitivos. Un valor máximo de 0.90 es lo recomendado (Tavakol & Dennick, 2011), otros criterios para evaluar la confiabilidad han sido propuestos por Nunnally (1978) y que son los siguientes:

Coeficiente Alfa > 0.9 es excelente

Coeficiente Alfa > 0.6 es cuestionable

Coeficiente Alfa > 0.8 es bueno

Coeficiente Alfa > 0.5 es pobre

Coeficiente Alfa > 0.7 es aceptable

Coeficiente Alfa < 0.5 es inaceptable

Moviéndose en un rango de valores de 0 a 1, donde 0 representa una fiabilidad nula o inexistente, y 1 significa la fiabilidad total (Campo & Oviedo, 2008).

Como puede observarse en la tabla 41 el resultado Alfa de Cronbach para todo el instrumento de medición el cual estuvo conformado por 51 ítems, y contestado por 58 individuos no difiere cuando es calculado en forma unidimensional como estratificado por dimensiones, en ambos casos el criterio se ubica en el rango de excelente.

En cuanto a la correlación inter-ítems que tiene el instrumento de medición una vez analizada la prueba piloto se encuentra que en las dimensiones promoción de estilos de vida saludables y difusión y evaluación de programas para mejorar la salud de sus trabajadores, todos sus ítems correlacionan de forma significativa, no así las dimensiones de promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional en los ítems 1-28, 2-28 y 2-29 no tienen correlación significativa, y en cuanto a la dimensión condiciones de trabajo los ítems 12-22, 13-22 y 13-38 no tienen correlación significativa y de la dimensión beneficios de implementar programas de responsabilidad social, el ítem 47 del cual ya se había tenido referencia de no tener significancia los resultados de la correlación lo confirman de nuevo, por lo tanto se ha tomado la decisión de eliminarlo del instrumento de medición, todas las correlaciones inter- ítems del instrumento de medición segmentado por dimensiones puede ser consultado en el anexo 15.

6.1.4. Validez de Constructo Mediante Análisis Factorial Exploratorio

Definida como una técnica estadística multivariante que sirve para estudiar las dimensiones que subyacen a las relaciones entre varias variables, el análisis factorial es una técnica para reducir datos con el propósito de encontrar grupos homogéneos de variables (Williams, Onsmann, & Brown, 2010). Existen dos tipos de análisis: el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio, el primero se analizan una serie de datos sin tener una hipótesis previa, dejando que los datos fluyan del análisis de la información, mientras que para el segundo, ya existen hipótesis las cuales se pondrán a

prueba evaluando el modelo (Briones, 2003). Este análisis se inició determinando si los datos se ajustan al análisis factorial, calculando el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) considerando el criterio que si el índice es mayor de 0.7 se justifica el análisis factorial, también se calculó la prueba de esfericidad de Bartlett

El análisis factorial exploratorio se realizó únicamente con los 50 ítems politómicos (se eliminó el ítem 47, el cual no obtuvo la suficiente correlación), este análisis se llevó a cabo con el método de componentes principales, extrayendo seis factores y un número máximo de iteraciones para convergencia de 25. Para el cálculo de los factores se consideró los valores mayores a uno, la pregunta deberá tener una saturación (carga factorial) igual o superior a 0.40 y se deberá de incluir en un solo factor, considerando aquel en el que se presente un nivel de saturación igual o mayor. La rotación fue varimax con un número de interacciones para convergencia de 30, con opción de ordenamiento por tamaño y suprimiendo valores absolutos menores que .40.

Un factor deberá estar conformado por tres o más preguntas, exceptuando aquellos factores en el que dos preguntas se encuentren sustentadas por la teoría o por el coeficiente de consistencia interna. Los primeros pasos consisten en calcular el índice de Kaiser, Meyer, Olkin (KMO), el cual tiene valores de 0 a 1, y cuanto más alto el valor, más relacionadas estarán las variables e igualmente la prueba de esfericidad de Bartlett la cual debe ser significativa ($p < 0.05$) (Williams et al., 2010).

Para este apartado se tomaron los datos de la prueba piloto y fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 21 obteniendo los siguientes resultados.

6.1.4.1. Análisis factorial exploratorio del instrumento de medición

El análisis factorial exploratorio es una técnica para la reducción de variables originales a un número menor denominados factores o variables latentes, por ello se analiza una serie de datos sin tener una hipótesis previa, dejando que los datos fluyan del análisis de la información (Briones, 2003). Las pruebas más utilizadas para validar la matriz de

correlaciones son la medida de adecuación de la muestra, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la Prueba de esfericidad de Bartlett.

Tabla 42. Medida KMO y prueba de esfericidad

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.			.722
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado		3349.458
	gl		1225
	Sig.		.000

Como puede verse en los resultados obtenidos una vez analizados en el programa estadístico SPSS versión 21 (véase tabla 42), la medida de adecuación KMO es superior a 0.70, lo que la hace aceptable para su factorización, mientras que la esfericidad de Bartlett su estadístico del test tiene un valor significativo de cero, por lo que ambos son aceptables de acuerdo a la investigación de Frías & Pascual (2012).

La cantidad de varianza que es compartida con las demás variables en análisis se le llama varianza común o comunalidad (Méndez & Rondón, 2012), su valor se obtiene sumando los cuadrados de cada una de las cargas factoriales.

Tabla 43 . Comunalidades

ítem	Inicial	Extracción
1	1.000	.628
2	1.000	.545
3	1.000	.606
.		
50	1.000	.818
51	1.000	.804

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

En la tabla 43 se presenta la comunalidad de cada ítem la cual expresa la parte de la variable que puede ser explicada, de acuerdo a Hair et al., 2004, citado por (Frías & Pascual, 2012) se señala un valor mínimo de comunalidad de 0.50 y como puede observarse en el anexo 16 todos los valores son superiores al valor mínimo.

Tabla 44. Porcentajes de la varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	23.971	47.942	47.942	23.971	47.942	47.942	10.420	20.841	20.841
2	3.099	6.197	54.139	3.099	6.197	54.139	8.484	16.969	37.809
3	3.020	6.039	60.178	3.020	6.039	60.178	5.928	11.855	49.664
4	2.546	5.092	65.269	2.546	5.092	65.269	4.408	8.816	58.481
5	1.879	3.757	69.027	1.879	3.757	69.027	4.104	8.207	66.688
6	1.552	3.103	72.130	1.552	3.103	72.130	2.721	5.442	72.130
7	1.498	2.996	75.126						
.									
50	.001	.003	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Como puede observarse en la tabla 44, son seis factores que van a explicar el 72.13% de la varianza, de acuerdo a Frías & Pascual, (2012) se considera como satisfactoria un mínimo del 60%, los datos completos pueden ser consultados en el anexo 17.

Tabla 45. Matriz de componentes rotados

ítem	Componente (1)	ítem	Componente (2)	ítem	Componente (3)	ítem	Componente (4)	ítem	Componente (5)	ítem	Componente (6)
42	.866	6	.778	1	.741	30	.877	49	.893	34	.603
43	.832	10	.763	12	.736	31	.740	51	.871	33	.552
37	.783	8	.753	11	.671	32	.737	48	.864	35	.436
41	.764	7	.731	13	.656	18	.737	50	.833		
45	.744	9	.710	15	.637	14	.566				

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

En la tabla 45 se presenta la distribución de los componentes que representa la solución factorial, en ella se muestran las cargas factoriales de las variables resultantes, quedando integradas por tres o más ítems, todos ellos presentan una carga factorial

superior a 0.4, de acuerdo con Stevens 2002, citado por Field, 2009. La matriz de componentes completa se puede consultar en el anexo 18. En la tabla 46 se puede observar la reclasificación que se realizó en el número de ítems y de los ítems que se integran a las dimensiones, esta reclasificación se justifica debido a que el Alfa de Cronbach mejora al pasar de bueno a excelente específicamente en las dimensiones de condiciones de trabajo y beneficios de implementar programas de responsabilidad social.

Tabla 46. Reclasificación de los ítems en las dimensiones

Variables	Dimensiones	Tipo de variable	Nivel de medición	nuevo núm. de ítems	Nueva agrupación de ítems de acuerdo al análisis factorial
Calidad de Vida Laboral	Condiciones de trabajo/Seguridad			8	1, 2, 11, 12, 13, 15, 20, 21
	Bienestar logrado a través del trabajo donde se incluye la salud			5	14, 18, 30, 31, 32
Comunicación en Salud	Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	15	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 19, 24, 25, 27, 28
	Promoción de estilos de vida saludables			3	33, 34, 35
	Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores			15	22, 23, 26, 29, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46
	Beneficios de implementar programas de responsabilidad social			4	47, 48, 49, 50
	Programas voluntarios de responsabilidad social encaminados a mejorar la salud del trabajador	Cualitativa	Abierta	2	51, 52
	Autoevaluación de Responsabilidad Social	Cuantitativa, continua	Dicotómica	2	53, 54

Construcción del instrumento de medición siguiendo los once pasos propuestos por (Hernández et al., 2010)

Elaboración propia tomando los resultados del análisis factorial

6.1.5. Análisis de Confiabilidad

Una vez llevado a cabo el análisis factorial exploratorio y haber determinado el número de escalas que tendrán validez en la encuesta, se llevarán a cabo el análisis de confiabilidad de las escalas finales.

Con esta información se procedió a elaborar el análisis de confiabilidad con una muestra de 117 instrumentos de medición.

Tabla 47. Cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach estratificado

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
Condiciones de trabajo	.911	.913	8
Bienestar logrado a través del trabajo	.831	.827	5
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	.957	.958	15
Promoción de estilos de vida saludables	.876	.876	3
Difusión y evaluación de programas encaminada a mejorar la salud de los trabajadores	.961	.962	15
Beneficios de implementar programas de RSE	.908	.909	4

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

Como puede observarse en la tabla 47, y en rango de valores de 0 a 1, donde 0 representa una fiabilidad nula o inexistente, y 1 significa la fiabilidad total (Campo & Oviedo, 2008), las dimensiones, condiciones de trabajo, promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional, difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores y beneficios de implementar programas de RSE de acuerdo al valor Alfa de Cronbach se encuentran en el rango de excelente, mientras que los dos restantes bienestar logrado a través del trabajo y promoción de estilos de vida saludables se encuentran en el rango de bueno.

Una vez validado el contenido por parte de los expertos en las áreas de recursos humanos, medicina y académicas, quienes llevaron a cabo la evaluación de equivalencia o grado en que los instrumentos de medición reflejaban el dominio específico a medir, fue necesario realizar modificaciones a los instrumentos de

medición de acuerdo a sus observaciones, con posterioridad se realizó la elaboración de los mismos con las modificaciones sugeridas para proceder a la aplicación de una prueba piloto a 58 directivos y 60 trabajadores de unidades económicas de Ciudad Juárez.

Para conocer desde la perspectiva del trabajador, cuáles son los programas encaminados a mejorar la salud del trabajador que llevan a cabo las unidades económicas donde laboran, las cuales pueden poseer el distintivo “ESR” y aquellas que no tienen este distintivo, cuya finalidad de fortalecer la presente investigación se construyó un instrumento de medición, siguiendo el mismo rigor metodológico que el instrumento de medición dirigido a directivos de las unidades económicas ubicadas en Ciudad Juárez, Chih.

6.2. De los Trabajadores que Laboran en las Unidades Económicas

6.2.1. Validación de Contenido Mediante Juicio de Expertos

Para validar el presente instrumento de medición, fueron seleccionados seis expertos en áreas de recursos humanos y salud, se les entregó o envió (a petición de ellos mismos) el cuestionario que consta de dos partes: En la primera parte se realiza la petición para colaborar como experto con la finalidad de validar el cuestionario y la información que contiene esta petición es: A quiénes será aplicado el instrumento de medición y cuál es el objetivo del estudio, en este apartado se pide que el experto signe su firma y enseguida escriba las iniciales de su nombre completo.

Como segunda parte se presentan uno a uno los 48 ítems del instrumento de medición, esta sección está integrada por cuatro recuadros. En el primer recuadro se anota el ítem tal como serán utilizado en el instrumento de medición, en el segundo recuadro se solicita al experto indique si la pregunta se comprende y que la califique en una escala de Likert de cinco puntos que va desde totalmente de acuerdo (5) hasta totalmente en desacuerdo (1). En el tercer recuadro se solicita al experto sus

comentarios y por último se le pide una redacción alternativa para el ítem si así lo considera necesario. Al finalizar esta segunda parte se externa el agradecimiento por su valiosa participación.

El procedimiento para obtener la retroalimentación de los expertos fue a través de cuestionario con un formato como el que se presenta a continuación:

1. En la empresa es una política proporcionar un entorno de trabajo seguro y saludable para todos sus empleados
¿Se comprende? <input type="radio"/> 5. Totalmente de acuerdo <input type="radio"/> 4. Parcialmente de acuerdo <input type="radio"/> 3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo <input type="radio"/> 2. Parcialmente en desacuerdo <input type="radio"/> 1. Totalmente en desacuerdo
Comentarios:
Redacción alternativa si así lo considera:

Para esta fase se solicitó la participación de seis jueces, para lo cual se entregó el cuestionario personalmente a los jueces 1, 2, 3 y 4 mientras que para los jueces 5 y 6 se hizo vía correo electrónico. A todos se les hizo llegar el cuestionario después de haber recibido la aceptación para fungir como expertos. La fecha de entrega fue en diferentes fechas de acuerdo a la aceptación de cada uno de ellos a partir del 4 de abril de 2016. La recepción de la información también ha sido recibida en diferentes fechas de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los expertos, recibiendo la primera respuesta el 7 de abril y la última el 19 de abril de 2016.

6.2.1.1. Descripción de la Validez de Contenido Mediante Juicio de Expertos

Una vez recibida la información se procedió a validar su contenido de acuerdo a la opinión de cada uno de ellos, en la tabla 48 se visualizan algunos ítems y la calificación que le fue otorgado a cada uno de ellos, en una escala de Likert donde 5 es totalmente de acuerdo y 1 es totalmente en desacuerdo, la totalidad de los resultados pueden ser consultados en el anexo 20.

Tabla 48. Validación de contenido instrumento de medición enfocado a trabajadores

Ítem	Pregunta	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Total	Modif CVR	Resultado	Se acepta?
		Escencial	Escencial	Escencial	Escencial	Escencial	Escencial				
1	En la empresa es una política proporcionar un entorno de trabajo seguro y saludable para todos sus empleados	5	4	5	5	4	5	28	8.33	POSITIVE	YES
2	En la empresa se promueve la cultura de la salud y el autocuidado	4	5	4	5	4	5	27	8.00	POSITIVE	YES
3	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para promocionar la salud y prevenir enfermedades	5	5	4	5	5	5	29	8.67	POSITIVE	YES
4	En la empresa se realiza una vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores	4	5	5	5	5	5	29	8.67	POSITIVE	YES
46	Qué departamento o quién es el encargado de implementar los programas orientados a la mejora de la salud de los trabajadores	5	5	5	5	5	5	30	9.00	POSITIVE	YES
47	Considera a su empresa "socialmente responsable"	5	5	5	5	5	5	30	9.00	POSITIVE	YES
48	Su empresa cuenta con el distintivo "Empresa Socialmente Responsable" que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, A.C. (CEMEFI)	5	5	5	5	5	5	30	9.00	POSITIVE	YES

Elaboración propia con información de expertos y con el apoyo del simulador CVR elaborado por (Lawshe, 1975).

Como se puede apreciar en la tabla 48 el número de ítems no sufre modificación, puesto que ninguno de ellos fue rechazado, con este resultado se elabora la versión final del instrumento

6.2.2. Piloteo del Instrumento de Medición para Determinar la Confiabilidad

Una vez confirmados los resultados del panel de expertos los cuales fueron favorables, se procede a la reproducción y aplicación del instrumento de medición a la muestra determinada para proceder con la prueba piloto y posteriormente al análisis de la información, el criterio de inclusión para esta muestra será cualquier trabajador que se encuentre laborando en alguna unidad económica de Ciudad Juárez, Chih.

Para este ejercicio se aplicaron 60 instrumentos de medición, los cuales fueron autoadministrados, buscando que haya características similares de los sujetos de la muestra como propone (Cortés, 2012), en este cuestionario piloto se incluyeron datos de caracterización que son: Unidad económica donde labora (estrato), antigüedad, puesto, género, edad, y las 48 preguntas en la escala de Likert con 5 puntos, además una pregunta abierta y dos preguntas dicotómicas. La iniciación de la recolección de datos fue del 20 al 29 de abril de 2016.

6.2.3. Análisis de Validación de Escala: Correlación Inter-Ítem

Para este análisis autores como (Oviedo & Campo, 2005) sugieren que una mejor manera de validar el cociente de consistencia interna cuando el instrumento de medición cuenta con varias dimensiones es su estratificación, sin embargo, cuando se analizó el instrumento de medición dirigido a los directivos de las unidades económicas ubicadas en Ciudad Juárez y que cuentan con más de 100 trabajadores el resultado no difirió al realizar la confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach, por lo que para este apartado únicamente se informará el resultado obtenido mediante el programa estadístico SPSS versión 21 del instrumento de medición en su totalidad, el cual puede ser visualizado en la tabla 49.

Tabla 49. Análisis de los resultados de confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.924	.914	43

Obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.924, cuyo valor máximo recomendado es de 0.90 (Tavakol & Dennick, 2011), sin embargo existen otros criterios para evaluar la confiabilidad, los que han sido propuestos por Nunnally (1978) y que son los siguientes:

- Coeficiente Alfa > 0.9 es excelente
- Coeficiente Alfa > 0.8 es bueno
- Coeficiente Alfa > 0.7 es aceptable
- Coeficiente Alfa > 0.6 es cuestionable
- Coeficiente Alfa > 0.5 es pobre
- Coeficiente Alfa < 0.5 es inaceptable

Moviéndose en un rango de valores de 0 a 1, donde 0 representa una fiabilidad nula o inexistente, y 1 significa la fiabilidad total (Campo & Oviedo, 2008), considerando ambos criterios el instrumento de medición se ubica en el rango de excelente.

6.2.4. Validez de Constructo Mediante Análisis Factorial Exploratorio

Este análisis se inició determinando si los datos se ajustan al análisis factorial, calculando el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Se considera el criterio que si el

índice es mayor de 0.7 se justifica el análisis factorial, también se calcula la prueba de esfericidad de Bartlett.

El análisis factorial exploratorio se realizó con 44 ítems politómicos, con el método de componentes principales, extrayendo seis factores y un número máximo de iteraciones para convergencia de 25, para el cálculo de los factores se consideró los valores mayores a uno, la pregunta deberá tener una saturación (carga factorial) igual o superior a 0.40 y se deberá de incluir en un solo factor, considerando aquel en el que se presente un nivel de saturación igual o mayor.

La rotación fue varimax con un número de interacciones para convergencia de 30, con opción de ordenamiento por tamaño y suprimiendo valores absolutos menores que .40. Un factor deberá estar conformado por tres o más preguntas, exceptuando aquellos factores en el que dos preguntas se encuentren sustentadas por la teoría o por el coeficiente de consistencia interna.

Los primeros pasos consisten en calcular el índice de Kaiser, Meyer, Olkin (KMO), el cual tiene valores de 0 a 1, y cuanto más alto el valor, más relacionadas estarán las variables e igualmente la prueba de esfericidad de Bartlett la cual debe ser significativa ($p < 0.05$) (Williams et al., 2010).

Para este apartado se tomaron los datos de la prueba piloto y fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 21 obteniendo los siguientes resultados.

6.2.4.1. Análisis factorial exploratorio del instrumento de medición

El análisis factorial exploratorio es una técnica para la reducción de variables originales a un número menor denominados factores o variables latentes, por ello se analiza una serie de datos sin tener una hipótesis previa, dejando que los datos fluyan del análisis de la información (Briones, 2003). Las pruebas más utilizadas para validar la matriz de

correlaciones son la medida de adecuación de la muestra, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la Prueba de esfericidad de Bartlett.

Tabla 50. Medida KMO y prueba de esfericidad

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.707
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2751.307
	gl	946
	Sig.	.000

Como puede verse en los resultados obtenidos una vez analizados en el programa estadístico SPSS versión 21 (véase tabla 50), la medida de adecuación KMO es ligeramente superior a 0.70, por lo que es aceptable para su factorización, mientras que la esfericidad de Bartlett su estadístico del test tiene un p-valor de .000 por lo que ambos son aceptables de acuerdo a la investigación de Frías & Pascual (2012).

La cantidad de varianza que es compartida con las demás variables en análisis se le llama varianza común o comunalidad (Méndez & Rondón, 2012), su valor se obtiene sumando los cuadrados de cada una de las cargas factoriales.

Tabla 51. Comunalidades

Ítem	Inicial	Extracción
1	1.000	.250
2	1.000	.618
3	1.000	.412
4	1.000	.557
.	.	.
44	1.000	.813
45	1.000	.689

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

En la tabla 51 se presenta la comunalidad de cada ítem la cual expresa la parte de la variable que puede ser explicada, de acuerdo a Hair et al.,(2004), citado por (Frías & Pascual, 2012) se señala un valor mínimo de comunalidad de 0.50 y como puede

observarse en el anexo 22 los ítems uno, tres y nueve no alcanzan el valor mínimo requerido.

Tabla 52. Porcentajes de la varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	16.439	37.362	37.362	16.439	37.362	37.362	8.197	18.630	18.630
2	6.819	15.499	52.861	6.819	15.499	52.861	7.221	16.411	35.041
3	2.720	6.181	59.043	2.720	6.181	59.043	6.024	13.690	48.732
4	2.145	4.875	63.917	2.145	4.875	63.917	4.558	10.358	59.090
5	1.842	4.187	68.104	1.842	4.187	68.104	3.066	6.967	66.058
6	1.695	3.852	71.956	1.695	3.852	71.956	2.595	5.899	71.956
7	1.349	3.066	75.022						
43	.008	.018	99.987						
44	.006	.013	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

En la tabla 52 se puede observar que son seis los factores que van a explicar el 71.95% de la varianza, de acuerdo a Frías & Pascual, (2012) se considera como satisfactoria un mínimo del 60%, los datos completos pueden ser consultados en el anexo 23.

Tabla 53. Matriz de componentes rotados

Ítem	Componentes										
	1	Ítems	2	ítems	3	Ítems	4	Ítems	5	Ítem	6
30	.733	10	.808	2	.673	20	.784	42	.859	26	.585
31	.865	11	.702	3	.543	21	.802	43	.807	27	.584
32	.817	12	.660	4	.610	22	.794	44	.830	28	.643
33	.814	13	.574	5	.797	23	.684	45	.738	29	.529
34	.877	14	.589	6	.859	24	.621				
35	.776	15	.606	7	.685						
36	.886	16	.541	8	.693						
37	.790	17	.771								
40	.797	25	.516								

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

En la tabla 53 se presentan los componentes que representa la solución factorial, en ella se muestran las cargas factoriales de las variables, quedando integradas por tres o más ítems, los componentes presentan una carga factorial superior a 0.4 (excepto los ítems 1 y 9), de acuerdo con Stevens 2002, citado por Field (2009). La matriz de componentes completa con su carga factorial puede ser consultada en el anexo 24.

6.2.5. Análisis de Confiabilidad

Una vez llevado a cabo el análisis factorial exploratorio y haber determinado el número de escalas que tendrán validez en la encuesta, se llevarán a cabo el análisis de confiabilidad de las escalas finales.

Tabla 54. Clasificación de los ítems en las dimensiones

Variables	Dimensiones	Tipo de variable	Nivel de medición	núm. de ítems	Ítems de acuerdo al análisis factorial
Calidad de Vida Laboral	Condiciones de trabajo/Seguridad	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	8	1, 2,3, 4, 5, 6, 7, 8
	Bienestar logrado a través del trabajo donde se incluye la salud	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	5	9, 26, 27, 28, 29
Comunicación en Salud	Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	11	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 25,
	Promoción de estilos de vida saludables	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	5	20, 21, 22, 23, 24
	Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	11	30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40,
	Beneficios de implementar programas de responsabilidad social	Cuantitativa, continua	Ordinal tipo escala de likert	4	42, 43, 44, 45
		Cualitativa	Abierta	1	46
	Autoevaluación como empresa "Socialmente Responsable"	Cuantitativa, continua	Dicotómica	3	41, 47, 48

Construcción del instrumento de medición siguiendo los once pasos propuestos por (Hernández et al., 2010)

En la tabla 54 se puede observar la reclasificación que se realizó en el número de ítems y de los ítems de las dimensiones.

Con esta información se procedió a elaborar el análisis de confiabilidad con una muestra de 261 instrumentos de medición.

Tabla 55. Cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach estratificado

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
Condiciones de trabajo	.911	.913	8
Bienestar logrado a través del trabajo	.831	.827	5
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	.957	.958	15
Promoción de estilos de vida saludables	.876	.876	3
Difusión y evaluación de programas encaminada a mejorar la salud de los trabajadores	.961	.962	15
Beneficios de implementar programas de RSE	.908	.909	4

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

Como puede observarse en la tabla 55, y en rango de valores de 0 a 1, donde 0 representa una fiabilidad nula o inexistente, y 1 significa la fiabilidad total (Campo & Oviedo, 2008), las dimensiones, condiciones de trabajo, promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional, difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores y beneficios de implementar programas de RSE de acuerdo al valor Alfa de Cronbach se encuentran en el rango de excelente, mientras que los dos restantes bienestar logrado a través del trabajo y promoción de estilos de vida saludables se encuentran en el rango de bueno.

7. Resultados

Para informar los resultados generales, es necesario dividir este apartado en seis partes, tanto para los resultados obtenidos en el instrumento de medición de los directivos de las unidades económicas como de los trabajadores de las mismas. En la primera parte se analizará la sección del instrumento de medición de donde se obtienen los datos de caracterización de las unidades económicas así como información demográfica de los participantes. La segunda parte servirá para analizar a las unidades económicas y su responsabilidad social. La tercera parte permitirá conocer cuáles son los programas voluntarios que realizan las empresas y qué departamento las lleva a cabo, mientras que la cuarta parte permitirá comparar y analizar los programas que llevan a cabo las unidades económicas encaminadas a mejorar la salud de los trabajadores, como quinta parte el incentivo que tienen desarrollar prácticas de RSE y por último la prueba de hipótesis. Una vez analizadas estas seis partes de ambos resultados, se llegará a la discusión y conclusión del trabajo de investigación.

7.1 De los Directivos de las Unidades Económicas

El informe de resultados será mediante análisis univariado y bivariado utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21.

7.1.1. Características de las Unidades Económicas y de los Directivos

Para esta investigación se calculó una muestra de 246 cuestionarios en igual número de unidades económicas donde quedan incluidas industrias manufactureras, cadenas de centros comerciales, escuelas, hospitales etc., todas ellas ubicadas en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Es importante mencionar que las condiciones de inseguridad que se ha vivido en la ciudad y a las medidas que tuvieron que tomar las unidades económicas para tratar de

contrarrestar la inseguridad, no ha sido fácil el acceso al interior de ellas para explicar el objetivo de la investigación, ello aunado a la resistencia de proporcionar información por parte de los directivos quienes argumentaron que tienen que solicitar autorización a sus corporativos o a los propietarios para contestar cualquier tipo de encuesta, han sido los principales obstáculos para complementar la muestra determinada, debido a lo cual se lograron recabar únicamente 117 (47.56%) instrumentos de medición.

7.1.1.1. Caracterización

En relación a los programas que desarrollan las unidades económica, la que mayor participación tuvo es la denominada industria manufacturera 64 (54.7%), mientras que las denominadas información en medios masivos 1(.9%) y transportes, correos o almacenamientos 1(.9%) representaron las de menor participación.

Tabla 56. Unidad económica de acuerdo a su actividad (N-117)

Unidad Económica	N	%
Industria Manufacturera	64	54.7
Comercio al por menor	7	6.0
Comercio al por mayor	11	9.4
Servicios profesionales, científicos y técnicos	7	6.0
Información en medios masivos	1	.9
Construcción	3	2.6
Servicios educativos	13	11.1
Servicios de salud y asistencia social	4	3.4
Transportes, correos o almacenamientos	1	.9
Servicios de alojamientos temporal y preparación de alimentos	2	1.7
Otros servicios, excepto gubernamentales	4	3.4

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

7.1.1.2. Características Demográficas de los Participantes

En cada una de las unidades económicas se buscó en primera instancia que fueran los directivos quienes contestarán los instrumentos de medición, si esto no fuera posible el encargado de recursos humanos o de salud ocupacional sería la segunda instancia y como tercera opción quienes estuvieran a cargo de la unidad económica.

Es por ello que al describir la característica demográfica del cargo del respondiente, el nombre puede variar de acuerdo a la unidad económica, en algunas se denomina gerente, en otras director, dueño o socio.

En relación al nivel académico de los participantes fueron mayormente con el grado de licenciatura 95 (81.2%), mientras que con nivel maestría 20 (17.1%) y nivel doctorado 1(.9%) y quien no contestó 1(.9%). En cuanto a la antigüedad en la empresa, los que tienen cinco años o menos representa la mayor proporción de participantes 74(63.25%), mientras que los que tienen más de 20 años de antigüedad representan la menor proporción 4(3.42%), de los participantes 63(53.8%) son del género masculino y 54(46.2%) del género femenino, mientras que la edad fluctúa en el rango de 22 a 63 años.

Tabla 57. Características demográficas de los directivos de las unidades económicas (N-117)

Características	N	%
<u>Formación Académica</u>		
Licenciatura	95	81.2
Maestría	20	17.1
Doctorado	1	.9
No contestó	1	.9
<u>Antigüedad en la Empresa</u>		
< 5	74	63.25
6-10	21	17.95
11-15	7	5.98
16-20	11	9.4
> 20	4	3.42
<u>Cargo</u>		
Gerente, Dueño, Socio	23	19.7
Director, Subdirector, Contralor, Contador, Administrador, Jefe	23	19.7
Coordinador, Supervisor, Inspector, Analista, Médico	49	41.9
Recursos Humanos	16	13.7
Ventas, Docente	5	4.3
No aplica	1	.9
<u>Género</u>		
Masculino	63	53.8
Femenino	54	46.2
<u>Edad</u>		
	Media	35
	Desv. típ.	9.603
	Rango	22-63

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

7.1.2. Unidades Económicas y su Responsabilidad Social

Para iniciar el diagnóstico propuesto en esta investigación, se incorporaron dos ítems al instrumento de medición, primero para conocer si la unidad económica se considera “socialmente responsable” y segundo si cuenta con el distintivo “ESR” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI).

7.1.2.1. Unidades Económicas Consideradas Socialmente Responsables

Al analizar las respuestas obtenidas de los 117 instrumentos de medición y en relación al ítem núm. 53 donde se solicita que el directivo de la unidad económica responda si se considera socialmente responsable encontrándose que 67(57%) sí considera a su unidad económica socialmente responsable, mientras que 45(39%) respondió que no la considera socialmente responsable y solamente 5(4%) omitió dar respuesta a este ítem (véase tabla 58).

Tabla 58. Unidades económicas que se consideran socialmente responsables (N-117)

	Si	No	NR
Industria Manufacturera	43	18	3
Comercio al por menor	3	4	
Comercio al por mayor	6	5	
Servicios profesionales, científicos y técnicos	3	4	
Información en medios masivos	0	1	
Construcción	1	2	
Servicios educativos	6	6	1
Servicios de salud y asistencia social	2	1	1
Transportes, correos o almacenamientos	0	1	
Servicios de alojamientos temporal y preparación de alimentos	1	1	
Otros servicios, excepto gubernamentales	2	2	

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

7.1.2.2. Unidades Económicas con Distintivo ESR que Otorga el CEMEFI

De las 117 unidades económicas respondientes al ítem núm. 54 del instrumento de medición, se encontró que 28(24%) de los participantes informaron que sí cuentan con el distintivo “ESR” que otorga el CEMEFI, AC, mientras que 81(69%) respondió negativamente y 8(7%) omitió responder a este ítem (véase tabla 59).

Tabla 59. Unidades económicas con distintivo “ESR”

Unidad económica	Si	No	NR
Industria Manufacturera	19	40	5
Comercio al por menor	2	5	
Comercio al por mayor	3	8	
Servicios profesionales, científicos y técnicos	2	5	
Información en medios masivos	0	1	
Construcción	0	3	
Servicios educativos	1	11	1
Servicios de salud y asistencia social	0	2	2
Transportes, correos o almacenamientos	0	1	
Servicios de alojamientos temporal y preparación de alimentos	0	2	
Otros servicios, excepto gubernamentales	1	3	
	28	81	8

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

7.1.3. Programas para mejorar la salud de los trabajadores y Departamento Encargado de Implementarlos

El instrumento de medición incluyó dos preguntas abiertas (ítems 51 y 52). El primero se le solicita a la unidad económica enlistar el o los programas orientados a mejorar la salud de los trabajadores y el otro se pide que indiquen que departamento encargado de llevar a cabo estos programas.

7.1.3.1. Programas para mejorar la salud de los trabajadores de las unidades económicas

Para esta sección se agruparon de acuerdo a las respuestas obtenidas, cinco grupos de programas: Los de voluntariado social, de seguridad e higiene, de alimentación saludables, de actividades deportivas y otros programas que no encajaron en las anteriores.

Tabla 60. Programas para mejorar la salud de los trabajadores

	Programas de Voluntariado Social		Programas de Seguridad e Higiene		Programas de Nutrición		Programas Deportivos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	3	2.6	15	12.8	32	27.4	32	27.4
No	114	97.4	102	87.2	85	72.6	85	72.6

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

De los programas 32 (27.4%) unidades económicas llevan a cabo actividades deportivas, entre las que destacan las competencias intramuros, mientras que 85 (72.6%) unidades económicas no realizan actividades deportivas. Los mismos datos y porcentajes se obtienen de las actividades relacionadas con la nutrición, destacándose el apoyo de profesionales en nutrición, asimismo 3(2.6%) unidades económicas de los programas de voluntariado social mediante actividades fuera de la empresa y otras actividades de carácter social, y 15(12.8%) de ellas lleva a cabo programas de seguridad e higiene, como eliminación de áreas de riesgo, programas ergonómicos entre otros, con ello se busca prevenir accidentes laborales.

Tabla 61. Programas para mejorar la salud de los trabajadores en empresas con y sin distintivo "ESR"

		Programas de voluntariado social		Programas de seguridad e higiene		Programas de nutrición		Programas deportivos	
		si	no	si	no	si	no	si	no
Cuenta con distintivo "ESR"	si	2	26	6	22	12	16	16	12
	no	0	81	7	74	17	64	11	70
	N/R	1	7	2	6	3	5	5	3

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

Como puede observarse en la tabla 61, a pesar de que algunas unidades económicas no cuentan con el distintivo “ESR” si llevan a cabo programas para mejorar la salud de los trabajadores, destacándose los programas de nutrición y los deportivos.

Otros programas en materia de salud que ofrecen las unidades económicas 58(49.57%) se dan mediante programas como ferias de salud, campañas de vacunación, consultas y exámenes médicos entre otros, sin embargo un dato muy similar 59(50.4%) de unidades económicas no realizan programas voluntarias orientadas a mejorar la salud del trabajador.

En la tabla 62 se agruparon los programas que llevan a cabo las unidades económicas, sin embargo es importante mencionar que una unidad económica puede llevar a cabo una feria de salud, pero no especifica que actividades se realizaron durante la misma, otras unidades económicas llevan a cabo campañas de desarrollo de mujeres, campañas para fomentar la vida saludable y wellness, nuevamente sin especificar cuáles fueron sus actividades, otras detallaron más de un programa como por ejemplo una campaña para el cuidado dental aunada a una campaña de donación de sangre y otras más llevaron a cabo los programas que brinda el sector salud.

Tabla 62. Otros programas para mejorar la salud de los trabajadores

	Empresa con distintivo "ESR"							
	Si	%	No	%	N/R	%	N	%
Campañas y ferias de salud	5	18.2	10	12.3	1	12.5	16	13.7
Consultas y exámenes médicos	2	7.4	9	11.1	2	25	13	11.1
Información para la prevención de enfermedades	3	11.1	4	4.9	0	0	7	6
Programas para bajar de peso	3	11.1	2	2.5	0	0	5	4.3
Campañas para el cuidado dental	1	3.7	2	2.5	1	12.5	4	3.4
Campañas de vacunación	0	0	3	3.8	0	0	3	2.6
Revisión de hipertensión y glucosa	0	0	2	2.5	0	0	3	2.6
Otras campañas	2	7.4	1	1.2	0	0	3	2.6
Campañas prevención de cáncer de mama y próstata	1	3.7	1	1.2	0	0	2	1.7
Programas gubernamentales	0	0	2	2.5	0	0	2	1.7
No llevan a cabo o no contesto	10	37	45	55.5	4	50	59	50.4

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

7.1.3.2. Departamento encargado de implementar los programas para mejorar la salud de los trabajadores

La segunda pregunta abierta incluida en el instrumento de medición tiene el objetivo de conocer cuál es el departamento encargado de implementar los programas orientados a mejorar la salud de los trabajadores y los programas que desarrollan, respondiendo que en 38(32.5%) de las unidades económicas el departamento de recursos humanos, es el encargado de este tipo de programas, otras unidades económicas respondieron que 29(24.8%) lo lleva a cabo el departamento médico o en su caso el área de enfermería, y un 9(7.7%) se encarga el departamento de salud, seguridad y medio ambiente, mientras que en 30(25.6%) unidades económicas no respondió a esta pregunta o bien contestó que no se tiene un área encargada para este tipo de programas, las restantes áreas que llevan a cabo estos programas se pueden visualizar en la tabla 63.

Tabla 63. Departamento que implementa programas para mejorar la salud del trabajador

	N	%
Recursos Humanos	38	32.5
Departamento Medico-Enfermería	29	24.8
Salud, Seguridad y Medio Ambiente	9	7.7
Desarrollo Organizacional	2	1.7
Gerencia	2	1.7
Otros	7	6.0
No Contesto-No Hay	30	25.6

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

7.1.4. Comparación y Análisis. Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores

Uno de los objetivos planteados en la presente investigación es comparar los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que ofrecen las empresas con distintivo y sin distintivo “socialmente responsable”, pero antes de ello se analizarán los datos estadísticos obtenidos del instrumento de medición.

7.1.4.1. Comparación de Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores

Mencionado con anterioridad, uno de los objetivos planteados en la presente investigación es comparar los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que ofrecen las empresas con distintivo y sin distintivo “socialmente responsable”, los siguientes apartados presentan primero a las unidades económicas que poseen este distintivo y posteriormente a las unidades económicas que no lo posee.

7.1.4.1.1. De las Unidades Económicas que Cuentan con el Distintivo “ESR”

Para este análisis se agruparon en tablas de frecuencia los ítems de acuerdo a las dimensiones determinadas en el análisis de confiabilidad.

De los 15 ítems agrupados en la dimensión de promoción de la salud y visualizados a través de porcentajes (véase tabla 64 y 65), ocho de ellos obtienen el porcentaje más alto en la categoría de siempre, mientras que uno lo refleja en la categoría de muchas veces y el resto promueve la salud a veces, es importante mencionar que algunos ítems comparten las frecuencias, sin embargo se ha tomado el valor mayor (p.e. el ítem 10, el cual se agrupa en la frecuencia de siempre).

Tabla 64 Programas de promoción de la salud en las unidades económicas con distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3	1	3.57	0	0.00	3	10.71	8	28.57	16	57.14
4	0	0.00	3	2.00	2	15.00	8	28.57	15	53.57
5	1	3.57	2	7.14	9	32.14	9	32.14	7	25.00
6	2	7.14	0	0.00	10	35.71	8	28.57	8	28.57
7	2	7.14	3	10.71	6	21.43	6	21.43	11	39.29
8	3	10.71	1	3.57	9	32.14	8	28.57	7	25.00
9	4	14.29	3	10.71	10	35.71	7	25.00	4	14.29
10	1	3.57	2	7.14	10	35.71	5	17.86	10	35.71
17	1	3.57	2	7.14	4	14.29	8	28.57	13	46.43
19	5	17.86	4	14.29	5	17.86	3	10.71	11	39.29
24	1	3.57	0	0.00	10	35.71	8	28.57	9	32.14
25	2	7.14	6	21.43	9	32.14	4	14.29	7	25.00
27	5	17.86	2	7.14	7	25.00	7	25.00	7	25.00
28	6	21.43	7	25.00	6	21.43	1	3.57	8	28.57

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

En cuanto al ítem 16, el cual está integrado a la escala de promoción de la salud, su respuesta es diferente, los participantes 12(42.86%) respondieron que los trabajadores participan solamente en algunas partes del proceso para promocionar la salud en la unidad económica, (véase tabla 65).

Tabla 65. Grado de participación en temas de salud en las unidades económicas con distintivo “ESR”

Ítem	Ninguna (1)		Solo Difusión de Información(2)		Consulta (3)		Participación en Algunas Partes del Proceso (4)		Participación en Todas las Partes del Proceso (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
16	0	0.00	6	21.43	5	17.86	12	42.86	5	17.86

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

De los tres ítems agrupados en la escala de promoción de estilos de vida saludables y visualizados a través de porcentajes (véase tabla 66), los porcentajes más altos reflejan que las unidades económicas con distintivo “ESR” a veces utilizan como estrategia la comunicación en salud para promocionar los estilos de vida saludables.

Tabla 66. Programas de promoción de estilos de vida saludables en unidades económicas con distintivo “ESR”

ítem	Nunca (1)		Solo Algunas Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
33	5	17.9	4	14.30	10	35.70	3	10.70	6	21.40
34	7	25	5	17.90	6	21.40	5	17.90	5	17.90
35	5	17.90	3	10.70	11	39.30	5	17.90	4	14.30

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

De los 15 ítems agrupados en la dimensión de difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores e igualmente visualizados a través de porcentajes (véase tabla 67), la tendencia es casi similar a la dimensión de promoción de la salud al obtener los porcentajes más alto en la categoría de siempre, mientras tres ítems concentran las respuestas en la categoría de muchas veces y cuatro ítems lo concentran en a veces, es igualmente importante mencionar que

algunos ítems comparten las frecuencias, sin embargo se ha tomado el valor mayor (p.e. los ítems 23 y 41, los cuales se agrupan en la frecuencia de siempre).

Tabla 67. Programas de difusión y evaluación de programas para mejorar la salud de los trabajadores en unidades económicas con distintivo “ESR”

ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
22	2	7.14	3	10.71	8	28.57	4	14.29	11	39.29
23	2	7.14	0	0.00	8	28.57	9	32.14	9	32.14
26	5	17.86	4	14.29	8	28.57	4	14.29	7	25.00
29	5	17.86	3	10.71	5	17.86	5	17.86	10	35.71
36	0	0.00	5	25.00	6	21.43	3	10.71	12	42.86
37	1	3.57	4	14.29	5	17.86	7	25.00	11	39.29
38	2	7.14	2	7.14	8	28.57	5	17.86	11	39.29
39	1	3.57	4	14.29	5	17.86	8	28.57	10	35.71
40	0	0.00	4	14.29	7	25.00	13	46.43	4	14.29
41	1	3.57	2	7.14	9	32.14	7	25.00	9	32.14
42	1	3.57	3	10.71	10	35.71	5	17.86	9	32.14
43	1	3.57	3	10.71	10	35.71	2	7.14	12	42.86
44	0	0.00	2	7.14	10	35.71	5	25.00	9	32.14
45	2	7.14	1	3.57	7	25.00	10	35.71	8	28.57
46	1	3.57	2	7.14	5	17.86	12	42.86	8	28.57

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

De la dimensión denominada condiciones de trabajo, integrado por 8 ítems, es importante mencionar que todos ellos están presentados en la categoría de siempre, destacándose hasta este momento la escala donde todos sus ítems tienen los porcentajes más sustanciales otorgados (véase tabla 68).

Tabla 68. Condiciones de trabajo en unidades económicas con distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	0	0.0	0	0	3	10.70	8	28.60	17	60.70
2	0	0	0	0.00	3	10.70	12	42.90	13	46.40
11	0	0.00	0	0.00	2	7.10	8	28.60	18	64.30
12	0	0.00	2	7.10	3	10.70	10	35.70	13	46.40
13	0	0.00	1	3.60	2	7.10	11	39.30	14	50.00
15	1	3.60	1	3.60	5	17.90	4	14.30	17	60.70
20	1	3.60	2	7.10	6	21.40	5	17.90	14	50.00
21	0	0.00	5	18.50	7	25.90	4	14.80	11	40.70

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

En cuanto a la escala denominada bienestar logrado a través del trabajo, la cual está integrada por 5 ítems, es importante mencionar que todos los ítems al igual que en la escala condiciones de trabajo, todos ellos están presentados en la categoría de siempre, (véase tabla 69).

Tabla 69. Bienestar logrado a través de trabajo en unidades económicas con distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14	0	0.0	1	3.6	0	0.00	10	35.70	17	60.70
18	3	10.70	0	0.00	3	10.70	4	14.30	18	64.30
30	3	10.70	1	3.60	1	3.60	5	17.90	18	64.30
31	3	10.70	2	7.10	0	0.00	9	32.10	14	50.00
32	3	10.70	0	0.00	2	7.10	8	28.60	15	53.60

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

Para la siguiente dimensión, se solicitó a los directivos de las unidades económicas respondieran si representaría algún beneficio para sus empresas desarrollar programas de responsabilidad social.

En la tabla 70, los directivos de las unidades económicas que cuentan con el distintivo de “ESR” respondieron favorablemente, los ítems 47 y 48 con la respuesta de mucho, e ítems 49 y 50 con la respuesta de bastante.

Tabla 70. Beneficios de desarrollar programas de RSE en las unidades económicas con distintivo “ESR”

Ítem	Nada (1)		Un Poco (2)		Regular (3)		Bastante (4)		Mucho (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
47	1	1.5	1	1.5	10	15.20	24	36.40	30	45.50
48	1	1.5	2	3.00	12	18.20	23	34.80	28	42.40
49	1	1.50	3	4.50	16	24.20	24	36.40	22	33.30
50	2	3.00	1	1.50	10	15.20	28	42.40	25	37.90

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

7.1.4.1.2. De las Unidades Económicas sin Distintivo ESR

Procediendo de la misma manera de los 15 ítems agrupados en la dimensión de promoción de la salud y visualizados a través de porcentajes (véase tabla 71), doce ítems obtienen el porcentaje más bajo en la categoría de nunca, mientras que uno (ítem 17) se reflejan en la categoría de a veces e igualmente uno (ítem 3) en la categoría muchas veces.

Tabla 71. Programas de promoción de la salud en unidades económicas sin distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)		No respondió (9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3	16	19.80	11	13.60	12	14.80	28	34.60	14	17.30	0	0.00
4	25	30.90	10	12.30	16	19.80	23	28.40	7	8.60	0	0.00
5	33	40.70	12	14.80	17	21.00	15	18.50	4	4.90	0	0.00
6	34	42.00	13	16.00	16	19.80	13	16.00	5	6.20	0	0.00
7	33	40.70	11	13.60	16	19.80	18	22.20	3	3.70	0	0.00
8	32	39.50	18	22.20	22	27.20	7	8.60	2	2.50	0	0.00
9	52	64.20	10	12.30	13	16.00	5	6.20	1	1.20	0	0.00
10	36	44.40	15	18.50	18	22.20	7	8.60	5	6.20	0	0.00
17	15	18.50	17	21.00	23	28.40	18	22.20	8	9.90	0	0.00
19	41	42.20	6	9.20	10	13.80	11	12.80	12	21.10	1	0.9
24	36	44.40	6	7.40	23	28.40	11	13.60	5	6.20	0	0.00
25	34	42.00	12	14.80	22	27.20	8	9.90	5	6.20	0	0.00
27	48	59.30	9	11.10	13	16.00	5	6.20	6	7.40	0	0.00
28	46	56.80	15	18.50	12	14.80	5	6.20	3	3.70	0	0.00

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

En relación al ítem 16, el cual está integrado a la escala de promoción de la salud, su respuesta es diferente, los participantes 23(28.40%) respondieron que los trabajadores participan solamente en la consulta de los procesos de promoción de la salud en la unidad económica, (véase tabla 72).

Tabla 72. Grado de participación en temas de salud en las unidades económicas sin distintivo “ESR”

Ítem	Ninguna (1)		Solo Difusión de Información(2)		Consulta (3)		Participación en Algunas Partes del Proceso (4)		Participación en Todas las Partes del Proceso (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
16	22	27.20	13	16.00	23	28.40	20	24.70	3	3.70

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

De los tres ítems agrupados en la dimensión de promoción de estilos de vida saludables e igualmente visualizados a través de porcentajes (véase tabla 73), los porcentajes más altos reflejan que las unidades económicas sin distintivo “ESR” nunca utilizan las estrategias de la comunicación en salud para promocionar los estilos de vida saludables.

Tabla 73. Programas de promoción de estilos de vida saludables en unidades económicas sin distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
33	49	60.50	16	19.80	8	9.90	4	4.90	4	4.90
34	54	66.70	9	11.10	12	14.80	2	2.50	4	4.90
35	54	66.70	9	11.10	9	11.10	6	7.40	3	3.70

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

De los 15 ítems agrupados en la escala de difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores e igualmente visualizados a través de porcentajes (véase tabla 74), la tendencia es similar que la escala de promoción de la salud, solamente que para esta dimensión, las unidades económicas sin distintivo “ESR” alguna vez difunde y evalúan los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

Tabla 74. Programas de difusión y evaluación de programas para mejorar la salud de los trabajadores en unidades económicas sin distintivo “ESR

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)		No respondió (9)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
22	31	38.30	9	11.10	21	25.90	16	19.80	4	4.90	0	0.00
23	32	39.50	11	13.60	23	28.40	11	13.60	4	4.90	0	0.00
26	47	58.00	16	19.80	8	9.90	5	6.20	5	6.20	0	0.00
29	48	59.30	13	16.00	8	9.90	9	11.10	3	3.70	0	0.00
36	17	21.00	34	42.00	19	23.50	6	7.40	5	6.20	0	0.00
37	13	16.30	30	37.50	25	31.30	7	8.80	4	5.00	1	1.30
38	14	17.30	33	40.70	17	21.00	9	11.00	8	9.90	0	0.00
39	14	17.30	33	40.70	21	25.90	10	12.30	3	3.70	0	0.00
40	13	16.00	31	38.30	22	27.20	10	12.30	5	6.20	0	0.00
41	19	20.00	29	36.30	21	26.30	6	7.50	8	10.00	0	0.00
42	17	21.00	37	45.70	18	22.20	4	4.90	5	6.20	0	0.00
43	19	23.50	33	40.70	17	21.00	7	8.60	5	6.20	0	0.00
44	10	12.30	34	42.00	23	28.40	6	7.40	8	9.90	0	0.00
45	9	11.10	35	43.20	23	28.40	8	9.90	6	7.40	0	0.00
46	10	12.30	32	39.50	28	34.60	5	6.20	6	7.40	0	0.00

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

De los ocho ítems agrupados en esta dimensión la cual es denominada condiciones de trabajo, se puede visualizar a través de porcentajes (véase tabla 75), que sus respuestas son muy variadas que inician con nunca (ítems 12, 20, 21), a veces (ítems 1 y 2), muchas veces (ítem 11), y siempre (ítems 13 y 15), éste último ítem obtuvo un porcentaje igual en la categoría de nunca, sin embargo se optó por integrarlo a la categoría de mayor puntuación.

Tabla 75. Condiciones de trabajo en unidades económicas sin distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	7	8.60	9	11.10	29	35.80	25	30.90	11	13.60
2	10	12.30	6	7.40	32	39.50	24	29.60	9	11.10
11	10	12.30	9	11.10	19	23.50	23	28.40	20	24.70
12	26	32.10	13	16.00	20	24.70	10	12.30	12	14.80
13	17	21.00	6	7.40	14	17.30	21	25.90	23	28.40
15	26	32.10	5	6.20	13	16.00	11	13.60	26	32.10
20	32	40.00	13	16.30	12	15.00	13	16.30	10	12.50
21	39	48.10	13	16.00	11	13.60	13	16.00	5	6.20

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

En lo referente a la escala de bienestar logrado a través del trabajo, sus porcentajes de respuestas se ubican en los extremos, los ítems 14, 18 y 30 se visualizan en la categoría de siempre, mientras que los ítems 31 y 32 en la categoría denominada nunca.

Tabla 76. Bienestar logrado en unidades económicas sin distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
14	9	11.10	4	4.90	8	9.90	13	16.00	47	58.00
18	21	25.90	2	2.50	7	8.60	9	11.10	42	51.90
30	26	32.10	5	6.20	6	7.40	4	4.90	40	49.40
31	31	38.80	4	5.00	12	15.00	16	20.00	17	21.30
32	30	37.50	5	6.30	14	17.50	16	20.00	15	18.80

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

De la misma manera los directivos de las unidades económicas que no cuentan con el distintivo ESR, consideran que serían bastantes los beneficios al implementar programas de responsabilidad social, (véase tabla 77).

Tabla 77. Beneficios de desarrollar programas de RSE en las unidades económicas sin distintivo “ESR”

Ítem	Nada (1)		Un Poco (2)		Regular (3)		Bastante (4)		Mucho (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
47	4	8.9	6	13.3	9	20.00	14	31.10	12	26.70
48	5	11.4	7	15.90	10	22.70	16	36.40	6	13.60
49	5	11.10	6	13.30	10	22.20	18	40.00	6	13.30
50	5	11.40	5	11.40	10	22.70	13	29.50	11	25.00

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

7.1.4.2. Análisis de los Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores

Una vez realizado el análisis mediante distribución de frecuencias, el siguiente paso será determinar las medidas de tendencia central y sus medidas de variabilidad, continuando con la prueba de normalidad y con ello establecer el tipo de análisis inferencial para determinar parámetros y probar las hipótesis mediante análisis paramétricos o no paramétricos.

Agrupados los ítems en las dimensiones previamente establecidas, se encuentra que el promedio total de la muestra es de 2.97 lo que indica que se encuentra apenas por debajo del rango promedio de la media. Este resultado se da en función de que el instrumento es medido en una escala de Likert con categorías que van de 1 a 5, por lo que la media es de 3, además por ser un instrumento que se construyó en base a literatura consultada, no hay una referencia como punto de comparación.

Analizando los promedios de cada una de las variables que integran el instrumento de medición, se encontró que el promedio de la variable comunicación en salud es de 2.50 que de la misma manera se encuentra apenas por debajo de la media de acuerdo a las categorías que van de 1 a 5, las dimensiones que integran esta variable son la promoción de la salud, la promoción de estilos de vida saludables, y la difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores, en la tabla 78 se muestra cada uno de su promedio, así como su desviación estándar.

Tabla 78. Promedios de la variable comunicación en salud

	Variable comunicación en salud	Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	Promoción de estilos de vida saludables	Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores
Media	2.50	2.70	2.07	2.75
D.S.	1.02	1.10	1.19	1.04

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

Mientras tanto, la variable calidad de vida laboral, promedia un 3.44 lo cual indica que tanto la variable en su totalidad como de las dimensiones que la integran: condiciones de trabajo y bienestar logrado a través de trabajo donde se incluye la salud, presentan un resultado superior a la media que es de 3. En la tabla 79 se puede visualizar el promedio de cada una de ellas, así como su desviación estándar.

Tabla 79. Promedios de la variable calidad de vida laboral

	Variable calidad de vida laboral	Condiciones de trabajo	Bienestar logrado a través del trabajo donde se incluye la salud
Media	3.44	3.31	3.58
D.S.	1.05	1.10	1.23

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

Después de haber realizado el análisis mediante estadísticos descriptivos, la cual incluye medidas de tendencia central y frecuencias se continuará con el análisis inferencial, cuya finalidad es llevar a cabo la inferencia de las poblaciones a partir del estudio de muestras, destacándose como uno de los principales aspectos de la estimación de parámetros estadísticos (Rubio & Berlanga, 2012).

Para hacer inferencias y determinar si hay o no asociación entre diferentes variables, se parte de la hipótesis, y que para llevar a cabo esta comprobación se aplican pruebas estadísticas o test los cuales permiten contrastar la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas, este tipo de pruebas se desagregan en pruebas paramétricas y no paramétricas. Entre las pruebas paramétricas, se recurre a alguna distribución probabilística, como la distribución normal o a distribuciones asociadas a ésta como la distribución de chí cuadrado, t de Student o la distribución F de Fisher-Snedecor, mientras que para las no paramétricas se encuentran la U de Mann-Whitney, la prueba de Wald Wolfowitz (Briones, 2003).

Para conocer cuál de estas pruebas es la correcta en el estudio de investigación es necesario realizar la prueba de normalidad, si cumple con las condiciones como tener una distribución normal se utilizarán las pruebas paramétricas en caso contrario las no paramétricas

Tabla 80. Prueba de normalidad

Dimensión	Distintivo ESR	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	Si	.113	28	.200*	.958	28	.318
	No	.100	81	.044	.944	81	.002
Promoción de estilos de vida saludables	Si	.127	28	.200*	.948	28	.172
	No	.280	81	.000	.748	81	.000
Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores	Si	.107	28	.200*	.947	28	.167
	No	.114	81	.011	.939	81	.001
Condiciones de trabajo	Si	.115	28	.200*	.907	28	.017
	No	.077	81	.200*	.972	81	.078
Bienestar logrado a través del trabajo	Si	.214	28	.002	.745	28	.000
	No	.178	81	.000	.915	81	.000

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Elaboración propia a partir de resultados de SPSS

En la tabla 80 se muestra el test de normalidad de kolmogorov–Smirnof y Shapiro-Wilk, en ella se puede observar que los datos agrupados en las dimensiones propuestas tienden a la normalidad al existir significancia en cuatro de sus dimensiones, por lo tanto al tener valores significativos mayores a .05 se asume que existe normalidad en los datos obtenidos por lo que las pruebas de hipótesis se llevarán a cabo mediante estadística paramétrica, en este caso con t de Student y el coeficiente de correlación de Pearson.

En la tabla 81 se puede observar los promedios obtenidos tanto para las dos variables de estudio como para cada una de sus cinco dimensiones, de la misma manera se presentan en forma desagregada las unidades económicas que tienen el distintivo socialmente responsables y aquellas que no lo poseen. El resultado obtenido nos muestra que hay una resultado significativo en la variable calidad de vida en el trabajo.

Tabla 81. Diferencias de medias de variables y dimensiones

Variable	Dimensiones	(N= 109)		Con distintivo "ESR" (N=28)		Sin distintivo "ESR" (N=81)		F	Sig
		\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.		
Comunicación en Salud	Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional			3.64	0.88	2.32	0.97	1.009	0.317
	Promoción de estilos de vida saludables	2.50	1.02	2.96	1.2	1.7	0.99	1.640	0.203
	Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores			3.68	0.96	2.38	0.86	0.743	0.391
Calidad de Vida Laboral	Condiciones de trabajo			4.23	0.6	2.96	1.04	11.112	0.001
	Bienestar logrado a través del trabajo	3.44	1.05	4.22	0.97	3.34	1.27	11.201	0.001

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

7.1.5. Correlación de los Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores con otras Variables

En este apartado y en un contexto integral, se ha realizado un análisis para determinar la posible relación de los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que se llevan a cabo las unidades económicas en Ciudad Juárez.

Tabla 82. Índice de correlación entre dimensiones que integran los programas para mejorar la salud de los trabajadores

Dimensiones	Promoción de la Salud Utilizando la Comunicación Organizacional		Promoción de Estilos de Vida Saludables		Difusión y Evaluación de Programas Encaminados a Mejorar la Salud de los Trabajadores		Condiciones de Trabajo		Bienestar Logrado a Través del Trabajo	
	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.
Promoción de la Salud Utilizando la Comunicación Organizacional	1									
Promoción de Estilos de Vida Saludables	.708**	.000	1							
Difusión y Evaluación de Programas Encaminados a Mejorar la Salud de los	.835**	.000	.723**	.000	1					
Condiciones de Trabajo	.831**	.000	.676**	.000	.781**	.000	1			
Bienestar Logrado a Través del Trabajo	.642**	.000	.576**	.000	.587**	.000	.637**	.000	1	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

Utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, se encontró una relación estadísticamente significativa, entre todas las dimensiones que integran los programas para mejorar la salud de los trabajadores, véase tabla 82, y en forma desagregada de las unidades económicas que cuentan con distintivo “ESR” y las que no cuentan con este distintivo, se encontró una relación significativa entre las dimensiones que integran la variable comunicación en salud como las que integran la variable calidad de vida laboral (véase tabla 83).

Tabla 83. Comparación entre dimensiones que integran la comunicación en salud y calidad de vida laboral

Dimensiones	Con Distintivo "ESR" (N-27)				Sin Distintivo "ESR" (N-81)			
	Condiciones de trabajo	Sig. (bilateral)	Bienestar logrado a través del trabajo	Sig. (bilateral)	Condiciones de trabajo	Sig. (bilateral)	Bienestar logrado a través del trabajo	Sig. (bilateral)
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	.795**	.000	.549**	.002	.800**	.000	.610**	.000
Promoción de estilos de vida saludables	.626**	.000	.550**	.002	.610**	.000	.501**	.000
Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los	.798**	.000	.576**	.001	.706**	.000	.520**	.000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Elaboración propia con información del SPSS

Tabla 84. Índice de correlación de los programas para mejorar la salud de los trabajadores con otras variables

Dimensiones	Unidad Económica		Género		Edad		Puesto		Antigüedad en la Unidad Económica	
	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.
Promoción de la Salud Utilizando la Comunicación Organizacional	-0.192*	0.038	-0.059	.525	.145	.128	-0.319**	0.000	0.213*	0.021
Promoción de Estilos de Vida Saludables	-.164	.078	.009	.922	.019	.845	-0.197*	0.033	.101	.277
Difusión y Evaluación de Programas Encaminados a Mejorar la Salud de los Trabajadores	-0.239*	0.010	-0.023	.810	-.078	.422	-0.209*	0.025	.084	.370
Condiciones de Trabajo	-0.214*	0.022	-0.051	.586	.148	.124	-0.365**	0.000	0.198*	0.034
Bienestar Logrado a Través del Trabajo	-0.559**	0.000	-0.030	.747	.080	.401	-0.325**	0.000	.127	.174

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

Se encontró una relación estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional entre las dimensiones que integran los programas para mejorar la salud de los trabajadores y la variable "Unidad Económica" de la misma manera, se encontró una relación estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional entre las dimensiones (a excepción de la dimensión promoción de estilos de vida saludable) que integran los programas encaminadas a mejorar la salud de los trabajadores y la variable "Puesto"., asimismo se encontró una relación significativa, baja y proporcional, en las dimensiones Promoción de la salud utilizando la comunicación organización y condiciones de trabajo con la variable "Antigüedad en la Unidad Económica".

Dentro de los objetivos planteados en la presente investigación fue identificar cual es la relación de las prácticas de responsabilidad social empresarial con los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores en las unidades económicas con más de cien empleados, ubicadas en Ciudad Juárez.

Tabla 85. Índice de correlación de los beneficios de implementar programas de RSE con otras variables

Dimensión	Unidad Económica		Género		Edad		Puesto		Antigüedad en la Unidad Económica	
	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.
Beneficios de implementar programas de responsabilidad social empresarial	-0.029	.762	.044	.638	-.004	.963	-.275**	.003	-0.003	.977

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

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

Se encontró una relación estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional entre los beneficios de implementar programas de responsabilidad social y la variable “puesto”.

Para analizar más detalladamente los ítems integrados en los beneficios de implementar programas de responsabilidad social, se encuentra que la mejora en la actuación financiera, así como la reducción de costos operativos, se relacionan estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional a la variable “puesto”.

Tabla 86. Índice de correlación de los ítems que integran beneficios de implementar programas de RSE con otras variables

item	Unidad Económica		Género		Edad		Puesto		Antigüedad en la Unidad Económica	
	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.
47. Mejora la imagen y reputación empresarial	.038	.682	.086	.361	-.058	.547	-.174	.062	.027	.776
48. Mejora la actuación financiera	-.071	.449	.028	.770	.018	.855	-.304**	.001	-.015	.873
49. Reduce costos operativos	-.045	.632	.055	.558	.095	.322	-.328**	.000	.049	.603
50. Obtiene ventajas competitivas	-.023	.811	-.006	.947	-.065	.502	-.170	.069	-.068	.470

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

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

Asimismo se busca conocer si estos beneficios de implementar programas de responsabilidad social tienen alguna relación con los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

Tabla 87. Índice de correlación de las variables y los beneficios de implementar programas de RSE

Variables	Mejora la imagen y reputación empresarial		Mejora la actuación financiera		Reduce costos operativos		Obtiene ventajas competitivas	
	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.
Comunicación en Salud	.422**	.000	.552**	.000	.496**	.000	.334**	.000
Calidad de Vida Laboral	.367**	.000	.467**	.000	.450**	.000	.305**	.001

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

Como puede observarse en la tabla 87, se encontró una relación estadísticamente significativa, y directamente proporcional entre las variables comunicación en salud y calidad de vida laboral con los ítems que integran la dimensión de beneficios de implementar programas de responsabilidad social.

Tabla 88. Índice de correlación entre las dimensiones y los ítems que se integran los beneficios de implementar programas de RSE

Dimensiones	47. Mejora la imagen y reputación empresarial		48. Mejora la actuación financiera		49. Reduce costos operativos		50. Obtiene ventajas competitivas	
	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.	Correlación de Pearson	Sig.
Promoción de la Salud Utilizando la Comunicación Organizacional	.365**	.000	.491**	.000	.457**	.000	.296**	.001
Promoción de Estilos de Vida Saludables	.362**	.000	.495**	.000	.433**	.000	.282**	.002
Difusión y Evaluación de Programas Encaminados a Mejorar la Salud de los Trabajadores	.434**	.000	.525**	.000	.482**	.000	.345**	.000
Condiciones de Trabajo	.359**	.000	.501**	.000	.481**	.000	.277**	.003
Bienestar Logrado a Través del Trabajo	.303**	.001	.346**	.000	.337**	.000	.263**	.004

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

En este apartado se encontró una relación estadísticamente significativa, y directamente proporcional entre las dimensiones que integran el instrumento de

medición y los cuatro ítems que integran la dimensión de beneficios de implementar programas de responsabilidad social.

7.2. De los Trabajadores que laboran en las Unidades Económicas

7.2.1. Características de las Unidades Económicas y de los Trabajadores

Para esta investigación se calculó una muestra de 261 instrumentos de medición para ser contestados por los trabajadores de las unidades económicas, donde se incluyen industrias manufactureras, cadenas de centros comerciales, escuelas, hospitales etc., todas ellas ubicadas en Ciudad Juárez, Chihuahua.

7.2.1.1. Caracterización de las Unidades Económicas donde laboran los trabajadores

En relación a los programas que desarrollan las unidades económica, la que mayor participación tuvo es la denominada industria manufacturera 94 (36%), mientras que la denominada servicio de apoyo a negocios 3(1.1%) representa la de menor participación.

Tabla 89. Unidad económica de acuerdo a su actividad

Unidad Económica	N	%
Industria manufacturera	94	36.0
Servicios educativos	31	11.9
Servicios profesionales, científicos y técnicos	24	9.2
Comercio al por mayor	23	8.8
Comercio al por menor	18	6.9
Servicios de alojamiento temporal	16	6.1
Otros servicios	17	6.5
Construcción	10	3.8
Servicios gubernamentales	10	3.8
Servicios de salud y asistencia social	7	2.7
Transportes, correos o almacenamiento	4	1.5
Información en medios de comunicación	4	1.5
Servicio de apoyo a negocios	3	1.1

Elaboración propia con información del programa estadístico SPSS

7.2.1.2. Características Demográficas de los Participantes

Para este apartado como elemento de inclusión se pidió que la persona que contestara el instrumento de medición estuviera laborando en alguna unidad económica de Ciudad Juárez, independientemente de su nivel académico y de su puesto (véase tabla 90).

En cuanto a la antigüedad en la empresa, de los 261 trabajadores que tienen menos de un año son el 116(44.4%), los de uno a cinco años de antigüedad representan el mayor porcentaje 119(45.5%), mientras que los de mayor antigüedad de 16 a 24 años representan únicamente 2(1%). En cuanto al género de los trabajadores que respondieron al instrumento de medición 136(52.1%), son del género masculinos mientras que los del género femenino fueron 125 (47.9%). La edad de los participantes promedia los 24 años, habiendo un rango de edad de 19 a 48 años.

Tabla 90. Características demográficas de los trabajadores (N-261)

Características	N	%
<u>Antigüedad en la empresa</u>		
> 1 año	116	44.4
1 a 5 años	119	45.5
6 a 10 años	18	6.8
11 a 15 años	6	2.3
16 a 24 años	2	1
<u>Puesto en la empresa</u>		
Auxiliar	56	21.5
Empleado (a)	26	10.0
Operador (a)	25	9.6
Asistente	25	10
Vendedor (a)	20	7.7
Ejecutivo	14	5.4
Encargado (a)	11	4.2
Técnico	11	4.2
Cajero (a)	10	3.8
Jefe (a)	9	3.4
Recepción	8	3.1
Maestro (a)	7	2.7
Supervisor (a)	7	2.7
Calidad	6	2.3
Logística	5	1.9
Administrador (a)	4	1.5
Auditor	4	1.5
Promotor	3	1.1
Planador/comprador	3	1.1.
Coordinador (a)	3	1.1
Enfermera (o)	2	.8
Cocinero	1	.4
Policia	1	.4
<u>Género</u>		
Masculino	136	52.1
Femenino	125	47.9
<u>Edad</u>		
	Media	24.19
	Desv. Típ.	6.19
	Rango	19-48

Elaboración propia con información del instrumento de medición a partir de los resultados del SPSS

7.2.2. Unidades Económicas y su Responsabilidad Social

Para obtener esta información, se incorporaron tres ítems al instrumento de medición, el primero (ítem 41) para conocer si los trabajadores conocen o han escuchado sobre el tema de responsabilidad social empresarial, el segundo (ítem 47) para conocer si la unidad económica donde labora el trabajador la considera “socialmente responsable” y tercero (ítem 48) conocer si la unidad económica cuenta con el distintivo “ESR” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI).

7.2.2.1. Trabajadores que Conocen qué es la Responsabilidad Social Empresarial

De los 261 trabajadores que contestaron el instrumento de medición, se encontró que 169(64.8%) conoce o ha escuchado hablar sobre lo que es la responsabilidad social empresarial, mientras que 87(33.3%) dice no conocer su significado y solamente 5(1.9%) no contestó este ítem. Sobre la consideración hacia su empresa como socialmente responsable 165(63.2%) sí la consideran socialmente responsable, mientras que 95(36.34%) su opinión fue negativa y únicamente 1(.4%) omitió dar su opinión. En cuanto al ítem 48 donde se le pregunta al trabajador si su empresa cuenta con el distintivo “ESR” que otorga el CEMEFI, solamente 92(35.2%) trabajadores manifestaron que su empresa sí cuenta con este distintivo, mientras que 153(58.6%) contestaron en forma negativa y 16(6.1%) no respondieron a esta pregunta.

Tabla 91. Conocimiento del trabajador sobre responsabilidad social empresarial

	Conoce o ha escuchado hablar de la Responsabilidad Social Empresarial		Considera a su empresa Socialmente Responsable		Cuenta su empresa con distintivo ESR	
	N	%	N	%	N	%
Si	169	64.8	165	63.2	92	35.2
No	87	33.3	95	36.4	153	58.6
No contesto	5	1.9	1	.4	16	6.1

Elaboración propia con información de los instrumentos de medición a partir de los resultados del SPSS

Analizando en forma más detallada la respuesta que los trabajadores emitieron al ítem 47 donde se les pregunta si consideran a su empresa socialmente responsable, se encontró que de los 165 trabajadores que respondieron afirmativamente, 70(42%) son los que laboran en la industria manufacturera, seguidos por los que laboran en las unidades económicas dedicadas a impartir servicios educativos 16(9.7%), y con una menor cantidad los que se encuentran en los servicios de apoyos a negocios 1(.6%), (véase tabla 92).

Tabla 92. Unidades económicas que sus trabajadores las consideran socialmente responsables (N-261)

	Si	No	NR
Industria manufacturera	70	23	1
Servicios educativos	16	15	
Servicios profesionales, científicos y técnicos	13	11	
Comercio al por mayor	13	10	
Comercio al por menor	12	6	
Otros servicios	8	9	
Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos	8	8	
Construcción	8	2	
Servicios gubernamentales	6	4	
Servicios de salud y asistencia social	6	1	
Transportes, correos o almacenamientos	2	2	
Información en medios de comunicación	2	2	
Servicios de apoyo a los negocios	1	2	

Elaboración propia con información de los instrumentos de medición a partir de los resultados del SPSS

En cuanto a la pregunta que corresponde al ítem 48, donde se les pregunta a los trabajadores si su empresa cuenta con el distintivo “ESR” que otorga el CEMEFI, 92 trabajadores respondieron afirmativamente, siendo la industria manufactura 50(54%) quien tuvo un mayor número de afirmaciones, mientras que todos los trabajadores de transportes y servicio de apoyo a los negocios respondieron negativamente, (véase tabla 93).

Tabla 93. Unidades económicas que sus trabajadores manifestaron cuentan con el distintivo “ESR” (N-261)

	Si	No	NR
Industria manufacturera	50	37	7
Comercio al por mayor	9	14	
Servicios profesionales, científicos y técnicos	8	14	2
Servicios educativos	7	21	3
Comercio al por menor	4	13	1
Construcción	4	6	
Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos	3	13	
Servicios gubernamentales	3	6	1
Otros servicios	2	15	
Servicios de salud y asistencia social	1	4	2
Información en medios de comunicación	1	3	
Transportes, correos o almacenamientos	0	4	
Servicios de apoyo a los negocios	0	3	

Elaboración propia con información de los instrumentos de medición a partir de los resultados del SPSS

7.2.3. Departamento que Implementa Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores

El ítem 46 del instrumento de medición pregunta a los trabajadores que indiquen cuál es el departamento que implementa los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores, encontrándose que los departamentos de recursos humanos 74(28.5%), así como el departamento médico o de enfermería 56(21.5%) son los encargados de implementar estos tipos de programas, mientras que 89(34.1%) respondió negativamente, ya sea porque no hay un departamento encargado para esta actividad o porque no sabe o simplemente no contestó a esta pregunta.

Tabla 94. Departamento que implementa programas para mejorar la salud del trabajador

	N	%
Recursos Humanos	74	28.3
Departamento Médico o Enfermería	56	21.5
Salud, Seguridad y Medio Ambiente	12	4.6
Gerencia	9	3.4
Administración, Desarrollo Humano	5	1.9
Otros	16	6.1
No hay, no sabe, o no contestó	89	34.1

Elaboración propia con información de los instrumentos de medición a partir de los resultados del SPSS

7.2.4. Comparación y Análisis. Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores

En los objetivos planteados en la presente investigación son comparar los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que ofrecen las empresas con distintivo y sin distintivo “socialmente responsable”, y que son percibidos por sus trabajadores, para ello se analizarán los datos estadísticos obtenidos del instrumento de medición.

7.2.4.1. Comparación de Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores

Para realizar el comparativo propuesto en el trabajo de investigación, los siguientes apartados presentan primero a las unidades económicas que poseen este distintivo y posteriormente a las unidades económicas que no poseen este distintivo, en ellos se va detallando la frecuencia con la que las unidades económicas llevan a cabo estos programas.

7.2.4.1.1 De las Unidades Económicas con Distintivo “ESR”

Para este análisis se agruparon en tablas de frecuencia los ítems de acuerdo a las dimensiones determinadas en el análisis de confiabilidad.

De los 11 ítems agrupados en la dimensión de promoción de la salud y visualizados a través de porcentajes (véase tabla 95), seis de ellos obtienen un porcentaje alto en la categoría de muchas veces, mientras que uno lo refleja en la categoría de siempre y a veces, y los dos restantes lo reflejan en la categoría de nunca.

Tabla 95. Programas de promoción de la salud en las unidades económicas que cuentan con distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10	20	21.7	11	12	22	23.9	14	15.2	25	27.2
11	35	38	9	9.8	14	15.2	15	16.3	19	20.7
12	25	27.2	10	10.9	17	18.5	29	31.5	11	12.0
13	22	23.9	5	5.4	21	22.8	26	28.3	18	19.6
14	19	20.7	6	6.5	24	26.1	25	27.2	18	19.6
15	17	18.5	12	13	21	22.8	26	28.3	16	17.4
16	18	19.6	12	13	19	20.7	23	25.0	20	21.7
17	21	22.8	13	14.1	20	21.7	22	23.9	16	17.4
18	25	27.2	14	15.2	19	20.7	14	15.2	20	21.7
19	32	34.8	11	12	18	19.6	15	16.3	16	17.4
25	22	23.9	15	16.3	27	29.3	18	19.6	10	10.9

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

De los cinco ítems agrupados en la escala de promoción de estilos de vida saludables y visualizados a través de porcentajes (véase tabla 96), dos ítems reflejan los porcentajes más altos en la categoría de siempre, dos ítems en la categoría de nunca y uno en la categoría de a veces, esto es, la percepción que tienen los trabajadores cuando en sus unidades económicas donde laboran utilizan como estrategia la comunicación en salud para promocionar los estilos de vida saludables.

Tabla 96. Programas de promoción de estilos de vida saludables en unidades económicas con distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20	16	17.4	4	4.3	8	8.7	20	21.7	44	47.8
21	23	25	10	10.9	22	23.9	14	15.2	23	25
22	19	20.7	15	16.3	25	27.2	13	14.1	20	21.7
23	30	32.6	17	18.5	20	21.7	18	19.6	7	7.6
24	33	35.9	15	16.3	20	21.7	18	19.6	6	6.5

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

De los 11 ítems agrupados en la dimensión de difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores e igualmente visualizados a través de porcentajes (véase tabla 97), los porcentajes más altos se ven reflejados en la categoría de poco avance con cinco ítems, seguidos por los ítems ubicados en logro considerable y solamente dos ítems indican que no se ha iniciado acciones en las unidades económicas tanto preventivas como aquellas que se llevan a cabo de manera voluntaria.

Tabla 97. Programas de difusión y evaluación para mejorar la salud de los trabajadores en unidades económicas con distintivo “ESR”

Ítem	Otro (1)		No se ha Iniciado (2)		Poco Avance (3)		Logro Considerable (4)		Totalmente Logrado (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
30	4	4.3	18	19.6	29	31.5	21	22.8	20	21.7
31	5	5.4	20	21.7	27	29.3	28	30.4	12	13.0
32	8	8.7	22	23.9	24	26.1	25	27.2	13	14.1
33	4	4.3	22	23.9	29	31.5	21	22.8	16	17.4
34	3	3.3	23	25	29	31.5	23	25	14	15.2
35	3	3.3	26	28.3	23	25	25	27.2	15	16.3
36	3	3.3	25	27.2	27	29.3	24	26.1	13	14.1
37	4	4.3	23	25	29	31.5	18	19.6	18	19.6
38	5	5.4	23	25	23	25	25	27.2	16	17.4
39	5	5.4	24	26.1	25	27.2	28	30.4	10	10.9
40	4	4.3	27	29.3	24	26.1	22	23.9	15	16.3

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

De la dimensión denominada condiciones de trabajo, integrado por ocho ítems, es importante mencionar que cinco de ellos se ubican en la categoría de siempre, uno en la categoría de muchas veces y uno más en la categoría de a veces (véase tabla 98).

Tabla 98. Condiciones de trabajo en unidades económicas con distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	1	1.1	3	3.3	15	16.3	18	19.6	55	59.8
2	2	2.2	4	4.3	13	14.1	27	29.3	46	50
3	7	7.6	6	6.5	11	12	19	20.7	49	53.3
4	6	6.5	14	15.2	29	31.5	17	18.5	26	28.3
5	6	6.5	3	3.3	19	20.7	25	27.2	39	42.4
6	9	9.8	6	6.5	17	18.5	28	30.4	32	34.8
8	4	4.3	13	14.1	29	31.5	29	31.5	17	18.5

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

En cuanto al ítem siete, el cual se integra a esta dimensión, el porcentaje más representativo se refleja en que los trabajadores o sus representantes participan en algunas partes del proceso en temas de salud (véase tabla 99).

Tabla 99. Participación de los trabajadores en temas de salud en unidades económicas con distintivo “ESR”

Ítem	Ninguna (1)		Solo Difusión de Información (2)		Consulta (3)		Participación en Algunas Partes del Proceso (4)		Participación en Todas las Partes del Proceso (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7	3	3.3	20	21.7	24	26.1	30	32.6	15	16.3

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

En cuanto a la escala denominada bienestar logrado a través del trabajo, la cual está integrada por 5 ítems, es importante mencionar que solamente un ítem obtiene la categoría más alta que es la denominada siempre, tres de ellos la categoría de respuesta fue de muchas veces, y un ítem la categoría de nunca, (véase tabla 100).

Tabla 100. Bienestar logrado de los trabajadores que laboran en las unidades económicas con distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
9	11	12	8	8.7	10	10.9	16	17.4	47	51.1
26	18	19.6	12	13	19	20.7	29	31.5	14	15.2
27	21	22.8	14	15.2	18	19.6	24	26.1	15	16.3
28	27	29.3	11	12	18	19.6	19	20.7	17	18.5
29	22	23.9	12	13	17	18.5	22	23.9	19	20.7

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

En la tabla 101, los trabajadores que laboran en las unidades económicas que cuentan con el distintivo de “ESR” respondieron favorablemente, los ítems 43, 44 y 45 con bastante, mientras que para el ítem 42, la mayoría respondió que mucho.

Tabla 101. Beneficios de desarrollar actividades de RSE en unidades económicas con distintivo ESR

Ítem	Nada (1)		Un Poco (2)		Regular (3)		Bastante (4)		Mucho (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
42	6	6.5	12	13	18	19.6	27	29.3	27	29.3
43	7	7.6	11	12	22	23.9	29	31.5	23	25
44	3	3.3	10	10.9	23	25	32	34.8	24	26.1
45	6	6.5	4	4.3	17	18.5	37	40.2	27	29.3

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

7.2.4.1.2. De las Unidades Económicas sin Distintivo “ESR”

Procediendo de la misma manera de los 11 ítems agrupados en la dimensión de promoción de la salud y visualizados a través de porcentajes (véase tabla 102), todos ellos se ubicaron en la categoría de nunca.

Tabla 102. Programas de promoción de la salud en unidades económicas sin distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
10	81	52.9	22	14.4	24	15.7	15	9.8	11	7.2
11	90	58.8	12	7.8	27	17.6	12	7.8	12	7.8
12	84	54.9	17	11.1	26	17	12	7.8	14	9.2
13	78	51	19	12.4	29	19	12	7.8	15	9.8
14	61	39.9	21	13.7	33	21.6	19	12.4	19	12.4
15	66	43.1	24	15.7	29	19	18	11.8	16	10.5
16	63	41.2	27	17.6	28	18.3	17	11.1	18	11.8
17	69	45.1	22	14.4	33	21.6	16	10.5	13	8.5
18	78	51.0	22	14.4	21	13.7	18	11.8	14	9.2
19	76	49.7	26	17	26	17	14	9.2	11	7.2
25	89	58.2	26	17	18	11.8	17	11.1	3	2

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

De los cinco ítems agrupados en la dimensión de promoción de estilos de vida saludables e igualmente visualizados a través de porcentajes (véase tabla 103), los porcentajes más altos reflejan que las unidades económicas sin distintivo “ESR” nunca utilizan como estrategia la comunicación en salud para promocionar los estilos de vida saludables.

Tabla 103. Programas de promoción de estilos de vida saludables en unidades económicas sin distintivo “ES

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20	69	45.1	21	13.7	17	11.1	11	7.2	35	22.9
21	83	54.2	20	13.1	17	11.1	17	11.1	16	10.5
22	83	54.2	17	11.1	20	13.1	22	14.4	11	7.2
23	99	64.7	18	11.8	15	9.8	15	9.8	6	3.9
24	106	69.3	19	12.4	15	9.8	7	4.6	6	3.9

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

De los 11 ítems agrupados en la escala de difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores e igualmente visualizados a través de porcentajes (véase tabla 104), los trabajadores consideran que en las unidades económicas donde laboran y que no cuentan con el distintivo “ESR” no han iniciado programas encaminados a mejorar su salud.

Tabla 104. Programas de difusión y evaluación en unidades económicas sin distintivo “ESR

Ítem	Otro (1)		No se ha Iniciado (2)		Poco Avance (3)		Logro Considerable (4)		Totalmente Logrado (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
30	4	2.6	71	46.4	37	24.2	17	11.1	24	15.7
31	1	0.7	74	48.4	32	20.9	27	17.6	19	12.4
32	3	2	67	43.8	39	25.5	23	15	21	13.7
33	3	2	69	45.1	35	22.9	27	17.6	19	12.4
34	5	3.3	66	43.1	36	23.5	25	16.3	21	13.7
35	3	2	62	40.5	38	24.8	20	13.1	30	19.6
36	5	3.3	69	45.1	33	21.6	19	12.4	27	17.6
37	2	1.3	70	45.8	26	17	27	17.6	28	18.3
38	3	2	62	40.5	27	24.2	22	14.4	29	19
39	2	1.3	57	37.3	39	25.5	32	20.9	23	15
40	6	3.9	55	35.9	41	26.8	25	16.3	26	17

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

De los ocho ítems agrupados en esta dimensión condiciones de trabajo, se puede visualizar a través de porcentajes (véase tabla 105), que sus respuestas son muy

variadas que inician con nunca (ítems 4 y 6), a veces (ítems 2, 3 y 8), y siempre (ítems 1 y 5).

Tabla 105. Condiciones de trabajo en unidades económicas sin distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	14	9.2	14	9.2	24	15.7	33	21.6	68	44.4
2	21	13.7	14	9.2	49	32	32	20.9	37	24.2
3	35	22.9	21	13.7	36	23.5	27	17.6	34	22.2
4	48	31.4	21	13.7	39	25.5	22	14.4	23	15
5	32	20.9	23	15	29	19	32	20.9	37	24.2
6	50	32.7	20	13.1	25	16.3	30	19.6	28	18.3
8	38	24.8	25	16.3	42	27.5	26	17	22	14.4

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

En cuanto al ítem siete, el cual se integra a esta dimensión, el porcentaje más representativo se refleja en que los trabajadores o sus representantes solo participan en la difusión en temas de salud.

Tabla 106. Participación de los trabajadores en temas de salud en unidades económicas sin distintivo “ESR”

Ítem	Ninguna (1)		Solo Difusión de Información (2)		Consulta (3)		Participación en Algunas Partes del Proceso (4)		Participación en Todas las Partes del Proceso (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7	36	23.5	43	28.1	24	15.7	34	22.2	16	10.5

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

En lo referente a la dimensión de bienestar logrado a través del trabajo, sus porcentajes de respuestas se ubican en la categoría denominada nunca (véase tabla 107).

Tabla 107. Bienestar logrado en unidades económicas sin distintivo “ESR”

Ítem	Nunca (1)		Solo Alguna Vez (2)		A Veces (3)		Muchas Veces (4)		Siempre (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
9	57	37.3	16	10.5	8	5.2	20	13.1	51	33.3
26	82	53.6	21	13.7	29	19	17	11.1	4	2.6
27	80	62.1	26	17	30	19.6	11	7.2	6	3.9
28	83	54.2	29	19	25	16.3	14	9.2	2	1.3
29	72	47.1	24	15.7	31	20.3	16	10.5	10	6.5

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

Para este apartado, se solicitó a los trabajadores que respondieran si consideran que en las unidades económicas donde ellos laboran obtienen beneficios cuando llevan a cabo actividades de responsabilidad social, los resultados muestran que serían bastantes los beneficios si se implementan programas de responsabilidad social (véase tabla 108).

Tabla 108. Beneficios de desarrollar actividades de RSE en unidades económicas sin distintivo ESR

Ítem	Nada (1)		Un Poco (2)		Regular (3)		Bastante (4)		Mucho (5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
42	20	13.1	19	12.4	36	23.5	58	37.9	20	13.1
43	19	12.4	24	15.7	41	26.8	47	30.7	22	14.4
44	23	15	28	18.3	36	23.5	45	29.4	21	13.7
45	20	13.1	23	15	43	28.1	40	26.1	27	17.6

Elaboración propia a partir de los resultados del SPSS

Asimismo se busca identificar si hay una relación de las prácticas de responsabilidad social empresarial con los programas encaminados a mejorar la salud desde el punto de vista de los trabajadores que laboran en las unidades económicas ubicadas en Ciudad Juárez.

7.2.4.2. Análisis de los Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores

Una vez realizado el análisis mediante distribución de frecuencias, el siguiente paso será determinar las medidas de tendencia central y sus medidas de variabilidad, continuando con la prueba de normalidad y con ello determinar el tipo de análisis inferencial para determinar parámetros y probar las hipótesis mediante análisis paramétricos o no paramétricos.

Agrupados los ítems en las dimensiones previamente establecidas, se encuentra que el promedio total de la muestra es de 8.79 lo que indica que se encuentra arriba de la media. Este resultado se da en función de que el instrumento es medido en una escala de Likert con categorías que van de 1 a 5, por lo que la media es de 3, además por ser un instrumento que se construyó en base a literatura consultada, no hay una referencia como punto de comparación.

Analizando los promedios de cada una de las variables que integran el instrumento de medición aplicado a los trabajadores que laboran en las unidades económicas ubicadas en Ciudad Juárez, se encontró que el promedio de la variable comunicación en salud es de 5.85 resultado que se encuentra arriba de la media de acuerdo a las categorías que van de 1 a 5, las dimensiones que integran esta variable son la promoción de la salud, la promoción de estilos de vida saludables, y la difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores, en la tabla 109 se muestra cada uno de su promedio, así como su desviación estándar.

Tabla 109. Promedios de la variable comunicación en salud y sus dimensiones

	Variable	Dimensiones		
	Variable comunicacion en salud	Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	Promoción de estilos de vida saludables	Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores
Media	5.85	2.45	2.37	3.08
Desv. típ.	2.31	1.18	1.24	0.95

Elaboración propia con información del SPSS

Mientras tanto, la variable calidad de vida laboral, promedia un 4.62 que de igual manera se encuentra arriba de la media de acuerdo a las categorías que van de 1 a 5.

Las dimensiones que integran esta variable son las condiciones de trabajo y bienestar logrado a través de trabajo donde se incluye la salud, presentan un resultado superior en la primera dimensión y levemente inferior en la segunda dimensión, estos resultados se pueden visualizar en la tabla 110.

Tabla 110. Promedios de la variable calidad de vida laboral y sus dimensiones

	Variable	Dimensiones	
	Ccalidad de vida laboral	Condiciones de trabajo/Seguridad	Bienestar logrado a través del trabajo
Media	4.62	3.35	2.55
Desv. típ.	1.49	1.07	1.17

Elaboración propia con información del SPSS

Después de haber realizado el análisis mediante estadísticos descriptivos, la cual incluye distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de variabilidad, se continuará con el análisis inferencial, cuya finalidad es llevar a cabo la

inferencia de las poblaciones a partir del estudio de muestras, destacándose como uno de los principales aspectos de la estimación de parámetros estadísticos (Rubio & Berlanga, 2012).

Para hacer inferencias y determinar si hay o no asociación entre diferentes variables, se parte de la hipótesis, y que para llevar a cabo esta comprobación se aplican pruebas estadísticas o test los cuales permiten contrastar la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas, este tipo de pruebas se desagregan en pruebas paramétricas y no paramétricas

Entre las pruebas paramétricas, se recurre a alguna distribución probabilística, como la distribución normal o a distribuciones asociadas a ésta como la distribución de chí cuadrado, t de Student o la distribución F de Fisher-Snedecor, mientras que para las no paramétricas se encuentran la U de Mann-Whitney, la prueba de Wald Wolfowitz (Briones, 2003).

Para conocer cuál de estas pruebas es la correcta en el estudio de investigación es necesario realizar la prueba de normalidad, si cumple con las condiciones como tener una distribución normal se utilizarán las pruebas paramétricas en caso contrario las no paramétricas

Tabla 111. Prueba de Normalidad

Dimensiones	Tiene distintivo "ESR"	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	Si	.104	92	.015	.950	92	.001
	No	.154	153	.000	.886	153	.000
Promoción de estilos de vida saludables	Si	.102	92	.019	.953	92	.002
	No	.218	153	.000	.829	153	.000
Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores	Si	.071	92	.200*	.982	92	.231
	No	.148	153	.000	.905	153	.000
Condiciones de trabajo/Seguridad	Si	.109	92	.009	.951	92	.002
	No	.080	153	.017	.958	153	.000
Bienestar logrado a través del trabajo	Si	.115	92	.004	.951	92	.002
	No	.155	153	.000	.903	153	.000

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Elaboración propia con información del SPSS

En la tabla 111 se muestra el test de normalidad de kolmogorov–Smirnof y Shapiro-Wilk, en ella se puede observar que los datos agrupados en las dimensiones propuestas se asume que no hay significancia en sus dimensiones, por lo tanto al tener valores significativos menores a .05 se asume que no existe normalidad en los datos obtenidos por lo que las pruebas de hipótesis se llevarán a cabo mediante estadística no paramétrica, en este caso con la U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación de Rho de Spearman.

7.2.5. Correlación de los Programas para Mejorar la Salud de los Trabajadores con otras Variables

En este apartado y en un contexto integral, se ha realizado un análisis para determinar la relación de los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores desde el punto de vista del trabajador que labora en alguna de las unidades económicas en Ciudad Juárez.

Tabla 112. Índice de correlación entre dimensiones que integran los programas para mejorar la salud de los trabajadores

dimensiones	Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional		Promoción de estilos de vida saludables		Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los		Condiciones de trabajo/Seguridad		Bienestar logrado a través del trabajo	
	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	1.000									
Promoción de estilos de vida saludables	.662**	.000	1.000							
Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los	.297**	.000	.213**	.001	1.000					
Condiciones de trabajo/Seguridad	.638**	.000	.524**	.000	.199**	.001	1.000			
Bienestar logrado a través del trabajo	.782**	.000	.653**	.000	.318**	.000	.582**	.000	1.000	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados del SPSS

Utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, se encontró una relación estadísticamente significativa, entre todas las dimensiones que integran los programas para mejorar la salud de los trabajadores, véase tabla 112 y en forma desagregada de las unidades económicas que cuentan con distintivo “ESR” y las que no cuentan con

este distintivo, se encontró una relación no significativamente baja y directamente proporcional entre las dimensiones de difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores y bienestar logrado en el trabajo en las unidades económica con distintivo “ESR”, mientras que en las unidades económicas sin distintivo “ESR” se encontró una relación baja no significativa y directamente promocional entre las dimensiones difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores y la dimensión de condiciones de trabajo (véase tabla 113), el resto de la correlación entre dimensiones es significativo.

Tabla 113. Comparación entre dimensiones que integran la comunicación en salud y calidad de vida laboral

Dimensiones	Con Distintivo "ESR" (N-92)				Sin Distintivo "ESR" (N-153)			
	Condiciones de trabajo	Sig. (bilateral)	Bienestar logrado a través del trabajo	Sig. (bilateral)	Condiciones de trabajo	Sig. (bilateral)	Bienestar logrado a través del trabajo	Sig. (bilateral)
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	.641**	.000	.798**	.000	.611**	.000	.755**	.000
Promoción de estilos de vida saludables	.476**	.000	.657**	.000	.484**	.000	.563**	.000
Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores	.269**	.010	.193	.065	.110	.177	.387**	.000

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con información del SPSS

De la misma manera al utilizar el coeficiente de correlación de Spearman, se encontró una relación estadísticamente significativa, e inversamente proporcional entre los beneficios de implementar programas de responsabilidad social y la variable “unidad económica”.

Tabla 114. Beneficios de la RSE con otras variables

Dimensión	género		unidad económica	
	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)
Beneficios de implementar programas de responsabilidad social	.026	.680	-.147*	.018

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Elaboración propia con resultados del SPSS

Para analizar más detalladamente los ítems integrados en los beneficios de implementar programas de responsabilidad social, se encuentra que la mejora en la actuación financiera, la reducción de costos operativos así como la obtención de ventajas competitivas y estratégicas se relacionan estadísticamente significativa, baja e inversamente proporcional a la variable “Unidad Económica”.

Tabla 115. Índice de correlación de los ítems que integran beneficios de implementar programas de RSE con otras variables

Ítems	Género		Unidad Económica	
	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)
Mejora de la imagen y reputación empresarial	.063	.309	-.073	.242
Mejora la actuación Financiera	.035	.570	-.126*	.041
Reduce costos operativos	-.014	.824	-.165**	.008
Se obtienen ventajas competitivas o estratégicas	.036	.559	-.252**	.000

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con información del SPSS

Asimismo se busca conocer si los beneficios de implementar programas de responsabilidad social tienen alguna relación con los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

Tabla 116. Índice de correlación de las variables y los beneficios de implementar programas de RSE

Variable	Mejora de la imagen y reputación empresarial		Mejora la actuación Financiera		Reduce costos operativos		Se obtienen ventajas competitivas o estratégicas	
	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)
Comunicación en salud	.348**	.000	.349**	.000	.385**	.000	.385**	.000
Calidad de vida laboral	.313**	.000	.308**	.000	.360**	.000	.413**	.000

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con información del SPSS

Como puede observarse en la tabla 116, se encontró una relación estadísticamente significativa, y directamente proporcional entre las variables comunicación en salud y calidad de vida laboral con los ítems que integran la dimensión de beneficios de implementar programas de responsabilidad social.

Tabla 117. Índice de Correlación entre las dimensiones y los ítems que se integran a beneficios de implementar programas de RSE

Dimensiones	Mejora de la imagen y reputación empresarial		Mejora la actuación Financiera		Reduce costos operativos		Se obtienen ventajas competitivas o estratégicas	
	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)	Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)
Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	.365**	.000	.353**	.000	.340**	.000	.379**	.000
Promoción de estilos de vida saludables	.254**	.000	.255**	.000	.336**	.000	.321**	.000
Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los	.135*	.029	.168**	.006	.183**	.003	.159**	.010
Condiciones de trabajo/Seguridad	.266**	.000	.287**	.000	.317**	.000	.376**	.000
Bienestar logrado a través del trabajo	.312**	.000	.280**	.000	.328**	.000	.352**	.000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Elaboración propia con información del SPSS

En este apartado se encontró una relación estadísticamente significativa, y directamente proporcional entre las dimensiones que integran el instrumento de medición y los cuatro ítems que integran la dimensión de beneficios de implementar programas de responsabilidad social.

Tabla 118. Diferencias de medias. Variables y dimensiones

Variable	Dimensión	(N-261)		Con distintivo "ESR" (N-92)		Sin distintivo "ESR" (N-153)		U	Sig. asintót (bilateral)
		\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.		
Comunicación en salud	Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional			2.98	1.20	2.14	1.08	4312.000	.000
	Promoción de estilos de vida saludables	5.85	2.31	2.96	1.19	2.01	1.15	3989.000	.000
	Difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores			3.23	0.93	3.00	0.98	5810.000	.022
Calidad de vida laboral	Condiciones de trabajo/Seguridad			3.82	0.80	3.03	1.13	4149.500	.000
	Bienestar logrado a través del trabajo	4.62	1.49	3.17	1.13	2.17	1.05	3670.500	.000

Elaboración propia con datos del SPSS

En la tabla 118 se puede observar los promedios obtenidos tanto para las dos variables de estudio como para cada una de sus cinco dimensiones, de la misma manera se presentan en forma desagregada aquellas que tienen el distintivo

socialmente responsables y aquellas que no lo poseen, el resultado obtenido se asume que no hay significancia entre las dimensiones.

7.3. Resumen de resultados

El análisis descriptivo de ambos instrumento de medición sirvió para conocer los datos de caracterización de las unidades económicas, los datos demográficos de los participantes, qué unidades económicas cuentas con el distintivo de “ESR” y si se consideran socialmente responsables mediante sus programas realizados, asimismo en esta fase se determinaron las medidas de tendencia central como la media y la desviación típica, otro dato aportado mediante este análisis fueron las medidas de asociación mediante tablas de frecuencias y la correlación entre variables.

En cuanto al análisis inferencial primero fue necesario conocer el tipo de prueba a utilizar siendo éstas las paramétricas y las no paramétricas. Para tomar la decisión correcta es necesario realizar la prueba de normalidad mediante los estadísticos de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk. Para el instrumento de medición para directivos de las unidades al tender sus datos a la normalidad, el análisis inferencial se llevó a cabo utilizando t de Student y la prueba de correlación de Pearson, en cuando al instrumento de medición de los trabajadores, sus datos no presentan normalidad por lo que la información estadística se llevó a cabo utilizando la U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación de Spearman.

8. Discusión

El objetivo general de esta investigación fue la elaboración de un diagnóstico comparativo entre unidades económicas ubicadas en Ciudad Juárez, Chih., que cuentan con y sin distintivo “ESR” para comparar los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores y las estrategias de comunicación en salud utilizadas, así como la percepción que tienen los trabajadores de estos programas y estrategias y cómo se relacionan con la calidad de vida en el trabajo como una dimensión de la responsabilidad social empresarial.

Mediante la revisión al estado del arte para identificar las teorías utilizadas en las investigaciones, cuatro fueron los grupos donde se concentraron las teorías localizadas mediante esta revisión: Las teorías enfocadas a satisfacción de necesidades, de cambio de comportamiento, de interacción entre ambientes y de integración (tablas 9, 10, 11 y 13).

Una vez definidas las variables de investigación y denominadas como: Comunicación en salud y calidad de vida laboral, fue necesario reducir a tres el grupo de teorías, y que para este efecto fue descartado el denominado “integración” (tabla 13).

De acuerdo al objetivo de investigación planteado y las variables definidas, fue necesario reducir a solamente uno el grupo de teorías, que para esta investigación fueron las de “interacción entre ambientes”.

Cuatro son las teorías agrupadas en interacción entre ambientes (tabla 11): La teoría de los sistemas ecológicos del desarrollo humano (Bronfenbrenner), Teoría de las negociaciones laborales (Walton y McKersie), Teoría de la difusión de innovaciones (Rogers) y la Teoría del intercambio social (Homans, 1961).

De estas cuatro teorías agrupadas, la teoría de difusión e innovación de Rogers plantea cuatro elementos indispensables: La innovación, los canales de comunicación, el tiempo y el sistema social.

En el análisis de la información, la difusión de programas para mejorar la salud de los trabajadores en las unidades económicas con distintivo “ESR” se enfocan hacia las actividades recreativas y de ocio, y las de actividades físicas en el lugar de trabajo, destacándose las actividades deportivas a través de torneos intramuros de fútbol o basquetbol, clases de baile y competencias deportivas.

De la misma manera estas unidades económicas manifestaron ofrecer comidas saludables mediante la elaboración de menús nutritivos o dietas especializadas, siempre y cuando se ajusten al presupuesto asignado a este programa, el cual es supervisado por nutriólogos o médicos bariatras que en ocasiones son pagados por los mismos trabajadores, como puede observarse estas actividades se concentran en dos programas de salud específicos, los programas de actividades físicas y los programas de nutrición y (véase tabla 60).

De igual forma las unidades económicas que cuentan con este distintivo, de acuerdo a los resultados obtenidos consideran que los programas para mejorar la salud de los trabajadores forman parte de sus políticas y procedimientos por lo cual está garantizada su continuidad y para certificar o verificar el desempeño que estos programas tienen, se cuenta con certificaciones, por parte de organismos externos.

Asimismo los resultados obtenidos muestran que a veces se evalúan los impactos que los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores tienen tanto en la calidad de vida laboral de los trabajadores como en el desempeño empresarial, llámese productividad, rentabilidad o reducción de costos, por desconocer estos impactos, las unidades económicas limitan recursos tanto humanos como financieros tal como fue detallado con anterioridad.

En cuanto a la difusión de programas para mejorar la salud de los trabajadores en las unidades económicas sin distintivo “ESR” el panorama es distinto, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos, no se realizan actividades recreativas, ni actividades físicas en el lugar de trabajo, ni programas para promover hábitos alimenticios saludables, esta misma tendencia se ve reflejada en la evaluación del impacto en el desempeño empresarial y en la calidad de vida laboral.

Continuando con la teoría de Rogers, los canales de comunicación que las unidades económicas utilizan para promocionar la salud, los resultados muestran que las unidades económicas con distintivo “ESR” las llevan a cabo mediante la utilización de la comunicación interna, sesiones informativas y medios audiovisuales, estos canales de comunicación les ha permitido fomentar la prevención de adicciones y las enfermedades entre ellas las crónico-degenerativas, asimismo a través de estos canales de comunicación les permite difundir los beneficios de hábitos alimenticios saludables y de la realización de ejercicio físico.

Los resultados obtenidos para analizar las unidades económicas que no cuentan con el distintivo “ESR” no presentan una diferencia significativa con el elemento de difusión, muchas veces utilizan la comunicación interna únicamente para la prevención de enfermedades en general, sin embargo los resultados obtenidos muestran que no aprovechan este canal para difundir y promover los programas de salud que en algunas ocasiones se pueden obtenerse de manera gratuita en las instituciones del sector salud.

Otro dato interesante obtenido de los resultados indica que las unidades económicas con distintivo “ESR” y las que no cuentan con él, poco están haciendo para promover los estilos de vida saludables entre los que se encuentran el reducir el consumo de sal y limitar el consumo de grasas malas (trans) y que de la misma manera no se ha realizado una evaluación para medir el impacto que puede representar la implementación de estos programas en el desempeño empresarial y en la calidad de vida laboral de los trabajadores.

En cuanto a las condiciones de trabajo los resultados obtenidos confirman que en las unidades económicas con el distintivo “ESR” los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores forman parte de sus políticas y procedimientos, promueven el cuidado de la salud, monitorean el estado de salud de sus trabajadores, enteran esos resultados a sus trabajadores, mientras que las unidades económicas sin distintivo “ESR” a veces promueve el autocuidado y nunca monitorea ni comunica el estado de salud de los trabajadores.

Para analizar la dimensión de bienestar logrado, los resultados son favorables para ambas unidades económicas ya que se proporciona seguro de gastos médicos y el servicio de alimentos a los empleados, sin embargo para las unidades económicas con distintivo “ESR” los menús que se ofrecen en estas unidades económicas se apegan a lo supervisado por los nutriólogos o médicos bariatras, mientras que en las unidades económicas sin distintivo “ESR” no se cuenta con esta supervisión.

Por último al analizar los resultados de la dimensión de la responsabilidad social, ambas unidades económicas reconocen que esta nueva forma de hacer negocio, mejora su imagen y reputación empresarial, mejora su actuación financiera, puede lograr reducir costos operativos y obtener una ventaja competitiva

Después de analizar el elemento “canales de comunicación” que plantea Rogers, se seguirá con el elemento tiempo, en relación a éste, es necesario considerar que un día cuenta con 24 horas, una tercera parte de estas horas los trabajadores permanecen en las unidades económicas considerando este ambiente un lugar propicio para promover una buena salud mediante alguna de las estrategias que utiliza la comunicación en salud y que han sido explicadas en el trabajo de investigación.

En cuanto al elemento sistema social, está representado por los trabajadores y que de acuerdo a su percepción, en las unidades económicas con distintivo “ESR” manifiestan que ha sido poco el avance en la difusión de programas para mejorar su salud, sin embargo reconocen que muchas veces se promociona la salud para prevenir

enfermedades de tipo crónico-degenerativas, cardiovasculares y la prevención de adicciones, asimismo perciben que se promocionan los estilos de vida saludables a través del consumo de alimentos saludables y no se considera la reducción del consumo de sal y la eliminación de grasas malas (trans).

Los datos obtenidos del instrumento de medición de las unidades económicas sin distintivo “ESR” y de acuerdo a la percepción que tienen los trabajadores, no difieren a los resultados obtenidos del instrumento de medición contestado por los directivos, esto es, no se han iniciado programas de difusión y evaluación, programas de promoción de la salud y programas para promocionar los estilos de vida saludables.

Por último el elemento innovación no se ve presente en esta investigación, sin embargo puede estar presente en el departamento que implementa programas para mejorar la salud de los trabajadores.

Leiner, et al., (2008) en su investigación propone que quien puede lograr un impacto para disminuir los problemas de salud en las unidades económicas puede ser el administrador ya que éste posee conocimientos multidisciplinarios como de administración, finanzas, sociológicos, psicológicos, de comunicación entre otros, está capacitado para implementar programas y presentar resultados, además está reconocido de acuerdo a los resultados obtenidos que el departamento de recursos humanos (generalmente encabezado por un administrador) interviene en la implementación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores, desde el punto de vista del directivo y desde la percepción del trabajador.

9. Conclusión

Una vez analizados los resultados obtenidos a través del programa estadístico SPSS versión 21, de las dimensiones que integran los instrumentos de medición, se ha encontrado de acuerdo a los resultados obtenidos, información para responder a las hipótesis planteadas:

Primera hipótesis: Las unidades económicas con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y las que no cuentan con este distintivo, llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

Los resultados obtenidos muestran que tanto unidades económicas con distintivo “ESR” y sin distintivo llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores (véase tablas 61 y 62).

Segunda hipótesis: Las unidades económicas con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, AC (CEMEFI) y las que no cuentan con este distintivo, llevan a cabo programas encaminadas a mejorar la salud de los trabajadores utilizando estrategias de la comunicación en salud.

Para dar respuesta a esta segunda hipótesis, los resultados obtenidos muestran que en las unidades económicas con distintivo “ESR” utilizan la comunicación interna para difundir y promocionar los programas encaminados a prevenir enfermedades y mejorar la salud de los trabajadores, mientras que en las unidades económicas que no cuentan con este distintivo, no ha sido utilizada la comunicación interna para difundir y promocionar los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

Tercera hipótesis: En las unidades económicas de Ciudad Juárez, Chih., que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el CEMEFI y las que no

cuentan con este distintivo, llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores que se relacionan con la calidad de vida laboral.

De acuerdo a los resultados obtenidos, los programas encaminados a mejorar la salud en las unidades económicas con distintivo “ESR” presentan mejores resultados que en las unidades económicas que no cuentan con este distintivo.

Cuarta hipótesis: En las unidades económicas de Ciudad Juárez, Chih., que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el CEMEFI y las que no cuentan con este distintivo, los trabajadores perciben los programas encaminados a mejorar la salud y las estrategias de comunicación en salud que son utilizadas.

El análisis de los resultados obtenidos para dar respuesta a esta hipótesis muestran que los trabajadores de las unidades económicas con distintivo “ESR” perciben de forma favorable los programas encaminados a mejorar su salud y las estrategias de comunicación en salud utilizadas, mientras que los trabajadores de las unidades económicas sin distintivo “ESR” no los perciben de forma favorable.

Quinta hipótesis: En las unidades económicas de Ciudad Juárez, Chih., que cuentan con el distintivo “Socialmente Responsable” que otorga el CEMEFI y las que no cuentan con este distintivo, incentiva las prácticas de responsabilidad social cuando se llevan a cabo programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores.

Los resultados obtenidos para dar respuesta a esta hipótesis planteada son de los mejores evaluados, tanto por directivos como por trabajadores de las unidades económicas con y sin distintivo “ESR”.

En general los resultados obtenidos que muestran el índice de correlación entre las dimensiones integradas en la variable de comunicación en salud y su correlación con la variable calidad de vida laboral en unidades económicas con distintivo “ESR” y las que no poseen este distintivo para ambos instrumentos de medición es significativo (véase

tabla 82 y 112), de igual manera la correlación entre estas variables y las dimensiones que las integran tienen un correlación significativa con los ítems que integran los beneficios de implementar programas de responsabilidad social empresarial (tablas 86, 87, 115 y 116).

Limitaciones:

Una de las limitaciones importantes que influyó para no alcanzar el tamaño de muestra deseado fueron las condiciones de inseguridad que prevalecen en nuestra ciudad, los sucesos presentados en años anteriores han sido el factor para que las unidades económicas reforzaran los filtros de seguridad y limitaran el ingreso a sus áreas administrativas por lo que en algunos casos se pudo obtener información a través de alguna persona que laborara dentro de la unidad económica y nos permitiera ingresar con un gafete de identificación.

Otras unidades económicas recibieron el instrumento de medición a través de sus áreas de recepción, dando la indicación de que lo turnarían al área correspondiente pidiendo regresar en días posteriores, en algunos casos esta información ya no fue devuelta argumentando que el dueño o el gerente se encontraba fuera de la ciudad e inclusive fuera del país que era la única persona que podía proporcionar la información, otros casos más, nos fue negado el ingreso a las unidades económicas por el área de seguridad.

Además al ser un estudio de corte transversal, el cual corresponde a un determinado momento en el tiempo, las empresas participantes para obtener el distintivo “ESR” aumentaron en los últimos años, en el caso de Ciudad Juárez, empresas micro y pequeñas por lo cual no fueron consideradas para la muestra propuesta.

Líneas futuras de investigación

La presente investigación abordó variables de comunicación en salud y calidad de vida laboral. Su enfoque fue obtener información de los directivos de unidades económicas con distintivo “ESR” y quienes no poseen este distintivo, además de trabajadores que pueden laborar en cualquiera de estas unidades económicas, con la finalidad de elaborar un diagnóstico, el cual es necesario a toda planificación o proyecto previo, el cual ayudará a obtener conclusiones y responder las hipótesis planteadas para comprender cualquier situación, la importancia de la misma y las acciones a tomar, por lo cual se propone para futuras investigaciones un programa de intervención para poder medir el impacto de los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores en la calidad de vida laboral, asimismo el impacto que puede tener en el aspecto económico al contrastar los beneficios otorgados en materia de seguridad social adicional

Anexos

Anexo 1. Construcción del Instrumento de Medición

Para la construcción del instrumento de medición se realizaron los 11 pasos propuestos por (Hernández et al., 2010).

Mediante la revisión bibliográfica de los artículos de investigaciones científicas aplicadas se localizaron artículos relacionados a los constructos: comunicación en salud (como estrategia de la promoción de la salud, estilos de vida saludables) y calidad de vida laboral o calidad de vida en el trabajo como uno de los componentes de la responsabilidad social empresarial, la finalidad de esta actividad fue conocer los instrumentos de evaluación que los autores utilizaron para sustentar sus investigaciones (véase tabla 119), encontrándose:

Tabla 119. Revisión bibliográfica de constructos

Comunicación en Salud, donde se incluye:	18 artículos
Promoción de la Salud	7 artículos
Estilos de Vida Saludables	11 artículos
Calidad de Vida Laboral	17 artículos
Calidad de Vida Laboral incorporada a la responsabilidad social empresarial	9 artículos

Elaboración propia mediante la revisión de literatura

Los pasos del 2 al 11, se incluyen en los siguientes anexos:

Anexo 1.1 Construcción de la Dimensión Comunicación en Salud

Anexo 1.2 Construcción de la Dimensión Calidad de Vida Laboral (CVL)

Anexo 1.1. Construcción de la Dimensión Comunicación en Salud

Durante la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (1986) se definiría a la promoción de la salud como el proceso que busca mejorar la salud de las personas a través de los medios necesarios que les ayude a ejercer un mejor control sobre ella (Contreras & Restrepo, 1997; Barrios & Paravic, 2006; Spag & Kawachi, 2007), estos medios son los de comunicación, llámese intrapersonales, interpersonales, masivos, comunitarios, organizacionales.

Paso 2

Mediante la revisión bibliográfica de los artículos de investigaciones científicas aplicadas, se localizaron artículos que han utilizado estrategias comunicacionales para promocionar la salud.

En la tabla 120, se puede observar el nombre de las campañas para promocionar la salud utilizando como estrategia la comunicación en salud, así como el país donde se llevaron a cabo.

Tabla 120. Revisión bibliográfica del constructo comunicación en salud

Núm.	Año de publicación	Autor(es)	País	Campaña	Enfatizada a	Medios utilizados	Otros medios
1	1999	(Alcalay, Alvarado, Balcazar, Newman, & Huerta, 1999)	Estados Unidos	Health for your heart	Aumentar el conocimiento sobre la prevención de enfermedades cardiovasculares y la promoción de estilos de vida saludables	Intervención comunitaria multimedia bilingüe	incluyó televisión, formato de telenovela, anuncios de servicio público, programas de radio, folletos, cuadernillos de recetas, charlas, manual de capacitación de promotores y videos motivacionales

2	2001	(Bezerra, Barceló, & Machado, 2001)	Brasil	Plan de Reorganización de la atención a la hipertensión arterial y a la diabetes mellitus	Reducción de la morbi-mortalidad asociada a la diabetes mellitus	Mensajes en medios de comunicación	TV Material impreso como folletos, carteles, revistas, journals
3	2002	(Sansores, Giraldo, Valdelamar, Ramírez, & Sandoval, 2002)	México	Parche transdémico	Dejar de fumar	Medios de comunicación masiva	TV en los dos canales de mayor circulación, entrevistas en radio y periódicos
4	2005	(Santos & Lopes, 2005)	Brasil	Agita São Paulo	Actividad física		Material educativo (carteles, folders, manuales, video)
5	2006	(Zacarias, Pizarro, Rodríguez, González, & Domper, 2006)	Chile	" 5 al día"	Prevención de ECNT	Intervención comunitaria	Guía alimentaria
6	2007	(Ballesteros, Dal-Re, Pérez, & Villar, 2007)	España	Estrategia Mundial Sobre Régimen Alimenticio, Actividad Física y Salud (NAOS)	Reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles relacionadas con las dietas poco saludables y la inactividad física		Campañas de información, programas educativos, convenios de colaboración; acuerdos con instituciones
7	2010	(Villalobos et al., 2010)	México	Espacios Libres de Humo		Medios masivos de comunicación	TV, radio, prensa y vallas en la vía pública

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

De estas campañas de salud dirigidas a prevenir enfermedades,(véase tabla 120), se destaca la preocupación que tienen los países por la reducción de los factores de riesgo

de enfermedades crónico no transmisibles (ECNT), las cuales están asociados a los estilos de vida poco saludables (Fagalde, del Solar, Guerrero, & Atalah, 2005).

Tabla 121. Identificación de campañas de salud

Campaña dirigida a:	Autores		
Prevención de enfermedades cardiovasculares	1		
Promoción de estilos de vida saludable	1	4	
Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)	2	7	8
Dejar de fumar	3	4	
Actividad física	5	6	

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

En la tabla 122 se muestra que de las estrategias de comunicación en salud se destacan los medios masivos de comunicación debido a su gran alcance.

Tabla 122. Estrategias de comunicación en salud

	Autores			
Intervención comunitaria	1	9	7	
Medios masivos de comunicación	2	3	8	10

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

A continuación se puede observar en la tabla 123 en forma desglosada, los medios de comunicación que fueron utilizados en los artículos de investigación.

Tabla 123. Medios de comunicación

	Autores			
Televisión	1			
Formato de telenovela	1			
Programas educativos				8
Programas de radio	1			
Folletos	1	2		
Cuadernillos de recetas	1			
Carteles		2	6	
Revistas		2		
Folders			6	
Manuales			6	
Videos	1		6	
Guía alimentaria				7
Encuestas		4	5	
Guía de comunicación				9

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Estilos de Vida Saludables

Los estilos de vida saludables, han sido definidos como los hábitos, conductas, o comportamientos que el individuo desarrolla en su espacio de vida, ya sea en su entorno social, familiar o laboral, los cuales son susceptibles de modificación (García & González, 2000; Trujillo, Tovar, & Lozano, 2004; Sanabria et al., 2007), por lo que se procedió a la localización de artículos de investigación aplicada para conocer cuáles son los factores que se fueron utilizados para la elaboración de los ítems de los instrumentos de evaluación.

Paso 2

De los 11 artículos encontrados sobre estilos de vida saludables, en la tabla 124 se muestra el número de factores que se utilizaron, así como los factores de riesgo, y el número de ítems que fueron utilizados para la elaboración de los instrumentos de medición, además de incluir el año de publicación y el (los) autor (es).

Tabla 124. Revisión bibliográfica de la dimensión estilos de vida saludables

Núm	Año de publicación	Autor(es)	Factores predictivos	Factores de riesgo	Ítems
1	2000	(Carlson, 2000)	6		52
2	2002	(Duaso & Cheung, 2002)		4	
3	2003	(Arrivillaga, Salazar, & Correa, 2003)	5	1	116/30
4	2004	(Calvo et al., 2004)	6	4	19
5	2005	(Elizondo, Guillén, & Aguinaga, 2005)	1	2	
6	2006	(Carreño, Vyhmeister, Grau, & Ivanovic, 2006)	6		48
7	2006	(Soares & de Sousa, 2006)	10		27
8	2007	(Sanabria, González, & Urrego, 2007)	6		90
9	2008	(Ratner, Sabal, Hernández, Romero, & Atalah, 2008)	3	1	
10	2008	(Martínez & Saldarriaga, 2008)	1		
11	2010	(Teng, Yen, & Fetzer, 2010)	5		22

Elaboración propia mediante la revisión de literatura

Paso 3

Del total de factores localizados anteriormente, éstos se agruparon por similitud, los cuales son mostrados en la tabla 125 mostrándose solamente aquellos que fueron mayormente presentados, destacándose los factores predictivos como lo son la actividad física, nutrición y la responsabilidad de la salud que tiene la propia persona, mientras que de los factores de riesgos asociados a los estilos de vida no saludables destacan el tabaquismo, el consumo de alcohol y el sedentarismo.

Tabla 125. Factores de estilos de vida saludables

Actividad Física	8
Nutrición	8
Responsabilidad de la salud	6
Crecimiento espiritual/Autoactualización	4
Manejo del estrés	4
Tabaquismo	4
Consumo de alcohol	3
Sedentarismo	3
Relaciones interpersonales	3
Hipertensión arterial	2

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Descripción de ítems.

Para esta actividad como se muestra en la tabla 126, de los cuestionarios utilizados por los autores únicamente se localizaron tres investigaciones que incluían sus ítems (autor 3, 4 y 11) el primer autor utiliza el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida y los dos últimos autores utilizan el Cuestionario Health Promotion Lifestyle II, el autor cuatro, solamente publica 19 ítems mientras que el autor 11 publica 30 de sus 48 ó 52 ítems originales, es importante mencionar que el autor siete incluye además la Escala de Estado de Salud (19 ítems) y el General Health Prescription Battery (18 ítems), sin embargo no incluye el cuestionario utilizado.

Anexo 1.2. Construcción de la Dimensión Calidad de Vida Laboral

Paso 2

A partir de los 17 artículos encontrados con instrumentos de medición sobre la calidad de vida laboral, se procede a la elaboración de matrices para cada uno de los constructos que muestran: año de la publicación del artículo, autor(es), factores, categorías, escalas numéricas y variables, etc. y en algunos casos el número de ítems que fueron utilizados para sustentar la parte metodológica de las investigaciones.

En la tabla 128, se desglosan, los factores o dimensiones, sus categorías, tipo de escalas numéricas, variables y número de ítems de las investigaciones empíricas y donde además de incluye el año de publicación y el nombre del autor (es).

Tabla 128. Revisión bibliográfica del constructo calidad de vida laboral

Núm.	Autor (es) y año de publicación	Factores	Categorías	Dimensiones	Escalas numéricas	Variables	ítems
1	(Efraty & Sirgy, 1990)		4	10			
2	(Coster, 1992)			12			
3	(Sirgy, Efraty, Siegel, & Jin Lee, 2001)		9	16			110
4	(Van, Edwards, & Easton)	6					23
5	(da Silva, Pedroso, Pillati, & de Francisco, 2009)		8				35
6	(de Figueiredo, Silva, Montanari, & Henriques, 2009).		8	20			
7	(Both, Nascimento, Sonoo, Lemos, & Borgatto, 2010)		8				34
8	(Gómez M. A., 2010)		7	30			74
9	(Martínez & Ros, 2010)			10		7	
10	(Shahbazi, Shokrzadeh, Bejani, Malekinia, & Ghoroneh, 2011)		8				

11	(Álvaro, Aranda, Preciado, & Valencia, 2010)	7	30	74
12	(Askum & Unler, 2011)		5	
13	(Garrido, Uribe, & Blanch, 2011)			14
14	(Bonilla, Franco, & Trinidad, 2012)	7	30	74
15	(Kanten & Sadullah, 2012)	8	21	
16	(Arif & Ilyas, 2013)	8		33
17	(Bhargava & Thakur, 2013)	5		

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Es importante destacar que en cinco de los artículos mencionados con anterioridad se utilizó como referencia el modelo de calidad de vida laboral propuesto en 1973 por Richard Walton (da Silva, Pedroso, Pillati, & de Francisco, 2009; de Figueiredo, et al., 2009; Both et al., 2010; Shahbazi et al., 2011; Katen & Sadullah, 2012), mientras que otros tres artículos fue utilizado el cuestionario GOHISALO propuesto por González (2009).

Paso 3

Del total de factores o dimensiones localizados anteriormente, éstos se agruparon por similitud, los cuales son enlistados en la tabla 129 mostrando solamente aquellas que fueron en su mayoría presentadas, destacándose las condiciones laborales/Seguridad, oportunidad de crecimiento personal y profesional, espacio vida-trabajo, integración social, salarios y compensaciones y otros, mientras que la salud se encuentra en las que menos son presentadas.

Tabla 129. Factores o dimensiones de la calidad de vida laboral

Condiciones de trabajo/Seguridad	15
Oportunidades de crecimiento personal y profesional	14
Espacio vida-trabajo	11
Integración social/clima social	9
Salario/ compensaciones	9
Desarrollo de las capacidades	7
Relevancia social/responsabilidad social	6
Soporte institucional/oportunidad de promoción	6
Satisfacción laboral	5
Carga de trabajo/autonomía	5
Bienestar logrado a través del trabajo el cual incluye la salud	5
Tensión laboral	4

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Por su relación con el trabajo, llámese objetiva o subjetiva la calidad de vida laboral abarca un gran número de dimensiones, sin embargo debido a que la investigación tiene el enfoque relacionado con la salud, se procedió a identificar los ítems relacionados a esta dimensión por lo que se considerarán: condiciones de trabajo/seguridad, y el bienestar logrado a través del trabajo en el cual se incluye la salud.

Paso 4

En este apartado se procedió a la agrupación de ítems de los instrumentos de evaluación que fueron utilizados por los autores, eliminando aquellos que si bien fueron mencionados, pero no fueron incluidos como puede verse en la tabla 130.

Tabla 130. Agrupación de ítems de los factores de calidad de vida laboral

Autor	Total de ítems	Condiciones de trabajo/seguridad	Oportunidad de crecimiento personal y profesional	Espacio vida trabajo	Integración social/clima social	Salario /compensaciones	Desarrollo de capacidades	Relevancia social/responsabilidad social	Tensión laboral	Bienestar logrado a través del trabajo
3	110	6	5	5	5	5	5	5		9
5	35	6	4	3	4	4	5	5		1
8,11,14	14	10	8	5			14			11
9	119/17 cvl	9	5	8		2	3		13	1
15	22	4		3		3	3	4		
16	33			3	3	2			4	
17	5	1	1			1				

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

A partir de esta información se procedió a la elaboración de las tablas 131 y 132 donde se concentran las descripciones de los ítems, para con posterioridad agruparlos de acuerdo a descripciones semejantes.

Tabla 131. Ítems de: Condiciones de trabajo/seguridad

<u>Autor</u>					
3	5	9	14	15	17
Ítems	Ítems	Ítems	Ítems	Ítems	Ítems
Me siento físicamente seguro en el trabajo	Cuánto está usted satisfecho con los equipos de seguridad para la protección individual y	El riesgo de accidente que tiene es bajo	Considero que recibo en cantidad suficiente los insumos necesarios para la realización de mis actividades laborales	equipos de seguridad y protección colectiva	
Mi lugar de trabajo es seguro e higiénico	Cuánto está usted satisfecho con la higiene (condiciones de trabajo) de su lugar de trabajo		Considero que la cantidad de los insumos que recibo para la realización de mis actividades laborales es la adecuada	Nivel de salubridad	Instalaciones sanitarias afectan la calidad de vida en el trabajo entre los ejecutivos?
Mi trabajo me quedo físicamente y mentalmente en forma		La limpieza y el orden en el lugar de trabajo es buena			
Los conserjes y personal de mantenimiento que tenemos en el trabajo hacen un buen trabajo manteniendo el lugar limpio e higiénico	En relación al uso de tecnología en el trabajo que hace usted ¿cómo se siente?	La duración del trayecto de su casa al trabajo es corto	Es mi grado de satisfacción a las condiciones físicas de mi área laboral (ruido-iluminación-limpieza)	Tecnología suficiente	
		Las condiciones térmicas de su puesto de trabajo (frio-calor-ventilación) son buenas			
		Las condiciones sonoras de su trabajo son buenas			
		La iluminación en el lugar de trabajo es aceptable			
			El siguiente es el grado de satisfacción que tengo en cuanto al sistema de seguridad social al que estoy adscrito		
			Con respecto a la forma de contratación con que cuento en este momento, me encuentro		
			Es mi grado de satisfacción con respecto a los planes de retiro con que se cuenta en este momento en la institución		
			Considero que mi empleo me ha permitido tener el tipo de vivienda con que cuento		
			Con respecto al turno de trabajo que tengo asignado me encuentro		
	Cuánto está usted satisfecho con su jornada de trabajo (cantidad de horas)	Su jornada de trabajo es aceptable (horas, turno)	En relación con la duración de mi jornada de trabajo me encuentro		
Mi trabajo no es demasiado estresante	En relación a su carga de trabajo (cantidad de trabajo) como se siente?	Cuando termino mi jornada de trabajo no me siento muy agotado	En cuanto a la cantidad de trabajo que realizo, mi grado de satisfacción es	cantidad de carga de trabajo	
La demanda física de mi trabajo no es peligrosa para mi salud y la seguridad	En relación al cansancio que su trabajo le causa ¿cómo se siente?	El esfuerzo físico que tiene que realizar en su trabajo habitual no exige grandes esfuerzos			

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Tabla 132. Ítems de: Bienestar logrado a través del trabajo. Se incluye la salud.

Autor					
3	5	9	14	15	17
Ítems	Ítems	Ítems	Ítems	Ítem	Ítems
Hago todo lo posible para mantenerme saludable y en forma			En mi trabajo se me realizan exámenes de salud periódicos (por parte de la institución)		
Muchos de mis compañeros de trabajo hablar mucho sobre la forma de reducir los riesgos para vivir una vida larga y saludable			Mi trabajo me permite acceder en cantidad y calidad a mis alimentos		
Todo el mundo en el trabajo parece hablar acerca de la aptitud, la salud, y comer bien			Desde mi perspectiva, mi ingesta diaria de alimentos es suficiente en cantidad y calidad		
		Las exigencias mentales de su trabajo no son excesivamente altas	Considero que el trabajo me ha permitido brindar el cuidado necesario para conservar la integridad de mis capacidades físicas mentales y sociales		
Mi supervisor viene a ser como el cuidado de mi salud personal			Cuento con la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales para el desempeño de mis actividades diarias (vestir, caminar, trasladarme, alimentarse, etc.)		
			cuento con la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales para el desempeño de mis actividades laborales		
			Me siento motivado para estar en activo en mi trabajo		
			Tengo la posibilidad de mejorar mi nivel de vida en base a mi trabajo en esta institución		
			Los problemas de salud más frecuentes de los trabajadores de mi institución pueden ser resueltos por los servicios de salud que me ofrece la misma		
			Considero que el puesto de trabajo que tengo asignado va de acuerdo con la preparación académica y/o capacitación		
			Considero que el logro de satisfactores personales que he alcanzado se deben a mi trabajo en la institución		
Mi trabajo ofrece buenos beneficios para la salud					
Mi supervisor hace lo mejor para protegernos de lesiones en el trabajo y los riesgos de salud relacionados con el lugar de trabajo					
No dudo en acercarme a mi supervisor para pedir tiempo libre para cuidar de un problema de salud					
(nombre de la organización) ofrece un buen paquete de beneficios de salud		Cuánto está usted satisfecho con los beneficios extras (alimentación, transporte, médico, dentista, etc.)			
(nombre de la organización) ofrece a sus empleados beneficios de salud que incluyen el uso de las instalaciones y programas de acondicionamiento físico					

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Con esta información y dado el enfoque de la investigación encaminada a la comunicación en salud se utilizarán los ítems que estén encaminados a mejorar la salud del trabajador, utilizando la estrategia de comunicación en salud.

Anexo 1.3. Construcción de la Dimensión Calidad de Vida en la Empresa como Componente de la RSE

Para el constructo “responsabilidad social empresarial”, donde ser socialmente responsable conlleva el compromiso no solamente de cumplir las obligaciones que se adquieren por ley, sino de contribuir voluntariamente a mejorar económica y socialmente el entorno donde se encuentra inmersa la organización, cuatro son las líneas estratégicas de la responsabilidad social empresarial, dentro de la cual se encuentra la calidad de vida en la empresa, que al reconocer la importancia que tiene el recurso humano, se busca crear un ambiente de trabajo respetuoso, no discriminatorio, grato, seguro, con igualdad de oportunidades y desarrollo para todos sus miembros (CEMEFI, 2006; Server & Capó, 2009).

Paso 2

En la tabla 133, se desglosan, las dimensiones, sus factores, así como el número de ítems de las investigaciones empíricas localizadas, incluyendo además el año de publicación y el (los) autor(es).

Tabla 133. Revisión bibliográfica de calidad de vida en la empresa integrada a la responsabilidad social empresarial

	Autor (es) y año de publicación	Dimensiones	Factores	Ítems
1	(Hoffmeister, Benavides, & Peré, 2006)	5		40
2	(Mercado & García, 2007)	10	4	47
3	(Marín & Rubio, 2008)	4	1	29
4	(Alvarado & Schlesinger, 2008)	3	2	22
5	(Paredes, 2009)	2		
6	(Turker D. , 2009)	4		42
7	(Calderón, Álvarez, & Naranjo, 2011)	4		18
8	(Dopico, Rodríguez, & González, 2012)	10		27
9	(Tziner, Oren, Bar, & Kadosh, 2011)	4		42

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

De este constructo y de acuerdo a la tabla No. 134, se destaca el Modelo de Carroll que plantea las dimensiones de responsabilidad económica, legal, ética y discrecional,

además investigaciones que subdividen estas dimensiones a externa e interna, donde la interna incorpora la calidad de vida en la empresa.

Tabla 134. Agrupación de dimensiones de la responsabilidad social empresarial

Dimensiones	Autores								
Responsabilidad legal			3	4	5		7		9
Responsabilidad discrecional		2	3	4					
Responsabilidad ética			3	4					
Responsabilidad económica				4					
Dimensión interna Económica					5				9
Dimensión interna social	1	2	3		5	6	7	8	9
Dimensión interna medioambiental									
Dimensión externa económica		2	3		5	6		8	9
Dimensión externa sociocultural		2							
Dimensión externa ecológica		2				6	7		

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Paso 3

De igual manera en este apartado mostrado en las tablas 135 y 136 se procedió a la agrupación de ítems de los instrumentos de evaluación que fueron utilizados por los autores, eliminando aquellos que aunque sí mencionan el número de ítems que utilizaron en su investigación, no incluyen su cuestionario.

Tabla 135. Agrupación de ítems de acuerdo al modelo de Carroll

Autor	Responsabilidad legal	Responsabilidad económica	Responsabilidad ética	Responsabilidad discrecional (filantrópica)	Otras variables
3	4	4	5	4	12
4	2	3	2	4	11

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Tabla 136. Agrupación de ítems por dimensión externa e interna.

Autor	Calidad de Vida en la Empresa	Vinculación con la Sociedad	Ética Empresarial	Preservación del medio ambiente	No localizados los ítems
1	5				
2	13	10	8	8	8
6 y 9	10	16	8	8	
7	11	2	4	1	
8	8	19			

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Paso 4

De los cuestionarios utilizados por los autores (véase tabla 137), solamente los autores Hoffmeister (2005) los cuales están marcados con el núm.1 enfocan su cuestionario a la salud y seguridad y su relación con la responsabilidad social empresarial (mientras que el cuestionario elaborado por la autora del artículo cinco (Turker, 2009) sirvió de base para la investigación del autor nueve (Tziner et al., 2011), este cuestionario comprende todas las dimensiones de la responsabilidad social empresarial. Mientras que los restantes, 4, 7 y 8 solamente se han considerado los ítems relacionados a la calidad de vida en la empresa.

Tabla 137. Ítems de calidad de vida en la empresa integrada en la responsabilidad social empresarial

Autor						
1	3	4	5	7	8	9
Ítems	Ítems	Ítems	Ítems	Ítems	Ítems	Ítems
Además de las exigencias legales en cuanto a la prevención de riesgos laborales esta empresa, está realizando o ha realizado alguna otra actividad que contribuya positivamente a la salud y seguridad de sus trabajadores	La empresa cumple con la ley en lo referente a los beneficios y derechos de los empleados	Siempre respeta las normas definidas en la ley cuando desempeña sus actividades	Nuestra empresa cumple con la normatividad legal completa y rápidamente	Vela por que se cumplan todas la regulaciones relacionadas con los trabajadores	Fomenta medidas de discriminación positiva a mujeres	Nuestra empresa cumple con la normatividad legal completa y rápidamente
	Las políticas internas contemplan la no discriminación en el empleo a la hora de promocionar o remunerar		los empleados en nuestra empresa reciben un salario razonable para mantener una calidad de vida razonable	Diseña sistemas de compensación basadas en el desempeño	Fomenta medidas de discriminación positiva a minorías extranjeras	los empleados en nuestra empresa reciben un salario razonable para mantener una calidad de vida razonable
	Tenemos programas que favorecen la diversidad en el empleo		Creo que nuestra empresa ofrece igualdad de oportunidades a todos sus empleados		Fomenta medidas de discriminación positiva a discapacitados	Creo que nuestra empresa ofrece igualdad de oportunidades a todos sus empleados
			Nuestra empresa ofrece una amplia gama de beneficios indirectos para mejorar la calidad de vida de los empleados		Ponen en marcha programas sobre salud de los trabajadores	Nuestra empresa ofrece una amplia gama de beneficios indirectos para mejorar la calidad de vida de los empleados
	Nuestra empresa apoya financieramente que los empleados reciban formación		Nuestra empresa apoya a los empleados que desean adquirir educación adicional	crea un ambiente donde las personas tengan la oportunidad de aprender, crecer y desarrollarse	Implementan programas de formación y desarrollo personal de los trabajadores	Nuestra empresa apoya a los empleados que desean adquirir educación adicional
			Nuestras políticas empresariales proporcionan un entorno de trabajo seguro y saludable para todos los empleados		Ponen en marcha medidas para fomentar la participación de los empleados	Nuestras políticas empresariales proporcionan un entorno de trabajo seguro y saludable para todos los empleados
	La política de horarios es flexible para que se compatibilice el trabajo y la vida personal		Nuestra empresa implementa políticas flexibles para proporcionar un buen trabajo y equilibrio entre la vida para sus empleados		Realizan evaluaciones sobre la satisfacción de los empleados	Nuestra empresa implementa políticas flexibles para proporcionar un buen trabajo y equilibrio entre la vida para sus empleados
			Hay un número suficiente de oportunidades para desarrollar mis habilidades en mi trabajo actual			Hay un número suficiente de oportunidades para desarrollar mis habilidades en mi trabajo actual
			Nuestras políticas empresariales animan a los empleados a desarrollar sus habilidades y carreras	Vela por que los trabajadores desarrollen permanentemente competencias acordes con la proyección de la organización		Nuestras políticas empresariales animan a los empleados a desarrollar sus habilidades y carreras
			la gestión de nuestra empresa se centra principalmente en las necesidades de los empleados			la gestión de nuestra empresa se centra principalmente en las necesidades de los empleados
			Las decisiones de gestión relacionadas con los empleados suelen ser justas			Las decisiones de gestión relacionadas con los empleados suelen ser justas
Se realiza una vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores, en función de los riesgos propios del trabajo						

Elaboración propia a partir de la revisión de literatura

Para este paso, se han tomado algunos de los ítems del cuestionario (se muestran con el número original) elaborado por Benavides et al., 2004 en cuya investigación relaciona las dimensiones de la responsabilidad social corporativa con la salud y seguridad en el trabajo.

Anexo 2. Operacionalización de las Variables con sus Ítems

Variable	Dimensiones	Subdimensión	Descriptor	Conductas	Ítems	
Comunicación en Salud	Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional	Comunicación interna	Correo electrónico, página de internet, telefonía, revistas internas, tableros informativos	Utilización de la comunicación interna para difusión e información de temas de salud entre los trabajadores	En la empresa se utilizan la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre los beneficios de hábitos alimenticios saludables	
					En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc., para informar a los trabajadores sobre los beneficios de realizar ejercicio físico	
					En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc., para informar a los trabajadores sobre alternativas, recursos y servicios existentes para desarrollar una alimentación equilibrada o cómo hacer actividad física en el lugar de trabajo	
			Programas educativos	Organización de actividades de enseñanza-aprendizaje donde se incluyen temas relacionados a la salud	Se exhiben carteles o se entregan folletos para comunicar sobre los cuidados de la salud	
					En la empresa se llevan a cabo sesiones informativas de sensibilización para dar a conocer las ventajas de la alimentación saludable y la actividad física	
					En la empresa se imparten programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	
	Promoción de estilos de vida saludables utilizando la comunicación organizacional	Comunicación interna	Estilos de vida saludables	Ejercicio físico	Se promueve la reducción del consumo de sal	
					Se elimina el consumo de grasas trans	
					En la empresa se llevan a cabo actividades para	
			Programas para prevención de enfermedades	Alimentación	Autocuidado	En la empresa se promueve la cultura de la salud y el autocuidado
					En la empresa se llevan a cabo programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	
					En la empresa se llevan a cabo programas para promover hábitos alimenticios saludables	
Evaluación y difusión de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores	Comunicación interna	Información y difusión de resultados	Programas para prevención de enfermedades	En la empresa se llevan a cabo programas para prevenir las enfermedades cónico-degenerativas		
				En su empresa se llevan a cabo programas para la prevención integral de las adicciones		
				En la empresa se llevan a cabo programas para el control de riesgos cardiovasculares (hipertensión arterial, colesterol, obesidad)		
		Evaluación de las actividades	Evaluación e impacto de impacto que tienen las actividades encaminadas a mejorar la salud de los trabajadores	Se ha elaborado un código de buenas prácticas vinculadas a la salud de los trabajadores		
				Se difunden por todos los niveles de la empresas, las actividades y resultados de las acciones que se llevan a cabo en relación a la salud de los trabajadores		
				En las memorias de la empresa o en otros documentos de difusión externa se incluyen el impacto que tienen las actividades encaminadas a mejorar la salud de los trabajadores		
La empresa tiene algún mecanismo de verificación						
Se realiza alguna evaluación que les permita conocer cuáles fueron los resultados de los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores						
Se evalúa el impacto que tienen las medidas de salud de los trabajadores en la calidad de vida en la empresa						
Se evalúa el impacto que tienen las medidas de salud de los trabajadores sobre el desempeño empresarial (rentabilidad, productividad, reducción de costos, etc.)						
Hay un compromiso real y efectivo por parte de la alta dirección para mejorar la salud de los trabajadores Considerando las acciones emprendidas durante los últimos años, usted cree que han redundado en la protección y mejora de la salud de los trabajadores						

Elaboración propia mediante la revisión de literatura

Variable	Dimensiones	Subdimensiones	Descriptorios	Conductas	Ítems		
Calidad de Vida Laboral	Condiciones de trabajo/ Salud	Salud de los trabajadores	Actividades encaminadas a mejorar la salud de los trabajadores	Participación en asuntos de salud	<p>Qué grado de participación existe por parte de los trabajadores o de sus representantes en temas de salud</p> <p>En la empresa es una política proporcionar un entorno de trabajo seguro y saludable para todos sus empleados</p>		
				Política Institucional	<p>Está garantizada la continuidad de todas las acciones orientadas a mejorar la salud de los trabajadores</p> <p>Las acciones para mejorar la salud de los trabajadores se encuentran integradas en la política de la dirección</p>		
				Contribución de actividades	<p>Además de las exigencias legales en cuanto a la prevención de riesgos laborales, esta empresa está realizando o ha realizado alguna otra actividad que contribuya positivamente a la salud de sus trabajadores</p>		
				Revisiones médicas	<p>En la empresa se realiza una vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores</p> <p>En la empresa se respeta el carácter voluntario de las revisiones médicas, así como el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con la salud del trabajador</p>		
				Control del estrés	<p>Los resultados de la vigilancia de la salud son comunicados a los trabajadores</p> <p>En la empresa se llevan a cabo programas de ejercicios de relajación para controlar el estrés</p>		
	Bienestar logrado a través del trabajo el cual incluye la salud	Prestaciones y servicios adicionales que brindan las empresas	Cuidado de la salud dentro y fuera del lugar del trabajo	Beneficios otorgados de manera adicionales a las prestaciones que obliga la normatividad laboral y que son ofrecidos por las empresas para atraer o retener empleados calificados	Tiempo libre y de ocio	<p>En su empresa se lleva a cabo la organización de actividades recreativas y de ocio</p>	
					Satisfacción de necesidades logradas	Satisfacción de necesidades logradas por y en el trabajo	<p>Su empresa ofrece seguro de gastos médicos</p> <p>Su empresa ofrece programas de acondicionamiento físico</p>
							<p>Su empresa ofrece beneficios económicos a los empleados que adopten estilos de vida saludables</p> <p>La empresa provee suficientes recursos para mejorar la salud de los trabajadores (presupuesto, staff, infraestructura, formación de recursos humanos, etc)</p>
							<p>En su empresa, se ofrece el servicio de alimentos a sus empleados</p> <p>Se ofrecen menús saludables en el comedor de la empresa</p>
					<p>Se incluye en el servicio de comidas los cuatro grupos básicos de nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)</p>		

Elaboración propia mediante la revisión de literatura

Anexo 3. Instrumento de Medición Después de la Revisión de Literatura

Instrumento de Medición

Buenos días/tardes:

La presente investigación tiene la finalidad de elaborar un diagnóstico comparativo entre empresas de más de 100 empleados que cuentan con el distintivo "Socialmente Responsable" y las que no en Ciudad Juárez, Chihuahua, para conocer las actividades que desarrollan utilizando como estrategia la comunicación en salud para promover los estilos de vida saludables y cómo se relaciona con la calidad de vida en la empresa. Es por esta razón que le pedimos nos responda las siguientes preguntas las cuales son totalmente anónimas y confidenciales. Muchas gracias

Fecha _____

Datos de caracterización

Unidad económica donde labora

Industria manufacturera	<input type="radio"/>	Servicios educativos	<input type="radio"/>
Comercio al por menor	<input type="radio"/>	Servicios de salud y asistencia social	<input type="radio"/>
Comercio al por mayor	<input type="radio"/>	Transportes, correos o almacenamientos	<input type="radio"/>
Servicios profesionales, científicos y técnicos	<input type="radio"/>	Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas	<input type="radio"/>
Información en medios masivos	<input type="radio"/>	Otros servicios, excepto gubernamentales	<input type="radio"/>
Construcción	<input type="radio"/>		
Servicio de apoyo a los negocios y manejo de desechos y servicios de remediación (seguridad privada, agencia de colocaciones, servicios de limpieza, control de plagas, recolección de basura, etc.)			<input type="radio"/>

Cargo _____

Formación académica _____ **Sexo** F M

Antigüedad en la empresa _____ **Año de nacimiento** _____

		Siempre	Muchas veces	A veces	solo alguna vez	Nunca
1	En la empresa se vive la cultura de la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	En la empresa se promueve el autocuidado, es decir, todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para fomentar la prevención de enfermedades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	En la empresa se ofrecen programas de prevención de enfermedades crónico-degenerativas como lo son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	En la empresa se llevan a cabo sesiones informativas para dar a conocer las ventajas de la alimentación saludable y la actividad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre los beneficios de realizar ejercicio físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre los beneficios de hábitos alimenticios saludables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre alternativas, recursos y servicios existentes para desarrollar una alimentación equilibrada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Su empresa otorga reconocimientos a los empleados que adoptan estilos de vida saludables, es decir, aquellas acciones que realiza una persona que repercutirán en su bienestar físico a corto y largo plazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	En la empresa existen medios audiovisuales que les presente programas relacionados con los cuidados de la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	En la empresa es parte de sus políticas y procedimientos proporcionar un entorno de trabajo seguro y saludable para todos sus empleados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	En la empresa se monitorea el estado de salud de los trabajadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	En la empresa se respeta el carácter voluntario de las revisiones médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	En la empresa se respeta la confidencialidad de la información relacionada con la salud del trabajador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Los resultados del monitoreo del estado de salud es comunicado a los trabajadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Participación en todas las partes del proceso	Participación en algunas partes del proceso	Consulta	Sólo difusión de información	Ninguna
16	Que grado de participación existe por parte de los trabajadores en temas de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Siempre	Muchas veces	A veces	solo alguna vez	Nunca
17 Además de las exigencias legales en cuanto a la prevención de riesgos laborales, esta empresa, está realizando o ha realizado alguna otra actividad que contribuya positivamente a la salud de sus trabajadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Su empresa ofrece:</i>					
18 Seguro de gastos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Instalaciones para el acondicionamiento físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>En su empresa se llevan a cabo estas actividades</i>					
20 Control de riesgos cardiovasculares (hipertensión arterial, colesterol, obesidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 Campañas para perder peso a través de la vigilancia del departamento médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Organización de actividades recreativas y de ocio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Programas para promover hábitos alimenticios saludables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 Programas para la prevención integral de las adicciones (alcohol, tabaco y otras drogas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Programas de ejercicios de relajación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 Pausas para la salud dentro de la jornada de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 Promoción de actividades físicas de recreo como caminar, nadar, andar en bicicleta, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 Utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre cómo hacer actividad física en el lugar de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 Servicio de alimentos para sus empleados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 Se ofrecen menús saludables en el comedor de la empresa, es decir se integran productos frescos como frutas y verduras, legumbres, pescados y se limita en lo posible los alimentos ricos en azúcares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 Se incluyen en las comidas los cuatro grupos básicos de nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 En la empresa se promueve la reducción del consumo de sal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 En la empresa se promueve que los trabajadores limiten el consumo de grasas trans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 Se realiza alguna evaluación que les permita conocer cuáles fueron los resultados de los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Para contestar las preguntas que vienen a continuación considere TODAS las acciones que realiza la empresa, tanto las acciones preventivas obligatorias como las acciones que la empresa realiza de manera voluntaria.</i>					
<i>De las siguientes afirmaciones, me podría indicar el nivel de logro que tienen dentro de la empresa.</i>					
	Totalmente logrado	Logro considerable	Poco avance	No se ha iniciado	Otro
36 Se ha elaborado un código de buenas prácticas vinculado a la salud de los trabajadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 Está garantizada la continuidad de todas las acciones orientadas a mejorar la salud de los trabajadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 Las acciones para mejorar la salud de los trabajadores se encuentran integradas a las políticas y procedimientos de la organización	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39 Se difunde, en todos los niveles de la empresa, las actividades y los resultados de las acciones que se llevan a cabo en relación a la salud de los trabajadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40 En las memorias de la empresa o en otros documentos de difusión externa se incluyen el tema de salud de los trabajadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41 La empresa tiene algún mecanismo de verificación pública de su desempeño en salud de los trabajadores (auditorías legales y otras voluntarias, rendición de cuentas, certificaciones)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42 Se evalúa el impacto que tienen las medidas de salud de los trabajadores en la calidad de vida en el trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43 Se evalúa el impacto que tienen las medidas de salud de los trabajadores sobre el desempeño empresarial (rentabilidad, productividad, reducción de costes, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44 La empresa provee suficientes recursos para mejorar la salud de los trabajadores (presupuesto, staff, infraestructura, formación, recursos humanos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45 Hay un compromiso real y efectivo por parte de la alta dirección para mejorar la salud de los trabajadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46 Considerando las acciones emprendidas durante los últimos años, usted cree que han redundado en la protección y mejora de la salud de los trabajadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Siempre	Muchas veces	A veces	solo alguna vez	Nunca
47 Conoce o ha escuchado hablar de la Responsabilidad Social Empresarial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De las siguientes afirmaciones, podría indicar si incentiva el desarrollo de prácticas de Responsabilidad Social en la empresa					
	Mucho	Bastante	Regular	Un poco	Nada
48 La mejora de la imagen y reputación empresarial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49 La mejora de la actuación financiera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50 La reducción de costos operativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51 La obtención de ventajas competitivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52 Podría enlistar las acciones voluntarias orientadas a mejorar la salud del trabajador que está realizando la empresa

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

53 Que departamento o quién es el encargado de implementar los programas orientados a mejorar la salud de los trabajadores

54 Considera a su empresa "socialmente responsable"

Si No

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 4. Validez de Contenido. Información Personal de Jueces

Directivos de las Unidades Económicas

Juez 1

Rodolfo Elías Ruiz Cárdenas. Médico Cirujano, con Maestrías en Salud Pública y en Ciencias de la Educación, se desempeña actualmente como Epidemiólogo en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la clínica No. 48, su experiencia profesional en esta área es de 20 años, además de ser docente en el Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, con una experiencia de más de 30 años.

Juez 2

Patricia Mercado Salgado. Doctora en Administración, actualmente es Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Contaduría y Administración en la Universidad Autónoma del Estado de México, miembro del Sistema Nacional de Investigadores de CONACYT.

Juez 3

Gerardo Ochoa Meza. Psicólogo, con Doctorado en Psicología, actualmente es docente investigador de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, con 34 años de experiencia, su área de especialización es la construcción y validación de instrumentos de medición.

Juez 4

Miguel Ángel Isla Islas (qepd). Licenciado en Administración de Empresas, con Diplomado en Alta Dirección y Maestría en Administración por el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, con una experiencia de 29 años en el área de Recursos Humanos en la industria automotriz, electrónica, textil y de servicios, actualmente consultor en el área de Recursos Humanos y Relaciones Laborales en Ciudad Juárez y El Paso, Tx., además de ser docente a lo largo de 30 años en el

Instituto de Ciencias Sociales y Administración de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez .

Juez 5

Luis Flores Padilla. Doctor en Salud Pública e investigador del Instituto Mexicano del Seguro Social, miembro del Sistema Nacional de Investigadores de CONACYT.

Juez 6

Francisco Javier García Heredia. Candidato a Doctor en Gestión Educativa. Cuenta con una experiencia de más de 20 años en el Área de Recursos Humanos en empresas maquiladoras, instituciones financieras y empresas privadas, además es docente de tiempo completo en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Campus Nuevo Casas Grandes, Chih.

Juez 7

Héctor Carreón Mendoza, Doctor en Ciencias de la Administración por la Universidad Nacional Autónoma de México; cuenta con una experiencia de más de 32 años en la industria maquiladora en las áreas de entrenamiento y desarrollo organizacional, ha sido catedrático en instituciones de educación superior como el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey campus Chihuahua y Ciudad Juárez, Universidad Autónoma de Coahuila, Universidad Del Valle De México y actualmente en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Trabajadores de las Unidades Económicas

Para validar el instrumento de medición enfocado a los trabajadores de las unidades económicas de Ciudad Juárez se solicitó la participación de seis expertos, cuatro el área de Salud, de éstos dos especialistas en Salud Pública y dos Médicos Cirujanos especialistas en salud laboral, un Maestro en Administración experto en el área de Recursos Humanos y un Licenciado en Sociología experto en Mantenimiento Industrial y Académico, para resguardar el anonimato únicamente se les solicitó la firma e

iniciales en la carta de aceptación de participar como expertos, por lo cual no se detallan nombres ni tiempo de experiencia laboral.

Anexo 6. Porcentaje de Acuerdo por Expertos. Escala Totalmente de Acuerdo

Comprensión								
Ítem	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Experto 6	Experto 7	Ítem IVC
								%
1	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
2	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
3	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
4	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
5	✓	✓	✓	✓		✓	✓	85.7
6	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
7	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
8	✓		✓			✓	✓	57.1
9	✓				✓	✓	✓	57.1
10	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
11	✓	✓		✓		✓	✓	71.4
12	✓			✓	✓	✓	✓	71.4
13	✓	✓		✓	✓	✓	✓	85.7
14	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
15	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100.0
16	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
17	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
18	✓	✓		✓	✓	✓	✓	85.7
19	✓	✓		✓		✓	✓	71.4
20	✓	✓		✓	✓	✓	✓	85.7
21	✓	✓		✓		✓	✓	71.4
22	✓			✓	✓	✓	✓	71.4
23	✓	✓		✓		✓	✓	71.4
24	✓	✓		✓		✓	✓	71.4
25	✓			✓	✓	✓	✓	71.4
26	✓			✓		✓	✓	57.1
27	✓	✓		✓		✓	✓	71.4
28	✓	✓	✓	✓		✓	✓	85.7
29	✓	✓		✓	✓	✓	✓	85.7
30	✓	✓		✓	✓	✓	✓	85.7
31	✓	✓		✓	✓	✓	✓	85.7
32	✓			✓	✓	✓	✓	71.4
33	✓	✓		✓	✓	✓	✓	85.7
34	✓	✓		✓	✓	✓	✓	85.7
35	✓	✓		✓		✓	✓	71.4
36	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100.0
37	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
38	✓	✓	✓	✓		✓	✓	85.7
39	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100.0
40	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100.0
41	✓	✓		✓	✓	✓	✓	85.7
42	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	100.0
43	✓	✓	✓	✓		✓	✓	85.7
44	✓	✓	✓	✓		✓	✓	85.7
45	✓	✓	✓	✓		✓	✓	85.7
46	✓		✓	✓		✓	✓	71.4
47	✓		✓	✓		✓	✓	71.4
48	✓				✓	✓	✓	57.1
49	✓		✓	✓	✓	✓	✓	85.7
50	✓		✓		✓	✓	✓	71.4
Suma	50	27	27	46	33	50	50	4041.9
proporción relevante	1.00	0.54	0.54	0.92	0.66	1.00	1.00	81%
Promedio	81%							

*IVC = Índice de validez de contenido

Anexo 7. Porcentaje de Acuerdo por Expertos. Todas las Escalas

Comprensión								
Ítem	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No respondió	Total
	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)	(n/r)	
	%	%	%	%	%	%	%	%
1	85.7			14.3				100.0
2	85.7			14.3				100.0
3	85.7						14.3	100.0
4	85.7						14.3	100.0
5	85.7	14.3						100.0
6	85.7						14.3	100.0
7	85.7						14.3	100.0
8	57.1	14.3	14.3				14.3	100.0
9	57.1	28.5					14.3	100.0
10	85.7	14.3						100.0
11	71.4	28.5						100.0
12	71.4	28.5						100.0
13	85.7	14.3						100.0
14	85.7						14.3	100.0
15	100.0							100.0
16	85.7			14.3				100.0
17	85.7	14.3						100.0
18	85.7	14.3						100.0
19	71.4	14.3			14.3			100.0
20	85.7	14.3						100.0
21	71.4	14.3			14.3			100.0
22	71.4	14.3	14.3					100.0
23	71.4	14.3			14.3			100.0
24	71.4	14.3			14.3			100.0
25	71.4	14.3					14.3	100.0
26	57.1		28.5		14.3			100.0
27	71.4		14.3		14.3			100.0
28	85.7				14.3			100.0
29	85.7		14.3					100.0
30	85.7	14.3						100.0
31	85.7	14.3						100.0
32	71.4	14.3	14.3					100.0
33	85.7	14.3						100.0
34	85.7	14.3						100.0
35	71.4	14.3			14.3			100.0
36	100.0							100.0
37	85.7						14.3	100.0
38	85.7				14.3			100.0
39	100.0							100.0
40	100.0							100.0
41	85.7	14.3						100.0
42	100.0							100.0
43	85.7				14.3			100.0
44	85.7				14.3			100.0
45	85.7				14.3			100.0
46	71.4	14.3			14.3			100.0
47	71.4			14.3	14.3			100.0
48	57.1	28.5					14.3	100.0
49	85.7						14.3	100.0
50	71.4					14.3	14.3	100.0

Anexo 8.

Validación de Contenido. Índice de Concordancia Kappa de Fleiss

ítem	Categorías					
	5 Totalmente de acuerdo	4 De acuerdo	3 Parcialmente de acuerdo	2 Parcialmente en desacuerdo	1 Desacuerdo	0 Totalmente en desacuerdo y no contestó
1	6			1		
2	6			1		
3	6					1
4	6					1
5	6	1				
6	6					1
7	6					1
8	4	1	1			1
9	4	2				1
10	6	1				
11	5	2				
12	5	2				
13	6	1				
14	6					1
15	7					
16	6			1		
17	6	1				
18	6	1				
19	5	1			1	
20	6	1				
21	5	1			1	
22	5	1	1			
23	5	1			1	
24	5	1			1	
25	5	1				1
26	4		2		1	
27	5		1		1	
28	6				1	
29	6		1			
30	6	1				
31	6	1				
32	5	1	1			
33	6	1				
34	6	1				
35	5	1			1	
36	7					
37	6					1
38	6				1	
39	7					
40	7					
41	6	1				
42	7					
43	6				1	
44	6				1	
45	6				1	
46	5	1			1	
47	5			1	1	
48	4	2				1
49	6					1
50	5					2
total	283	29	7	4	14	13

Anexo 8.1. Procedimiento. Índice de Concordancia Kappa de Fleiss

Con la información mostrada en el anexo 8 se procede a calcular el Índice de Concordancia Kappa de Fleiss mediante los siguientes pasos:

Primero con la información hasta ahora conocida se determinan:

m= número de jueces (7)

k= categorías (6)

n= número de ítems (50)

Suma de las celdas (50 x 7) = 350

Segundo, se elabora una tabla que muestre los ítems y categorías y el número de jueces que pueden estar desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo.

Tabla 138. Validación de contenido mediante el índice de concordancia Kappa de Fleiss

Ítem	Categorías					
	5 Totalmente de acuerdo	4 De acuerdo	3 Parcialmente de acuerdo	2 Parcialmente en desacuerdo	1 Desacuerdo	0 Totalmente en desacuerdo y no respondió
1	6			1		
2	6			1		
3	6					1
4	6					1
5	6	1				
6	6					1
7	6					1
8	4	1	1			1
9	4	2				1
10	6	1				
11	5	2				
12	5	2				
13	6	1				
14	6					1
15	7					

En la tabla 138 se muestran solamente los primeros 15 ítems del instrumento de medición, en ella puede observarse que para el ítem número uno, seis jueces le dieron la categoría más alta y solamente un juez le otorgó una categoría distinta, siguiendo este mismo proceso se va vaciando los datos obtenidos conforme se va recopilando la información recibida por los jueces o expertos. La información completa de estas categorías puede consultarse en el anexo 8.

El siguiente paso consiste en determinar los valores de la proporción de asignación (Pj) utilizando la siguiente fórmula (Fleiss, 1971).

$$P_j = \frac{1}{Nn} \sum_{i=1}^N n_{ij} \quad P_j = \frac{13}{50 \cdot 7}$$

Entonces se tendrían los siguientes valores:

Tabla 139. Determinación de la proporción de las asignaciones

Validación de contenido utilizando el índice de concordancia Kappa de Fleiss						
ítem	Categorías					
	5	4	3	2	1	0
1	6			1		
2	6			1		
3	6					1
4	6					1
5	6	1				
6	6					1
7	6					1
8	4	1	1			1
9	4	2				1
10	6	1				
12	5	2				
48	4	2				1
49	6					1
50	5					2
total	283	29	7	4	14	13
Pj	0.80857143	0.08285714	0.0200000	0.01142857	0.0400000	0.03714286

La proporción de las asignaciones se visualiza en la tabla 139, para ello es necesario dividir el total recibido para cada categoría entre el número total de celdas (283/350). Así encontramos que para $P_{j1} = 0.8085$, para $P_{j2} = 0.0828$ $P_{j6} = .0371$

Tabla 140. Resultados obtenidos de la validación de contenido mediante el índice de concordancia Kappa de Fleiss

ítem	Categorías					
	5	4	3	2	1	
1	6			1		
2	6			1		
3	6					1
4	6					1
5	6	1				
6	6					1
7	6					1
8	4	1	1			1
9	4	2				1
10	6	1				
12	5	2				
48	4	2				1
49	6					1
50	5					2
total	283	29	7	4	14	13
P_j	0.80857143	0.08285714	0.0200000	0.01142857	0.0400000	0.03714286
\bar{p}_e	0.15478367	0.07599184	0.0196000	0.01129796	0.0384000	0.03576327
k	-0.07677162	-0.04021198	0.0281827	-0.01156069	-0.04166667	-0.01194552

En la tabla 140 se muestran los resultados obtenidos de \bar{p}_e y k

Donde:

$$\begin{aligned}
 k &= 6 & \bar{p}_e &= 0.03299812 \\
 m &= 7 & \text{kappa} &= 0.635594346 \\
 n &= 50 & \text{se} &= 0.01984115 \\
 \bar{p} &= 0.647619048 & z &= 32.03414911
 \end{aligned}$$

La fórmula utilizada para los resultados anteriores se presenta a continuación (Fleiss, 1971).

$$\kappa = \frac{\bar{P} - \bar{P}_e}{1 - \bar{P}_e} \quad k = \frac{0.647619048 - 0.03299812}{1 - 0.03299812} = 0.635594$$

El índice de concordancia entre jueces presenta un resultado de 0.635594, y de acuerdo a la interpretación mostrada en la tabla 36 el resultado se encuentra en sustancial, por lo cual su validez es aceptable, este acuerdo puede ser visualizado en la tabla 36, el cual fue propuesto por Fleiss (1981) y citado por Torres & Perera, (2009),

Anexo 9. Comentarios y Redacción Alternativa

Anexo 9.1 Comentarios

Experto 1	<ol style="list-style-type: none">1. Las empresas entienden ya el significado salud-autocuidado3. Si entienden las empresas el concepto5. Institucionalización de "pausa para la salud"8. Se desarrolla y funciona en otros países (Brasil-Ecuador)11. Salud en el trabajo-empresa12. Validar el carácter de confidencialidad16. Opciones, alternativas de atención otros que no son públicas19. Es parte del proceso salud21. Es fomentar el compromiso que tiene la persona para cuidarse, acción26. Compromiso empresa-trabajador-ley federal27. Validación de ingredientes28. Compromiso o programas nacionales32. Validar compromisos establecidos al respecto normas33. Bueno, en la legalidad no existe la especificación al respecto37. Va de la mano la calidad de vida con el desempeño41. Existe un concepto empresarial que influye para no hacer programas porque el sistema de administración no permite el paternalismo en las empresas42. Sobresaliente
Experto 2	<ol style="list-style-type: none">1. a conjunción "y" construye dos preguntas en una y puede dejar en la indefinición al respondiente3. Sustituir "programas para prevenir" por programas de prevención4. Elegir alguna de las dos acciones "informar" "sensibilizar"7. Generar dos reactivos: uno para alimentación y otro para actividad física, pues ambas contribuyen a la salud8. "Sabemos en qué consiste esto? (estilos de vida saludables)9. Ambos reactivos se comprenden pero ¿por qué se toman equivalentes?11. Para no perder la riqueza del reactivo de Hoffmeister, et al, agregar lo referente a "riesgo del trabajo"12. Se haría dos reactivos: uno para las revisiones médicas y otra para la intimidad y confidencialidad14. Se haría dos reactivos, pues pudiera ser diferente el grado de participación de los trabajadores y de los representantes16. ¿Es lo mismo "paquete de beneficios de salud" que "seguro de gastos médicos"21. Yo especificaría "adicciones"26. ¿qué puede entenderse por esto? (menús saludables)28. Anotar ejemplos entre paréntesis. No es lo mismo limitar que eliminar32. ¿Se da continuidad o seguimiento a ?41. Considerar el término "últimos años" para identificar la unidad de análisis, es decir, la antigüedad laboral de los participantes en el estudio (DIRECTIVOS)45. Debe cambiarse a "costos"-46. Quitaría "estratégicas"47. No es lo mismo RSE que salud del trabajador

Experto 3	<p>49. ¿Sabrán los respondientes en qué consiste ser “socialmente responsable”</p> <p>50. Pregunta innecesaria</p> <p>1.Si es oración interrogativa agregar la puntuación correspondiente</p> <p>2. Si es oración interrogativa agregar la puntuación correspondiente</p> <p>3.Agregar uno o dos ejemplos de enfermedades como: diabetes, hipertensión</p> <p>4. Si es oración interrogativa agregar la puntuación correspondiente</p> <p>5. Agregar puntuación para interrogación</p> <p>7. Puntuación interrogativa</p> <p>8. Si la oración es interrogativa agregar puntuación</p> <p>24. Una parece personal y otra dirigida a la empresa</p> <p>26. La primera opción es mejor</p> <p>27. La primera opción es mejor</p> <p>29. Primera opción es mejor</p>
Experto 5	<p>3.-DM, HTA, etc.</p> <p>5. Se parece a la Núm. 4</p> <p>6. Se parece a la Núm. 4</p> <p>8. Debe definir que son estilos de vida para que sepan de que se trata</p> <p>11. De qué tipo clínica, nutricional o como define el autor estado de salud, para evitar confusión en las respuestas</p> <p>13. Es correcto comunicar los resultados de los empleados ?</p> <p>19. No tiene una coherencia lógica de la pregunta en relación al ocio ya que se preguntaba las actividades de control de enfermedades crónico degenerativas</p> <p>23. No sé si ya terminaron las preguntas de la empresa y ahora están las individuales</p> <p>26.Una parece personal y otra dirigida a la empresa</p> <p>27.Una parece personal y otra dirigida a la empresa</p> <p>28. Una parece personal y otra dirigida a la empresa</p> <p>29. Una parece personal y otra dirigida a la empresa</p> <p>35.Me parece que se repite con la anterior</p> <p>38. Las preguntas 37 y 38 son iguales</p> <p>43.Me parece mejor la segunda pregunta</p> <p>44. Me parece mejor la segunda pregunta</p> <p>47. Me parece mejor la segunda pregunta</p>

Anexo 9.2 Redacción Alternativa

Experto 2	<p>1. En la empresa se promueve el autocuidado * En la empresa se vive una cultura de la salud</p> <p>2. En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para fomentar la prevención de enfermedades</p> <p>4. En la empresa se llevan a cabo programas de prevención de enfermedades crónico-degenerativas</p> <p>10. Una política de la empresa es proporcionar un entorno de trabajo seguro y saludable para todos los empleados</p> <p>11. Se realiza una vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores en función de los riesgos propios del trabajo</p> <p>15. Además de las exigencias legales en cuanto a la prevención de riesgos laborales, esta empresa está realizando o ha realizado alguna actividad que contribuya positivamente a la salud de sus trabajadores</p> <p>17. Su empresa ofrece instalaciones para el acondicionamiento físico</p> <p>23. En la empresa se llevan a cabo programas de ejercicios de relajación</p> <p>27. Se incluyen en las comidas los cuatro grupos básicos de nutrientes</p> <p>31. ¿Será suficiente “la elaboración del código? ¿y la comunicación de dicho código?</p> <p>37. No es lo mismo ni equivalente el desempeño empresarial y CVL</p> <p>45. Con el desarrollo de prácticas de responsabilidad social empresarial se reducen costos operativos</p>
Experto 3	<p>3. ¿En su empresa se llevan a cabo programas para prevenir enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y/o hipertensión</p>
Experto 4	<p>1. Se maneja de manera constante como parte de la cultura de seguridad implementada por la empresa</p> <p>3. Campañas constantes durante todo el año, aunado con la feria anual de la salud organizada en las instalaciones de la planta</p> <p>8. Se hacen campañas para perder peso a través de la vigilancia del departamento médico y a los tres primeros ganadores se les entrega reconocimiento y una membresía en un gimnasio de la ciudad</p>

Anexo 10. Observaciones de Jueces

Directivos de las Unidades Económicas

Comentarios:

Juez 1

Propone conocer primero si las empresas entienden algunos conceptos, tal como salud-autocuidado, enfermedades crónico degenerativas y estilos de vida saludables, comprendidas en las preguntas 1, 3 y 8, institucionalización de “pausas para la salud” en la pregunta 5,asimismo propone validar “carácter de confidencialidad”, el resto de los comentarios se enfocan a los posibles resultados de la investigación.

Juez 2

Propone que en las preguntas 1, 4, 7, 12 y 14 se generen dos reactivos; para las preguntas 8, 21, 26 especificar “estilos de vida saludables, adicciones, menús saludables y socialmente responsable”; para la pregunta 28 sugiere anotar ejemplos, mientras tanto que para la pregunta 11 sugiere considerar la pregunta original, mientras que para las preguntas 45 cambiar la palabra costes por “costos” y para la pregunta 46 quitar la palabra “estratégicas”, asimismo considera que la pregunta 50 es innecesaria.

Juez 3

Sus comentarios se enfocan principalmente a corrección de estilo, asimismo en la pregunta 3 propone incorporar uno o dos ejemplos y manifiesta que para las preguntas 26, 27 y 28 la pregunta original es la mejor opción.

Juez 4

No expresa comentarios.

Juez 5

Propone que en la pregunta 3 se incorporen dos ejemplos, especificar “estilos de vida saludables y estado de salud” de las preguntas 8 y 11, asimismo existe confusión debido a que la pregunta original es de tipo personal, mientras que la pregunta

propuesta en el cuestionario es de tipo institucional, también manifiesta que en las preguntas 43, 44 y 47 la segunda opción es mejor.

Juez 6

Propone complementar la pregunta 29.

Juez 7

Propone conocer primero si en las empresas ya existe la cultura que promueva el autocuidado, asimismo 25 de sus comentarios son aprobatorios, considera que las preguntas 32, 41 y 43 debe ser contestada por los administradores, asimismo sugiere que la pregunta 42 puede ser contestada con un sí, no, no sé.

Redacción alternativa

Juez 1, 5 y 6

No hacen propuestas

Juez 2

En la pregunta dos sustituir programas para prevenir por programas de prevención.

Juez 3

Solamente propone una redacción alternativa en la pregunta tres, en ésta se incluyen dos ejemplos.

Juez 4

Su propuesta de redacción alternativa se podría considerar como comentarios, ya que expresa las actividades que llevan a cabo las empresas en materia de salud.

Juez 7

Propone una serie de redacciones alternativas, así como redacciones que se podría considerar como comentarios.

Trabajadores de las Unidades Económicas

Comentarios:

Juez 1. J.J.G.R.

No expresa comentarios

Juez 2. D.F.

Si ya sabemos que las preguntas son sobre la empresa en que trabajo no es necesario repetir en cada pregunta "En la empresa".

Pregunta 5. La mayoría de las empresas NO utilizan el término voluntario, ya que es un requerimiento de la Secretaría de Trabajo tener exámenes periódicos, por lo que la pregunta no deberá llevar esta parte lo demás sí, porque es confidencial.

Pregunta 7. En mi experiencia, nunca se le pide al trabajador opinión, por lo que a lo mejor NO debe preguntarle.

Pregunta 8. Tampoco debería existir esta pregunta ya que el 95% de los trabajadores no saben cuáles son los requerimientos u obligaciones legales que deben tener las empresas.

Pregunta 12. No todos comprenden el concepto crónico-degenerativo.

Pregunta 17. Deberá entre paréntesis poner ejemplos (drogas, tabaquismo, alcoholismo, etc.).

Preguntas 43, 44 y 45. A nivel operativo no sabrían sobre el tema.

Juez 3. J.L.R.C.

Pregunta 2. No en todas las empresas se promueve la cultura de la salud, el autocuidado en ocasiones solo en horarios laborales.

Pregunta 4. La pregunta está bien formulada aunque creo que la mayoría de las ocasiones no hay una vigilancia adecuada solo una atención en caso de emergencia o de ser requerida.

Pregunta 6. En forma personal y confidencia al tener anomalías.

Pregunta 12. Y orientar sobre el manejo de las mismas a quienes ya las padezcan.

Juez 4. R.E.R.C.

Pregunta 2. Anexar en tres palabras. Qué es cultura de la salud (uso de lentes, guantes, etc.) y qué es autocuidado (limpieza ejercicio, comida saludable).

Pregunta 5 se debe de tener documento de consentimiento informado y firmado.

Pregunta 9. Anexar entre paréntesis la definición (que cubre los gastos en caso de enfermedad o accidentes).

Pregunta 13. Cada una de ellas es una enfermedad que puede desencadenar un mal mayor.

Pregunta 22. Alimento que ejemplifique cada uno de ellos.

Pregunta 24. Definir qué tipo de grasas se elimina.

Juez 5. L.E.R.O.

Pregunta 1. Palabras política, entorno son de difícil comprensión

Pregunta 22. No manejar el concepto “grupos básicos de nutrientes” sino alimentos básicos en la dieta nutritiva.

Pregunta 24. Desconoce la mayoría que son las grasas trans, se recomienda la redacción de: Se elimina el consumo de grasas malas.

Pregunta 32. El significado de la política de la dirección.

Pregunta 41, 42 y 43. Con conceptos difíciles de comprender para personas con nivel escolar de primaria.

Juez 6. F.J.G.H.

Pregunta 9. Dividirla en dos ítems. En su empresa le ofrecen seguros de gastos médicos mayores y en su empresa le ofrecen seguros de gastos médicos menores.

Pregunta 10. En su empresa realizan actividades o programas de acondicionamiento físico

Pregunta 14. En su empresa realizan organización de actividades recreativos y de ocio.

Pregunta 16. En su empresa se promueven programas educativos sobre el cuidado de la salud personal.

Pregunta 18. En su empresa se promueven programas de ejercicio de relajación para controlar el estrés.

Pregunta 19. En su empresa se promueven actividades físicas de recreo como: caminar, nadar, andar en bicicleta, etc.

Anexo 13. Pasos. Confiabilidad del Instrumento de Medición

Una vez realizada la recopilación de la información, se procede a su captura, iniciando con la elaboración de la matriz de resultados y finalizando con la confiabilidad general del instrumento. Para este apartado se sigue el proceso metodológico propuesto por (Cortés, 2012) el cual consta de ocho pasos y que están detallados a continuación.

Paso 1

Se codifica la información y se diseña una sábana de resultados. Para este paso la autora sugiere una matriz en las que se pueden visualizar el número de sujetos, así como el valor que se le otorgó a cada uno de los ítems, además la puntuación total de cada uno de los cuestionarios. Debido a la amplitud de la información, tanto de ítems como de cuestionarios aplicados, en la tabla 141 se muestra solamente 10 de los sujetos que contestaron el cuestionario, así como 18 ítems y la puntuación total de cada uno de ellos, esta información puede ser consultada en el anexo 11.

Tabla 141 Codificación del cuestionario piloto

Sujeto	Preguntas																		Puntuación total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	49	50	51	
1	5	4	4	4	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	220
2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	3	3	3	4	4	4	109
3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	1	4	3	5	93
4	4	4	3	2	2	1	3	3	3	3	4	1	2	2	2	2	2	3	118
5	4	3	4	1	4	4	4	3	3	3	3	3	5	5	1	3	3	1	158
6	3	3	2	4	4	2	4	2	1	1	5	5	4	2	5	4	4	4	130
7	2	4	3	4	4	3	3	2	1	5	3	1	4	4	1	2	2	2	129
8	3	2	3	3	1	1	1	1	1	2	5	3	3	5	1	3	3	5	117
9	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	158
10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	5	5	1	2	2	4	85

Para elaborar la información mostrada en la tabla 142, se contó con la participación de 58 sujetos, codificando las respuestas de los 51 ítems en una escala de Likert de 5 puntos.

Tabla 142. Codificación de los ítems del cuestionario piloto

ítems	5	4	3	2	1
1-15, 17-35 y 47	Siempre	Muchas veces	A veces	Solo alguna vez	Nunca
16	Participación en todas las partes del proceso	Participación en algunas partes del proceso	Consulta	Solo difusión de información	Ninguna
36-46	Totalmente logrado	Logro considerable	Poco avance	No se ha iniciado	Otro
48-51	Mucho	Bastante	Regular	Un poco	Nada
52-53					Abierta
54					Dicotómica

Elaboración propia con la información del instrumento de medición

Como puede observarse la mayoría de las preguntas fueron codificadas en la escala de Likert que van desde siempre hasta nunca (35 ítems), mientras que 11 de ellos fueron codificados desde totalmente logrado hasta otros, uno solamente su codificación fue desde la participación en todas las partes del proceso hasta ninguna y por último cuatro ítems fueron codificados desde mucho hasta nada.

Paso 2

Ordenar de mayor a menor las puntuaciones totales otorgadas por cada sujeto al instrumento de medición.

Tabla 143. Ordenamiento de la puntuación total del cuestionario piloto que van de mayor a menor

Sujetos	Preguntas																	puntuación total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	49	50		51
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	255
1	5	4	4	4	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	220
14	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	215
22	4	3	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	215
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	3	3	198
26	5	4	4	2	4	3	2	2	3	4	5	4	4	4	3	5	5	5	196
43	3	3	5	4	4	5	5	5	2	3	5	2	4	4	3	4	5	5	196
29	3	3	2	1	4	3	4	2	2	2	5	3	3	5	4	5	5	5	190
33	3	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	4	4	5	179
23	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	5	5	4	3	4	173
13	5	4	4	5	3	3	3	4	3	5	5	4	4	4	4	5	5	5	170
39	3	3	5	3	2	5	5	4	3	4	4	3	5	5	4	4	4	4	169
50	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	3	5	5	3	5	5	5	163
5	4	3	4	1	4	4	4	3	3	3	3	3	5	5	1	3	3	1	158
9	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	158

Elaboración propia con los datos del cuestionario piloto

Como puede observarse en la tabla 143, los resultados de cada cuestionario piloto se muestran en puntuación total, como se había manifestado con anterioridad que debido a lo extenso de la matriz de codificación, la información completa puede ser consultada en el anexo 12.

Paso 3

Consiste en separar por bloques la puntuación obtenida, quedando dos bloques de 25% (puntuación más alta y puntuación más baja) y uno de 50% que contiene la puntuación intermedia.

Tabla 144. Distribución por bloques de la puntuación del cuestionario piloto

25%	Puntuación más alta	15 sujetos
50%	Puntuación intermedia	28 sujetos
25%	Puntuación más baja	15 sujetos

En la tabla 144 se puede observar cómo fue elaborada la distribución por bloques: para el bloque más alto y más bajo, se tomarán la puntuación total de los cuestionarios pilotos que corresponden a 14.5 sujetos (15 en número cerrado), esto es el 25% de un total de 58 cuestionarios, mientras que la puntuación intermedia correspondió a la puntuación asignada por los restantes 28 sujetos, esto es el 50% de los 58 sujetos del cuestionario piloto.

Tabla 145. Puntuación más alta del cuestionario piloto que corresponde al 25% del total de sujetos

25% más alto	Sujetos	Preguntas																			puntuación total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	49	50	51		
1	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	255	
2	1	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	220	
3	14	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	215	
4	22	4	3	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	215	
5	18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	3	3	198	
6	26	5	4	4	2	4	3	2	2	3	4	5	4	4	4	3	5	5	5	196	
7	43	3	3	5	4	4	5	5	5	2	3	5	2	4	4	3	4	5	5	196	
8	29	3	3	2	1	4	3	4	2	2	2	5	3	3	5	4	5	5	5	190	
9	33	3	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	4	4	5	179	
10	23	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	5	5	4	3	4	173	
11	13	5	4	4	5	3	3	3	4	3	5	5	4	4	4	5	5	5	5	170	
12	39	3	3	5	3	2	5	5	4	3	4	4	3	5	5	4	4	4	4	169	
13	50	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	3	5	5	3	5	5	5	163	
14	5	4	3	4	1	4	4	4	3	3	3	3	3	5	5	1	3	3	1	158	
15	9	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	158	

Elaboración propia con los datos del cuestionario piloto

En la tabla 145 se puede observar la puntuación más alta de 15 sujetos, esto es el 25% del total de la puntuación.

Tabla 146. Puntuación más baja del cuestionario piloto que corresponden al 25% del total de sujetos

25% más bajo	Sujetos	Preguntas																		puntuación total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	49	50	51	
1	31	4	4	5	1	1	1	1	1	2	2	2	1	4	3	3	3	3	3	99
2	19	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	2	2	94
3	3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	1	4	3	5	93
4	37	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	3	3	5	93
5	51	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	4	3	4	93
6	10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	5	5	1	2	2	4	85
7	35	3	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	4	5	1	1	1	1	85
8	36	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	85
9	54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	3	2	5	81
10	48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	4	1	2	2	2	78
11	11	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	4	77
12	12	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	3	3	1	1	1	75
13	56	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	4	3	75
14	57	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	70
15	55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		3			69

Elaboración propia con los datos del cuestionario piloto

Mientras que en la tabla 146 se observa de igual manera el 25% de la puntuación más baja, y que corresponde a 15 sujetos del total de 58 que contestaron el cuestionario piloto.

Tabla 147. Puntuación intermedia del cuestionario piloto

Puntuación intermedia	Sujetos	Preguntas																		puntuación total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	49	50	51	
1	40	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	5	4	2	5	4	4	5	3	155
2	42	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4	3	2	5	5	2	3	3	5	152
3	15	4	4	3	4	3	2	2	2	2	2	2	2	5	5	5	5	4	4	150
4	38	3	4	3	5	3	3	3	3	1	3	5	5	5	5	5	5	4	5	149
5	58	3	3	3	3	2	2	2	2	1	3	4	2	4	5	3	3	2	3	147
6	24	4	3	4	3	3	2	2	2	1	1	4	3	3	4	5	4	4	4	146
7	47	3	3	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3	3	4	1	2	1	143
8	27	5	5	4	3	1	1	1	2	1	3	3	4	4	5	3	4	4	3	136
9	25	4	4	5	2	2	1	2	1	2	3	3	2	3	4	3	3	4	4	135
10	16	2	2	4	4	1	2	1	1	3	1	4	3	3	4	3	4	4	4	133
11	6	3	3	2	4	4	2	4	2	1	1	5	5	4	2	5	4	4	4	130
12	7	2	4	3	4	4	3	3	2	1	5	3	1	4	4	1	2	2	2	129
13	34	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	5	1	5	5	5	127
14	28	5	1	2	2	1	1	1	1	1	2	5	1	5	5	5	4	4	4	124
15	46	3	2	5	3	2	2	2	2	1	2	2	1	3	5	5	4	3	4	123
16	4	4	4	3	2	2	1	3	3	3	3	4	1	2	2	2	2	2	3	118
17	8	3	2	3	3	1	1	1	1	1	2	5	3	3	5	1	3	3	5	117
18	32	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	4	2	2	4	2	2	2	2	116

19	44	5	5	1	3	4	1	1	1	1	1	4	4	4	2	5	4	4	4	115
20	45	3	2	1	3	3	1	1	1	3	1	3	4	4	2	3	4	4	4	113
21	20	5	4	2	2	1	1	1	1	1	1	4	2	5	3	3	3	3	112	
22	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	3	3	3	4	4	109	
23	52	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	3	3	2	3	106	
24	21	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	5	5	1	5	5	105	
25	49	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	4	4	104	
26	53	5	5	4	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	3	3	103	
27	17	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2	4	3	2	2	101	
28	41	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	5	5	100	

Elaboración propia con los datos del cuestionario piloto

La tabla 147 muestra la puntuación total que corresponde a la puntuación intermedia del cuestionario piloto, esto es 28 sujetos que se ubican en el 50% de los cuestionarios piloto contestados.

Paso 4

Solamente se tomarán en cuenta las puntuaciones más altas y las puntuaciones más bajas, eliminando la puntuación intermedia.

Tabla 148. Puntuaciones totales más altas y más bajas del cuestionario piloto

Sujetos	Preguntas																		puntuación total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	49	50	51	
1	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	255
2	1	5	4	4	4	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	4	5	220
3	14	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	215
4	22	4	3	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	215
5	18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	3	3	198
6	26	5	4	4	2	4	3	2	2	3	4	5	4	4	4	3	5	5	196
7	43	3	3	5	4	4	5	5	5	2	3	5	2	4	4	3	4	5	196
8	29	3	3	2	1	4	3	4	2	2	2	5	3	3	5	4	5	5	190
9	33	3	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	4	5	179
10	23	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	5	5	4	3	173
11	13	5	4	4	5	3	3	3	4	3	5	5	4	4	4	5	5	5	170
12	39	3	3	5	3	2	5	5	4	3	4	4	3	5	5	4	4	4	169
13	50	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	3	5	5	3	5	5	163
14	5	4	3	4	1	4	4	4	3	3	3	3	3	5	5	1	3	3	158
15	9	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	158
1	31	4	4	5	1	1	1	1	1	2	2	2	1	4	3	3	3	3	99
2	19	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	2	94
3	3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	1	4	3	93
4	37	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	3	3	93
5	51	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	4	3	93
6	10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	5	5	1	2	2	85
7	35	3	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	4	5	1	1	1	85
8	36	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	85
9	54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	3	2	81
10	48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	4	1	2	2	78
11	11	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	77
12	12	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	3	3	1	1	75
13	56	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	4	75
14	57	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	70
15	55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	69

Elaboración propia con los datos del cuestionario piloto

Eliminación de la puntuación intermedia, la cual corresponde al 50%, dejando únicamente la puntuación más altas (15 sujetos) y la puntuación más baja (15 sujetos), procediendo nuevamente a dividirla en bloques del 25% (puntuación más alta), 25% (puntuación más baja) y 50% (puntuación intermedia).

Tabla 149. Puntuaciones totales más altas, más bajas e intermedias para la segunda eliminación

	Sujetos	Preguntas																		puntuación total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	49	50	51	
1	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	255
2	1	5	4	4	4	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	220
3	14	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	215
4	22	4	3	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	215
5	18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	3	3	198
6	26	5	4	4	2	4	3	2	2	3	4	5	4	4	4	3	5	5	5	196
7	43	3	3	5	4	4	5	5	5	2	3	5	2	4	4	3	4	5	5	196
8	29	3	3	2	1	4	3	4	2	2	2	5	3	3	5	4	5	5	5	190
1	33	3	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	5	4	4	5	179
2	23	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	5	5	4	3	4	173
3	13	5	4	4	5	3	3	3	4	3	5	5	4	4	4	4	5	5	5	170
4	39	3	3	5	3	2	5	5	4	3	4	4	3	5	5	4	4	4	4	169
5	50	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	3	5	5	3	5	5	5	163
6	5	4	3	4	1	4	4	4	3	3	3	3	3	5	5	1	3	3	1	158
7	9	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	158
8	31	4	4	5	1	1	1	1	1	2	2	2	1	4	3	3	3	3	3	99
9	19	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	2	2	94
10	3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	3	1	4	3	5	93
11	37	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	3	3	5	93
12	51	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	4	3	4		93
13	10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	5	5	1	2	2	4	85
14	35	3	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	4	5	1	1	1	1	85
1	36	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4		85
2	54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	3	2	5	81
3	48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	4	1	2	2	2	78
4	11	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	4		77
5	12	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	3	3	1	1	1	75
6	56	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	4	3	75
7	57	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	70
8	55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		3			69

Elaboración propia con los datos del cuestionario piloto

La tabla 149 muestra nuevamente cómo fue distribuida las puntuaciones más altas y bajas que corresponde al 25% cada una y que está representada por ocho sujetos de los 30 que se tomaron como base para esta distribución

Paso 5

Se realiza otra eliminatoria tomando nuevamente las respuestas más altas y las más bajas.

Tabla 150. Puntuación más alta del cuestionario piloto segunda eliminación

	Sujetos	Preguntas																		puntuación total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	49	50	51	
1	30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	255
2	1	5	4	4	4	4	4	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	220
3	14	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	215
4	22	4	3	4	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	215
5	18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	3	3	198
6	26	5	4	4	2	4	3	2	2	3	4	5	4	4	4	3	5	5	5	196
7	43	3	3	5	4	4	5	5	5	2	3	5	2	4	4	3	4	5	5	196
8	29	3	3	2	1	4	3	4	2	2	2	5	3	3	5	4	5	5	5	190

Elaboración propia con los datos del cuestionario piloto

La tabla 150 muestra cómo a través del proceso de eliminación propuesto por (Cortés, 2012) quedan solamente ocho sujetos que corresponde al 25% de la puntuación más alta del cuestionario piloto.

Tabla 151. Puntuación más baja del cuestionario piloto segunda eliminación

	Sujetos	Preguntas																		puntuación total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	49	50	51	
1	36	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	85
2	54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	3	2	5	81
3	48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	4	1	2	2	2	78
4	11	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	4	77
5	12	5	5	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	3	3	1	1	1	75
6	56	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	4	3	75
7	57	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	70
8	55	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			3		69

Elaboración propia con los datos del cuestionario piloto

Mientras que en la tabla 151 se muestra el 25% de la puntuación más baja del cuestionario piloto.

Paso 6

Con los resultados de los datos se calcula la t de student para cada uno de los 16 ítems que quedaron después de eliminar los 14 intermedios, como puede verse a continuación.

Análisis para la afirmación número uno							
25% sujetos más altos				25% sujetos más bajos			
x	f _a	f _{xa}	f _{x_a²}	x	f _b	f _{xb}	f _{x_b²}
1	0	0	0	1	4	0	0
2	0	0	0	2	2	4	8
3	2	6	18	3	1	3	9
4	1	4	16	4	0	0	0
5	5	25	125	5	1	5	25
Σ	8	35	159	Σ	8	12	42

Utilizándose la siguiente fórmula (Cortés, 2012).

$$t = \frac{(\bar{X} - \bar{Y})}{\sqrt{\frac{\hat{S}_1^2}{n} + \frac{\hat{S}_2^2}{m}}} \qquad t = \frac{\left(\frac{35}{8}\right) - \left(\frac{12}{8}\right)}{\sqrt{\frac{\left(159 - \frac{1225}{8}\right)}{8(8-1)} + \frac{\left(42 - \frac{144}{8}\right)}{8(8-1)}}$$

donde:

x = Alternativa del 1 al 5

f = Frecuencia de la respuesta (número 1) de sujetos que respondieron

a = Con puntuaciones altas

b = Con puntuaciones bajas

f_x = Resultado de multiplicar la frecuencia por la alternativa

$$(1 \times 4 = 4, 5 \times 5 = 25, 2 \times 3 = 6)$$

f_{x²} = Frecuencia por alternativa al cuadrado

$$(4 \times 4 = 16, 25 \times 5 = 125, 6 \times 3 = 24)$$

Obteniendo los siguientes resultados:

$$t = \frac{4.375 - 1.5}{\sqrt{\frac{11.875}{56} + \frac{24}{56}}} \qquad t = \frac{2.875}{\sqrt{.53267845}} \qquad t = \frac{2.875}{0.7303986} \qquad t = 3.9362$$

De acuerdo a lo propuesto por (Cortés, 2012), si la puntuación t es igual o mayor a 1.75 se acepta el reactivo, pero si es menor se rechaza.

Aplicando la misma fórmula y siguiendo el ejemplo, se procederá al cálculo de los restantes 50 ítems del cuestionario piloto, cuyos resultados se presentan a continuación y que puede ser consultado su cálculo de los primeros seis ítems mostrados en el anexo14.

Tabla 152. Resultados después de aplicar la t student

Ítem	resultado t student	ítem	resultado t student	ítem	resultado t student	ítem	resultado t student
1	3.936207	14	4.107003	27	7.099296	40	7.602631
2	2.262610	15	7.638626	28	4.715431	41	5.016992
3	8.080749	16	11.000000	29	7.000000	42	5.584068
4	6.243312	17	12.559193	30	8.037098	43	5.494909
5	18.44451	18	21.21320	31	22.91287	44	8.366600
6	10.41990	19	5.268953	32	31.00000	45	9.000000
7	10.41990	20	10.419907	33	7.514431	46	6.354889
8	9.744163	21	7.849823	34	4.677072	47	0.557086
9	5.700415	22	4.276719	35	3.631260	48	2.005739
10	10.37041	23	18.520259	36	7.200823	49	3.268229
11	5.237330	24	18.520259	37	7.039106	50	4.000000
12	3.889953	25	9.165151	38	6.148170	51	2.600764
13	5.088723	26	5.6124486	39	4.988877		

Como puede observarse en la tabla 152 solamente el ítem marcado con el número 47 no cumple con la puntuación requerida, por lo tanto se considera rechazarlo.

Paso 7

En este paso la autora sugiere que las afirmaciones que conformen el instrumento final el 50% debe ser favorable y el otro 50% desfavorable.

Paso 8

Cortés, (2012) considera conveniente aplicar cualquier método para determinar la confiabilidad del instrumento, sugiriendo la fórmula 20 de Kurder-Richardson o el Alfa

de Cronbach, optando por el Alfa de Cronbach por ser un cuestionario con preguntas politómicas.

El instrumento de medición estuvo conformado por 51 ítems, y contestado por 58 individuos, al calcular el Alfa de Cronbach del instrumento de medición, se obtuvo un valor de 0.973, como puede observarse en la tabla 41.

Una vez llevado a cabo el procedimiento para conocer el valor del Alfa de Cronbach en el programa estadístico SPSS versión 21, el resultado obtenido es de 0.973, que de acuerdo a (Tavakol & Dennick, 2011), supera el valor de aceptable y para Nunnally, (1978), lo ubica en el rango de excelente.

Anexo 14. Cálculo de t Student para los Primeros Seis Ítems

Análisis para la afirmación número uno													
25% sujetos más altos				25% sujetos más bajos									
X	f_a	f_{xa}	fX_a^2	X	f_b	f_{xb}	fX_b^2						
1	0	0	0	1	4	0	0						
2	0	0	0	2	2	4	8						
3	2	6	18	3	1	3	9	1.-	4.375	1.5	2.875		
4	1	4	16	4	0	0	0				0.104911		
5	5	25	125	5	1	5	25				0.4285714		
Σ	8	35	159	Σ	8	12	42				0.533482	0.7303986	3.93621
Análisis para la afirmación número dos													
25% sujetos más altos				25% sujetos más bajos									
X	f_a	f_{xa}	fX_a^2	X	f_b	f_{xb}	fX_b^2						
1	0	0	0	1	3	0	0						
2	0	0	0	2	0	0	0						
3	3	9	27	3	3	9	27	2.-	4	2.25	1.75		
4	2	8	32	4	1	4	16				0.1071429		
5	3	15	75	5	1	5	25				0.4910714		
Σ	8	32	134	Σ	8	18	68				0.5982143	0.7734431	2.26261
Análisis para la afirmación número tres													
25% sujetos más altos				25% sujetos más bajos									
X	f_a	f_{xa}	fX_a^2	X	f_b	f_{xb}	fX_b^2						
1	0	0	0	1	7	7	7						
2	1	2	4	2	1	2	4						
3	0	0	0	3	0	0	0	3.-	4.25	1.125	3.125		
4	3	12	48	4	0	0	0				0.1339286		
5	4	20	100	5	0	0	0				0.015625		
Σ	8	34	152	Σ	8	9	11				0.1495536	0.3867216	8.08075
Análisis para la afirmación número cuatro													
25% sujetos más altos				25% sujetos más bajos									
X	f_a	f_{xa}	fX_a^2	X	f_b	f_{xb}	fX_b^2						
1	1	1	0	1	8	8	8						
2	1	2	0	2	0	0	0						
3	0	0	0	3	0	0	0	4.-	3.875	1	2.875		
4	2	8	32	4	0	0	0				0.2120536		
5	4	20	100	5	0	0	0				0		
Σ	8	31	132	Σ	8	8	8				0.2120536	0.4604927	6.24331
Análisis para la afirmación número cinco													
25% sujetos más altos				25% sujetos más bajos									
X	f_a	f_{xa}	fX_a^2	X	f_b	f_{xb}	fX_b^2						
1	0	0	0	1	8	8	8						
2	0	0	0	2	0	0	0						
3	0	0	0	3	0	0	0	5.-	4.375	1	3.375		
4	5	20	80	4	0	0	0				0.0334821		
5	3	15	75	5	0	0	0				0		
Σ	8	35	155	Σ	8	8	8				0.0334821	0.1829813	18.44451
Análisis para la afirmación número seis													
25% sujetos más altos				25% sujetos más bajos									
X	f_a	f_{xa}	fX_a^2	X	f_b	f_{xb}	fX_b^2						
1	0	0	0	1	8	8	8						
2	0	0	0	2	0	0	0						
3	2	6	18	3	0	0	0	6.-	4.375	1	3.375		
4	1	4	16	4	0	0	0				0.1049107		
5	5	25	125	5	0	0	0				0		
Σ	8	35	159	Σ	8	8	8				0.1049107	0.3238992	10.41991

Anexo 15. Correlación Inter-Ítems

Correlación inter-ítem de la dimensión: Promoción de la salud utilizando la comunicación organizacional

		Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 10	Ítem 27	Ítem 28	Ítem 29	Ítem 33	Ítem 34
Ítem 1	Correlación de Pearson	1	.642**	.398**	.455**	.351**	.344**	.406**	.487**	.339**	.223	.343**	.370**	.307*
	Sig. (bilateral)		.000	.002	.000	.007	.008	.002	.000	.009	.093	.008	.004	.019
Ítem 2	Correlación de Pearson		1	.393**	.445**	.337**	.346**	.402**	.474**	.287*	.251	.224	.346**	.284*
	Sig. (bilateral)			.002	.000	.010	.008	.002	.000	.029	.057	.091	.008	.031
Ítem 3	Correlación de Pearson			1	.466**	.642**	.600**	.607**	.676**	.369**	.402**	.357**	.345**	.363**
	Sig. (bilateral)				.000	.000	.000	.000	.000	.004	.002	.006	.008	.005
Ítem 5	Correlación de Pearson				1	.806**	.825**	.720**	.697**	.595**	.581**	.502**	.606**	.696**
	Sig. (bilateral)					.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 6	Correlación de Pearson					1	.939**	.894**	.826**	.684**	.638**	.665**	.568**	.645**
	Sig. (bilateral)						.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 7	Correlación de Pearson						1	.905**	.793**	.663**	.598**	.578**	.586**	.672**
	Sig. (bilateral)							.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 8	Correlación de Pearson							1	.811**	.693**	.586**	.575**	.580**	.602**
	Sig. (bilateral)								.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 10	Correlación de Pearson								1	.683**	.534**	.622**	.492**	.475**
	Sig. (bilateral)									.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 27	Correlación de Pearson									1	.438**	.587**	.550**	.641**
	Sig. (bilateral)										.001	.000	.000	.000
Ítem 28	Correlación de Pearson										1	.437**	.520**	.488**
	Sig. (bilateral)											.001	.000	.000
Ítem 29	Correlación de Pearson											1	.418**	.413**
	Sig. (bilateral)												.001	.001
Ítem 33	Correlación de Pearson												1	.776**
	Sig. (bilateral)													.000
Ítem 34	Correlación de Pearson													1
	Sig. (bilateral)													

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Existe una correlación significativa en la mayoría de los ítems que integran esta dimensión, no así los ítems 1-28, 2-28 y 2-29

Correlación inter-ítem de la dimensión: Promoción de estilos de vida saludables

		Ítem 4	Ítem 20	Ítem 21	Ítem 23	Ítem 24	Ítem 25	Ítem 26
Ítem 4	Correlación de Pearson	1	.594**	.593**	.616**	.665**	.572**	.360**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000	.005
Ítem 20	Correlación de Pearson		1	.733**	.587**	.612**	.604**	.532**
	Sig. (bilateral)			.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 21	Correlación de Pearson			1	.777**	.617**	.431**	.499**
	Sig. (bilateral)				.000	.000	.001	.000
Ítem 23	Correlación de Pearson				1	.849**	.587**	.679**
	Sig. (bilateral)					.000	.000	.000
Ítem 24	Correlación de Pearson					1	.775**	.613**
	Sig. (bilateral)						.000	.000
Ítem 25	Correlación de Pearson						1	.575**
	Sig. (bilateral)							.000
Ítem 26	Correlación de Pearson							1
	Sig. (bilateral)							

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

En la correlación inter ítems de la dimensión de promoción de estilos de vida saludables, todos sus ítems correlacionan entre sí de manera significativa.

Correlación inter-ítem de la dimensión: Difusión y evaluación de programas para mejorar la salud de los trabajadores

		Ítem 35	Ítem 36	Ítem 39	Ítem 40	Ítem 41	Ítem 42	Ítem 43	Ítem 45	Ítem 46
Ítem 35	Correlación de Pearson	1	.591**	.696**	.418**	.340**	.424**	.491**	.650**	.623**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.001	.009	.001	.000	.000	.000
Ítem 36	Correlación de Pearson		1	.636**	.592**	.420**	.700**	.720**	.540**	.542**
	Sig. (bilateral)			.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000
Ítem 39	Correlación de Pearson			1	.609**	.582**	.717**	.692**	.748**	.733**
	Sig. (bilateral)				.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 40	Correlación de Pearson				1	.596**	.710**	.625**	.652**	.677**
	Sig. (bilateral)					.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 41	Correlación de Pearson					1	.620**	.622**	.728**	.710**
	Sig. (bilateral)						.000	.000	.000	.000
Ítem 42	Correlación de Pearson						1	.905**	.696**	.607**
	Sig. (bilateral)							.000	.000	.000
Ítem 43	Correlación de Pearson							1	.710**	.616**
	Sig. (bilateral)								.000	.000
Ítem 45	Correlación de Pearson								1	.840**
	Sig. (bilateral)									.000
Ítem 46	Correlación de Pearson									1
	Sig. (bilateral)									

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Para esta dimensión se puede visualizar que todos los ítems que la integran se correlacionan significativamente

Correlación inter-ítem de la dimensión: Condiciones de trabajo

		Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 22	Ítem 37	Ítem 38
Ítem 11	Correlación de Pearson	1	.706**	.532**	.381**	.536**	.543**	.537**	.284*	.321*	.521**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.003	.000	.000	.000	.031	.014	.000
Ítem 12	Correlación de Pearson		1	.546**	.293*	.617**	.582**	.462**	.225	.436**	.440**
	Sig. (bilateral)			.000	.026	.000	.000	.000	.090	.001	.001
Ítem 13	Correlación de Pearson			1	.600**	.573**	.514**	.497**	.097	.267*	.222
	Sig. (bilateral)				.000	.000	.000	.000	.468	.043	.094
Ítem 14	Correlación de Pearson				1	.397**	.441**	.434**	.406**	.402**	.197
	Sig. (bilateral)					.002	.001	.001	.002	.002	.138
Ítem 15	Correlación de Pearson					1	.526**	.490**	.335*	.331*	.503**
	Sig. (bilateral)						.000	.000	.010	.011	.000
Ítem 16	Correlación de Pearson						1	.671**	.418**	.609**	.338**
	Sig. (bilateral)							.000	.001	.000	.009
Ítem 17	Correlación de Pearson							1	.389**	.642**	.476**
	Sig. (bilateral)								.003	.000	.000
Ítem 22	Correlación de Pearson								1	.514**	.352**
	Sig. (bilateral)									.000	.007
Ítem 37	Correlación de Pearson									1	.523**
	Sig. (bilateral)										.000
Ítem 38	Correlación de Pearson										1
	Sig. (bilateral)										

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

En la correlación de la dimensión condiciones de trabajo se puede observar que los ítems correlacionan significativamente entre sí a excepción del 12-22, 13-22 y 13-38.

Correlación inter- ítem de la dimensión: Bienestar logrado

		Ítem 9	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32	Ítem 44
Ítem 9	Correlación de Pearson	1	.306*	.469**	.227	.460**	.495**	.536**
	Sig. (bilateral)		.020	.000	.086	.000	.000	.000
Ítem 18	Correlación de Pearson		1	.343**	.658**	.537**	.577**	.440**
	Sig. (bilateral)			.008	.000	.000	.000	.001
Ítem 19	Correlación de Pearson			1	.326*	.568**	.526**	.452**
	Sig. (bilateral)				.013	.000	.000	.000
Ítem 30	Correlación de Pearson				1	.762**	.788**	.453**
	Sig. (bilateral)					.000	.000	.000
Ítem 31	Correlación de Pearson					1	.925**	.570**
	Sig. (bilateral)						.000	.000
Ítem 32	Correlación de Pearson						1	.581**
	Sig. (bilateral)							.000
Ítem 44	Correlación de Pearson							1
	Sig. (bilateral)							

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Para la dimensión bienestar logrado existe una correlación significativa en los ítems que la integran a excepción del 9-30.

Correlación inter-ítems de la dimensión: Beneficios de implementar programas de RSE

		Ítem 47	Ítem 48	Ítem 49	Ítem 50	Ítem 51
Ítem 47	Correlación de Pearson	1	.183	.137	.073	.349**
	Sig. (bilateral)		.169	.310	.588	.008
Ítem 48	Correlación de Pearson		1	.790**	.672**	.747**
	Sig. (bilateral)			.000	.000	.000
Ítem 49	Correlación de Pearson			1	.897**	.798**
	Sig. (bilateral)				.000	.000
Ítem 50	Correlación de Pearson				1	.697**
	Sig. (bilateral)					.000
Ítem 51	Correlación de Pearson					1
	Sig. (bilateral)					

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Anexo 16. Comunalidades

ítem	Inicial	Extracción	ítem	Inicial	Extracción
1	1.000	.628	26	1.000	.631
2	1.000	.545	27	1.000	.700
3	1.000	.606	28	1.000	.565
4	1.000	.708	29	1.000	.598
5	1.000	.766	30	1.000	.840
6	1.000	.894	31	1.000	.835
7	1.000	.870	32	1.000	.868
8	1.000	.826	33	1.000	.700
9	1.000	.756	34	1.000	.758
10	1.000	.843	35	1.000	.617
11	1.000	.643	36	1.000	.714
12	1.000	.730	37	1.000	.803
13	1.000	.648	38	1.000	.671
14	1.000	.663	39	1.000	.717
15	1.000	.625	40	1.000	.699
16	1.000	.741	41	1.000	.730
17	1.000	.702	42	1.000	.806
18	1.000	.675	43	1.000	.788
19	1.000	.530	44	1.000	.760
20	1.000	.631	45	1.000	.755
21	1.000	.658	46	1.000	.733
22	1.000	.562	48	1.000	.780
23	1.000	.822	49	1.000	.891
24	1.000	.814	50	1.000	.818
25	1.000	.597	51	1.000	.804

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Anexo 17. Varianza Total Explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	23.971	47.942	47.942	23.971	47.942	47.942	10.420	20.841	20.841
2	3.099	6.197	54.139	3.099	6.197	54.139	8.484	16.969	37.809
3	3.020	6.039	60.178	3.020	6.039	60.178	5.928	11.855	49.664
4	2.546	5.092	65.269	2.546	5.092	65.269	4.408	8.816	58.481
5	1.879	3.757	69.027	1.879	3.757	69.027	4.104	8.207	66.688
6	1.552	3.103	72.130	1.552	3.103	72.130	2.721	5.442	72.130
7	1.498	2.996	75.126						
8	1.280	2.560	77.685						
9	1.103	2.207	79.892						
10	1.057	2.114	82.006						
11	.780	1.561	83.567						
12	.755	1.511	85.078						
13	.685	1.370	86.448						
14	.622	1.244	87.691						
15	.605	1.211	88.902						
16	.584	1.168	90.070						
17	.537	1.073	91.144						
18	.474	.947	92.091						
19	.461	.922	93.014						
20	.388	.777	93.791						
21	.355	.709	94.500						
22	.292	.584	95.084						
23	.271	.543	95.627						
24	.250	.499	96.126						
25	.232	.463	96.589						
26	.218	.435	97.024						
27	.183	.366	97.391						
28	.177	.354	97.744						
29	.149	.298	98.043						
30	.133	.266	98.309						
31	.126	.252	98.560						
32	.103	.206	98.766						
33	.087	.174	98.940						
34	.084	.168	99.108						
35	.076	.152	99.260						
36	.064	.129	99.388						
37	.055	.110	99.498						
38	.054	.107	99.605						
39	.039	.078	99.683						
40	.033	.067	99.750						
41	.030	.059	99.809						
42	.023	.045	99.854						
43	.020	.040	99.894						
44	.017	.034	99.928						
45	.011	.022	99.950						
46	.010	.020	99.970						
47	.006	.012	99.982						
48	.005	.010	99.992						
49	.003	.005	99.997						
50	.001	.003	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Elaboración propia con información obtenida del SPSS

Anexo 18. Matriz de Componentes Rotados

ítems	Componente					
	1	2	3	4	5	6
42	.866					
43	.832					
37	.783					
41	.764					
45	.744					
39	.729					
44	.691					
40	.688	.400				
46	.684	.439				
26	.678					
36	.623					
38	.576				.406	
22	.571					
29	.570					
23	.515	.449				.424
20	.512		.510			
6		.778				
10		.763				
8		.753				
7		.731				
9		.710				
3		.641				
24	.482	.587				
28	.434	.569				
16	.410	.561	.441			
4		.560	.533			
5		.556	.423			
25	.436	.533				
17		.530				
27	.485	.521				
19	.409	.441				
1			.741			
12			.736			
11			.671			
13			.656			
15			.637			
2			.603			
21	.447		.544			
30				.877		
31				.740		
32				.737		
18				.737		
14				.566		
49					.893	
51					.871	
48					.864	
50					.833	
34		.434				.603
33						.552
35	.401					.436

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Elaboración propia con información del SPSS

Anexo 19. Correlación Inter-Ítems con la Reclasificación de Ítems

Correlación inter-ítems de la dimensión: Promoción de la salud

	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 19	Ítem 24	Ítem 25	Ítem 27	Ítem 28	
Ítem 3	1	.558**	.466**	.642**	.600**	.607**	.563**	.676**	.628**	.617**	.451**	.592**	.586**	.369**	.402**	
		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.004	.002	
Ítem 4		1	.719**	.726**	.703**	.732**	.625**	.726**	.717**	.575**	.437**	.665**	.572**	.510**	.476**	
			.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	
Ítem 5			1	.806**	.825**	.720**	.661**	.697**	.678**	.579**	.499**	.738**	.531**	.595**	.581**	
				.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
Ítem 6				1	.939**	.894**	.789**	.826**	.740**	.741**	.569**	.799**	.681**	.684**	.638**	
					.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
Ítem 7					1	.905**	.756**	.793**	.712**	.702**	.556**	.738**	.624**	.663**	.598**	
						.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
Ítem 8						1	.765**	.811**	.723**	.681**	.520**	.740**	.661**	.693**	.586**	
							.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
Ítem 9							1	.765**	.621**	.743**	.469**	.704**	.589**	.767**	.463**	
								.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
Ítem 10								1	.732**	.761**	.378**	.773**	.693**	.683**	.534**	
									.000	.000	.003	.000	.000	.000	.000	
Ítem 16									1	.671**	.477**	.724**	.535**	.584**	.567**	
										.000	.000	.000	.000	.000	.000	
Ítem 17										1	.413**	.740**	.554**	.665**	.476**	
											.001	.000	.000	.000	.000	
Ítem 19											1	.527**	.364**	.395**	.620**	
												.000	.005	.002	.000	
Ítem 24												1	.775**	.683**	.587**	
													.000	.000	.000	
Ítem 25													1	.589**	.385**	
														.000	.003	
Ítem 27														1	.438**	
															.001	
Ítem 28																1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Una vez utilizado el sistema estadístico SPSS versión 21 y llevado a cabo el análisis factorial para la reducción de dimensiones, los resultados obtenidos demuestran que hay una relación significativa entre todos los ítems de esta dimensión.

Correlación inter-ítems de la dimensión: Promoción de estilos de vida saludables

		Ítem 33	Ítem 34	Ítem 35
Ítem 33	Correlación de Pearson	1	.776**	.608**
	Sig. (bilateral)		.000	.000
Ítem 34	Correlación de Pearson		1	.663**
	Sig. (bilateral)			.000
Ítem 35	Correlación de Pearson			1
	Sig. (bilateral)			

*** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

La dimensión de difusión y evaluación de programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores, presenta una correlación significativa entre sus ítems.

Correlación inter-ítem de la dimensión: Difusión y evaluación de programas para mejorar la salud de los trabajadores

		Ítem 22	Ítem 23	Ítem 26	Ítem 29	Ítem 36	Ítem 37	Ítem 38	Ítem 39	Ítem 40	Ítem 41	Ítem 42	Ítem 43	Ítem 44	Ítem 45	Ítem 46
Ítem 22	Correlación de Pearson	1	.562**	.587**	.341**	.416**	.514**	.352**	.399**	.582**	.374**	.578**	.488**	.591**	.461**	.457**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.009	.001	.000	.007	.002	.000	.004	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 23	Correlación de Pearson		1	.679**	.530**	.671**	.701**	.527**	.613**	.643**	.475**	.614**	.629**	.717**	.666**	.633**
	Sig. (bilateral)			.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 26	Correlación de Pearson			1	.601**	.583**	.626**	.501**	.619**	.558**	.452**	.647**	.677**	.603**	.624**	.580**
	Sig. (bilateral)				.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 29	Correlación de Pearson				1	.579**	.635**	.584**	.598**	.581**	.487**	.593**	.619**	.602**	.589**	.637**
	Sig. (bilateral)					.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 36	Correlación de Pearson					1	.797**	.680**	.636**	.592**	.420**	.700**	.720**	.590**	.540**	.542**
	Sig. (bilateral)						.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 37	Correlación de Pearson						1	.523**	.802**	.737**	.526**	.815**	.809**	.800**	.676**	.705**
	Sig. (bilateral)							.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 38	Correlación de Pearson							1	.524**	.517**	.651**	.483**	.505**	.452**	.552**	.570**
	Sig. (bilateral)								.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 39	Correlación de Pearson								1	.609**	.582**	.717**	.692**	.710**	.748**	.733**
	Sig. (bilateral)									.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 40	Correlación de Pearson									1	.596**	.710**	.625**	.647**	.652**	.677**
	Sig. (bilateral)										.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 41	Correlación de Pearson										1	.620**	.622**	.548**	.728**	.710**
	Sig. (bilateral)											.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 42	Correlación de Pearson											1	.905**	.680**	.696**	.607**
	Sig. (bilateral)												.000	.000	.000	.000
Ítem 43	Correlación de Pearson												1	.715**	.710**	.616**
	Sig. (bilateral)													.000	.000	.000
Ítem 44	Correlación de Pearson													1	.771**	.780**
	Sig. (bilateral)														.000	.000
Ítem 45	Correlación de Pearson														1	.840**
	Sig. (bilateral)															.000
Ítem 46	Correlación de Pearson															1
	Sig. (bilateral)															

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Correlación inter-ítem de la dimensión: Condiciones de trabajo

		Ítem 1	Ítem 2	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 15	Ítem 20	Ítem 21
Ítem 1	Correlación de Pearson	1	.642**	.534**	.589**	.518**	.509**	.465**	.490**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 2	Correlación de Pearson		1	.358**	.518**	.425**	.330*	.332*	.342**
	Sig. (bilateral)			.006	.000	.001	.011	.011	.009
Ítem 11	Correlación de Pearson			1	.706**	.532**	.536**	.513**	.510**
	Sig. (bilateral)				.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 12	Correlación de Pearson				1	.546**	.617**	.499**	.544**
	Sig. (bilateral)					.000	.000	.000	.000
Ítem 13	Correlación de Pearson					1	.573**	.368**	.462**
	Sig. (bilateral)						.000	.005	.000
Ítem 15	Correlación de Pearson						1	.565**	.629**
	Sig. (bilateral)							.000	.000
Ítem 20	Correlación de Pearson							1	.733**
	Sig. (bilateral)								.000
Ítem 21	Correlación de Pearson								1
	Sig. (bilateral)								

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

De la misma manera se puede observar que sus ítems de ambas dimensiones correlacionan de forma significativa entre todos ellos.

Correlación inter-ítem de la dimensión: Bienestar logrado

		Ítem 14	Ítem 18	Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32
Ítem 14	Correlación de Pearson	1	.522**	.449**	.435**	.466**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.001	.000
Ítem 18	Correlación de Pearson		1	.658**	.537**	.577**
	Sig. (bilateral)			.000	.000	.000
Ítem 30	Correlación de Pearson			1	.762**	.788**
	Sig. (bilateral)				.000	.000
Ítem 31	Correlación de Pearson				1	.925**
	Sig. (bilateral)					.000
Ítem 32	Correlación de Pearson					1
	Sig. (bilateral)					

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Trabajadores de las Unidades Económicas

Anexo 20. Validación de Expertos

Ítem	Pregunta	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Total	Modif	CVR	Resultado	Se acepta?
		Escencial	Escencial	Escencial	Escencial	Escencial	Escencial					
1	En la empresa es una política proporcionar un entorno de trabajo seguro y saludable para todos sus empleados	5	4	5	5	4	5	28	8.33		POSITIVE	YES
2	En la empresa se promueve la cultura de la salud y el autocuidado	4	5	4	5	4	5	27	8.00		POSITIVE	YES
3	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para promocionar la salud y prevenir enfermedades	5	5	4	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
4	En la empresa se realiza una vigilancia periódica del estado de salud de los trabajadores	4	5	5	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
5	En la empresa se respeta el carácter voluntario de estas revisiones médicas, así como el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con la salud del trabajador	5	2	4	5	5	5	26	7.67		POSITIVE	YES
6	Los resultados de la vigilancia de la salud son comunicados a los trabajadores	5	4	5	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
7	Qué grado de participación existe por parte de los trabajadores o de sus representantes en temas de salud	5	1	1	5	5	5	22	6.33		POSITIVE	YES
8	Además de las obligaciones legales en cuanto a la prevención de riesgos laborales, esta empresa, está realizando o ha realizado alguna otra actividad que contribuya positivamente a la salud de sus trabajadores	5	1	5	5	5	5	26	7.67		POSITIVE	YES
9	Seguro de gastos médicos	5	5	4	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
10	Programas de acondicionamiento físico	5	5	5	5	5	5	30	9.00		POSITIVE	YES
11	Beneficios económicos por adoptar estilos de vida saludables	5	5	1	4	5	5	25	7.33		POSITIVE	YES
12	Programas para prevenir las enfermedades crónico-degenerativas	5	4	5	1	5	5	25	7.33		POSITIVE	YES
13	Control de riesgos cardiovasculares (hipertensión arterial, colesterol, etc.)	5	5	5	5	4	5	29	8.67		POSITIVE	YES
14	Organización de actividades recreativas y de ocio	5	4	5	5	4	5	28	8.33		POSITIVE	YES
15	Programas para promover hábitos alimenticios saludables	5	5	5	5	5	5	30	9.00		POSITIVE	YES
16	Programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	4	5	5	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
17	Programas para la prevención integral de las adicciones	5	4	5	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
18	Programas de ejercicios de relajación para controlar el estrés	5	5	5	5	5	5	30	9.00		POSITIVE	YES
19	Promoción de actividades físicas de recreo como caminar, nadar, andar en bicicleta, etc	5	5	3	5	5	5	28	8.33		POSITIVE	YES
20	Servicio de alimentos	4	5	5	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
21	Menús saludables en el comedor de la empresa	5	5	5	5	5	5	30	9.00		POSITIVE	YES
22	Se incluyen en el servicio comidas los cuatro grupos básicos de nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	3	5	5	5	4	5	27	8.00		POSITIVE	YES
23	Se promueve la reducción del consumo de sal	5	5	5	5	5	5	30	9.00		POSITIVE	YES
24	Se elimina el consumo de grasas trans	4	1	4	1	4	5	19	5.33		POSITIVE	YES
25	En la empresa se llevan a cabo sesiones informativas de sensibilización para dar a conocer las ventajas de la alimentación saludable	2	5	5	5	5	5	27	8.00		POSITIVE	YES
26	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre los beneficios de realizar ejercicio físico	5	5	3	5	5	5	28	8.33		POSITIVE	YES
27	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre los beneficios de hábitos alimenticios saludables	5	5	3	5	5	5	28	8.33		POSITIVE	YES
28	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores cómo hacer actividad física en el lugar de trabajo	5	5	3	5	5	5	28	8.33		POSITIVE	YES
29	Se exhiben carteles o se entregan folletos para comunicar sobre los cuidados de la salud	5	5	5	5	5	5	30	9.00		POSITIVE	YES
30	Se ha elaborado un código de buenas prácticas vinculado a la salud de los trabajadores	5	4	5	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
31	Está garantizada la continuidad de todas las acciones orientadas a mejorar la salud de los trabajadores	5	5	5	5	4	5	29	8.67		POSITIVE	YES
32	Las acciones para mejorar la salud de los trabajadores se encuentran integradas en la política de la dirección	5	5	5	5	2	5	27	8.00		POSITIVE	YES
33	Se difunde, en todos los niveles de la empresa, las actividades y los resultados de las acciones que se llevan a cabo en relación a la salud de los trabajadores	5	5	4	5	2	5	26	7.67		POSITIVE	YES
34	En las memorias de la empresa o en otros documentos de difusión externa se incluyen el tema de salud de los trabajadores	5	4	5	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
35	La empresa tiene algún mecanismo de verificación pública de su desempeño en salud de los trabajadores (auditorías legales y otras voluntarias, rendición de cuentas, certificaciones)	5	4	5	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
36	Se evalúa el impacto que tienen las medidas de salud de los trabajadores en la calidad de vida laboral	5	5	5	5	5	5	30	9.00		POSITIVE	YES
37	Se evalúa el impacto que tienen las medidas de salud de los trabajadores sobre el desempeño empresarial (rentabilidad, productividad, reducción de costos, etc.)	5	5	1	5	3	5	24	7.00		POSITIVE	YES
38	La empresa provee suficientes recursos para mejorar la salud de los trabajadores (presupuesto, staff, infraestructura, formación, recursos humanos, etc.)	4	5	5	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
39	Hay un compromiso real y efectivo por parte de la alta dirección para mejorar la salud de los trabajadores	5	5	4	5	5	5	29	8.67		POSITIVE	YES
40	Considerando las acciones emprendidas durante los últimos años, usted cree que han redundado en la protección y mejora de la salud de los trabajadores	5	4	3	5	4	5	26	7.67		POSITIVE	YES
41	Conoce o ha escuchado hablar de la Responsabilidad Social Empresarial	5	4	5	5	2	5	26	7.67		POSITIVE	YES
42	Mejora de la imagen y reputación empresarial	5	5	5	5	1	5	26	7.67		POSITIVE	YES
43	Mejora de la actuación financiera	5	5	5	1	1	5	22	6.33		POSITIVE	YES
44	Reduce costos operativos	5	5	4	1	4	5	24	7.00		POSITIVE	YES
45	Se obtienen ventajas competitivas o estratégicas	5	5	5	1	4	5	25	7.33		POSITIVE	YES
46	Qué departamento o quién es el encargado de implementar los programas orientados a la mejora de la salud de los trabajadores	5	5	5	5	5	5	30	9.00		POSITIVE	YES
47	Considera a su empresa "socialmente responsable"	5	5	5	5	5	5	30	9.00		POSITIVE	YES
48	Su empresa cuenta con el distintivo "Empresa Socialmente Responsable" que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, A.C. (CEMEFI)	5	5	5	5	5	5	30	9.00		POSITIVE	YES

Anexo 21. Correlación Inter-ítems

Correlación inter-ítems de la dimensión promoción de la salud

		Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12	Ítem 13	Ítem 14	Ítem 15	Ítem 16	Ítem 17	Ítem 18	Ítem 19	Ítem 25
Ítem 10	Correlación de Pearson	1	.704**	.695**	.671**	.590**	.660**	.542**	.714**	.701**	.733**	.646**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 11	Correlación de Pearson		1	.675**	.547**	.581**	.650**	.539**	.680**	.640**	.655**	.595**
	Sig. (bilateral)			.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 12	Correlación de Pearson			1	.846**	.697**	.763**	.506**	.697**	.673**	.656**	.624**
	Sig. (bilateral)				.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 13	Correlación de Pearson				1	.617**	.694**	.470**	.631**	.542**	.556**	.532**
	Sig. (bilateral)					.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 14	Correlación de Pearson					1	.815**	.470**	.637**	.575**	.581**	.563**
	Sig. (bilateral)						.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 15	Correlación de Pearson						1	.547**	.673**	.628**	.663**	.648**
	Sig. (bilateral)							.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 16	Correlación de Pearson							1	.565**	.548**	.530**	.444**
	Sig. (bilateral)								.000	.000	.000	.000
Ítem 17	Correlación de Pearson								1	.709**	.684**	.691**
	Sig. (bilateral)									.000	.000	.000
Ítem 18	Correlación de Pearson									1	.837**	.501**
	Sig. (bilateral)										.000	.000
Ítem 19	Correlación de Pearson										1	.551**
	Sig. (bilateral)											.000
Ítem 25	Correlación de Pearson											1
	Sig. (bilateral)											

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Correlación inter-ítems de la dimensión: Promoción de estilos de vida saludables

		Ítem 20	Ítem 21	Ítem 22	Ítem 23	Ítem 24
Ítem 20	Correlación de Pearson	1	.691**	.703**	.600**	.543**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000
Ítem 21	Correlación de Pearson		1	.843**	.675**	.638**
	Sig. (bilateral)			.000	.000	.000
Ítem 22	Correlación de Pearson			1	.739**	.750**
	Sig. (bilateral)				.000	.000
Ítem 23	Correlación de Pearson				1	.860**
	Sig. (bilateral)					.000
Ítem 24	Correlación de Pearson					1
	Sig. (bilateral)					

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Correlación inter-ítem de la dimensión: Difusión y evaluación de programas para mejorar la salud de los trabajadores

		Ítem 30	Ítem 31	Ítem 32	Ítem 33	Ítem 34	Ítem 35	Ítem 36	Ítem 37	Ítem 38	Ítem 39	Ítem 40
Ítem 30	Correlación de Pearson	1	.766**	.668**	.587**	.601**	.454**	.654**	.487**	.493**	.513**	.472**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 31	Correlación de Pearson		1	.786**	.789**	.788**	.590**	.731**	.581**	.642**	.674**	.691**
	Sig. (bilateral)			.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 32	Correlación de Pearson			1	.798**	.711**	.544**	.752**	.584**	.625**	.640**	.607**
	Sig. (bilateral)				.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 33	Correlación de Pearson				1	.708**	.657**	.758**	.671**	.644**	.692**	.584**
	Sig. (bilateral)					.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 34	Correlación de Pearson					1	.702**	.841**	.664**	.727**	.727**	.743**
	Sig. (bilateral)						.000	.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 35	Correlación de Pearson						1	.707**	.702**	.733**	.755**	.582**
	Sig. (bilateral)							.000	.000	.000	.000	.000
Ítem 36	Correlación de Pearson							1	.731**	.755**	.735**	.634**
	Sig. (bilateral)								.000	.000	.000	.000
Ítem 37	Correlación de Pearson								1	.867**	.792**	.666**
	Sig. (bilateral)									.000	.000	.000
Ítem 38	Correlación de Pearson									1	.845**	.786**
	Sig. (bilateral)										.000	.000
Ítem 39	Correlación de Pearson										1	.809**
	Sig. (bilateral)											.000
Ítem 40	Correlación de Pearson											1
	Sig. (bilateral)											

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Correlación inter-ítem de la dimensión Condiciones de trabajo

		Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8
Ítem 1	Correlación de Pearson	1	.488	.252	.304	.371	.310	.259	.315
	Sig. (bilateral)		.000	.052	.018	.003	.016	.046	.014
Ítem 2	Correlación de Pearson		1	.387	.463	.427	.568	.471	.605
	Sig. (bilateral)			.002	.000	.001	.000	.000	.000
Ítem 3	Correlación de Pearson			1	.436	.392	.365	.302	.326
	Sig. (bilateral)				.000	.002	.004	.019	.011
Ítem 4	Correlación de Pearson				1	.564	.558	.503	.609
	Sig. (bilateral)					.000	.000	.000	.000
Ítem 5	Correlación de Pearson					1	.739	.472	.550
	Sig. (bilateral)						.000	.000	.000
Ítem 6	Correlación de Pearson						1	.756	.611
	Sig. (bilateral)							.000	.000
Ítem 7	Correlación de Pearson							1	.658
	Sig. (bilateral)								.000
Ítem 8	Correlación de Pearson								1
	Sig. (bilateral)								

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Correlación inter-ítem de la dimensión: Bienestar logrado

		Ítem 9	Ítem 26	Ítem 27	Ítem 28	Ítem 29
Ítem 9	Correlación de Pearson	1	.283*	.277*	.272*	.317*
	Sig. (bilateral)		.030	.032	.035	.014
Ítem 26	Correlación de Pearson		1	.868**	.885**	.818**
	Sig. (bilateral)			.000	.000	.000
Ítem 27	Correlación de Pearson			1	.869**	.758**
	Sig. (bilateral)				.000	.000
Ítem 28	Correlación de Pearson				1	.797**
	Sig. (bilateral)					.000
Ítem 29	Correlación de Pearson					1
	Sig. (bilateral)					

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaboración propia con resultados obtenidos del SPSS

Anexo 22. Comunalidades

Ítem	Inicial	Extracción
1	1.000	.250
2	1.000	.618
3	1.000	.412
4	1.000	.557
5	1.000	.721
6	1.000	.801
7	1.000	.641
8	1.000	.664
9	1.000	.307
10	1.000	.777
11	1.000	.725
12	1.000	.751
13	1.000	.708
14	1.000	.623
15	1.000	.809
16	1.000	.633
17	1.000	.765
18	1.000	.747
19	1.000	.803
20	1.000	.698
21	1.000	.811
22	1.000	.854

Ítem	Inicial	Extracción
23	1.000	.722
24	1.000	.779
25	1.000	.640
26	1.000	.893
27	1.000	.784
28	1.000	.809
29	1.000	.814
30	1.000	.666
31	1.000	.831
32	1.000	.721
33	1.000	.732
34	1.000	.815
35	1.000	.704
36	1.000	.861
37	1.000	.730
38	1.000	.827
39	1.000	.837
40	1.000	.724
43	1.000	.776
44	1.000	.813
45	1.000	.689

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Anexo 23. Varianza Total Explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	16.439	37.362	37.362	16.439	37.362	37.362	8.197	18.630	18.630
2	6.819	15.499	52.861	6.819	15.499	52.861	7.221	16.411	35.041
3	2.720	6.181	59.043	2.720	6.181	59.043	6.024	13.690	48.732
4	2.145	4.875	63.917	2.145	4.875	63.917	4.558	10.358	59.090
5	1.842	4.187	68.104	1.842	4.187	68.104	3.066	6.967	66.058
6	1.695	3.852	71.956	1.695	3.852	71.956	2.595	5.899	71.956
7	1.349	3.066	75.022						
8	1.127	2.562	77.584						
9	1.020	2.318	79.902						
10	.905	2.057	81.959						
11	.799	1.817	83.776						
12	.774	1.760	85.537						
13	.691	1.570	87.107						
14	.642	1.460	88.567						
15	.521	1.185	89.752						
16	.490	1.113	90.865						
17	.418	.950	91.815						
18	.407	.924	92.740						
19	.378	.859	93.599						
20	.310	.705	94.304						
21	.295	.670	94.974						
22	.275	.625	95.599						
23	.239	.544	96.143						
24	.211	.480	96.623						
25	.188	.427	97.050						
26	.172	.391	97.441						
27	.163	.371	97.812						
28	.146	.333	98.145						
29	.128	.291	98.437						
30	.112	.255	98.691						
31	.099	.225	98.917						
32	.091	.206	99.123						
33	.072	.163	99.286						
34	.070	.159	99.445						
35	.047	.107	99.552						
36	.046	.105	99.657						
37	.039	.090	99.747						
38	.028	.063	99.810						
39	.022	.049	99.859						
40	.020	.046	99.905						
41	.015	.033	99.938						
42	.013	.031	99.969						
43	.008	.018	99.987						
44	.006	.013	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Anexo 24. Matriz de Componentes Rotados

Ítem	Componente					
	1	2	3	4	5	6
1						
2			.673			
3			.543			
4			.610			
5			.797			
6			.859			
7			.685			
8			.693			
9						
10		.808				
11		.702				
12		.660	.473			
13		.574	.535			
14		.589	.464			
15		.606	.469	.425		
16		.541		.542		
17		.771				
18		.821				
19		.816				
20				.784		
21				.802		
22				.794		
23				.684		
24		.479		.621		
25		.516	.455			
26		.545				.585
27		.471				.584
28		.463				.643
29			.502			.529
30	.733					
31	.865					
32	.817					
33	.814					
34	.877					
35	.776					
36	.886					
37	.790					
38	.838					
39	.835					
40	.797					
43					.807	
44					.830	
45					.738	
42					.859	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Doctorado en Ciencias de la Administración

Instrumento de Medición

Doctorante: María Candelaria Guerrero Moreno

Cd. Juárez, Chih.

Buenos días / tardes:

La presente investigación tiene la finalidad de elaborar un diagnóstico comparativo entre empresas de más de 100 empleados que cuentan con el distintivo "Socialmente Responsable" y a las que no en Ciudad Juárez, Chihuahua, para conocer las actividades que desarrollan utilizando como estrategia la comunicación en salud para promover los estilos de vida saludables y cómo se relaciona con la calidad de vida laboral en su unidad económica. Es por esta razón que pedimos nos responda las siguientes preguntas las cuales son totalmente anónimas y confidenciales. MUCHAS GRACIAS.

FECHA:

DATOS DE CARACTERIZACIÓN

Unidad económica donde labora

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Industria manufacturera | <input type="checkbox"/> | Servicios educativos | <input type="checkbox"/> |
| Comercio al por menor | <input type="checkbox"/> | Servicios de salud y asistencia social | <input type="checkbox"/> |
| Comercio al por mayor | <input type="checkbox"/> | Transportes, correos o almacenamientos | <input type="checkbox"/> |
| Servicios profesionales, científicos y técnicos | <input type="checkbox"/> | Servicios de alojamiento temporal y preparación de alimentos y bebidas | <input type="checkbox"/> |
| Información en medios masivos | <input type="checkbox"/> | Otros servicios, excepto gubernamentales | <input type="checkbox"/> |
| Construcción | <input type="checkbox"/> | Servicio de apoyo a los negocios y manejo de desechos y servicios de remediación | <input type="checkbox"/> |
- (seguridad privada, agencia de colocaciones, servicios de limpieza, control de plagas, recolección de basura, etc)

Cargo _____

Formación académica _____

Sexo F M

Antigüedad en la empresa _____

Año de Nacimiento _____

	Siempre	Muchas Veces	A Veces	Solo Alguna Vez	Nunca
1. En la empresa se vive la cultura de la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En la empresa se promueve el autocuidado, es decir, todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud y tratar las enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para fomentar la prevención de enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En la empresa se ofrecen programas de prevención de enfermedades crónico-degenerativas como lo son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En la empresa se llevan a cabo sesiones informativas para dar a conocer las ventajas de la alimentación saludable y la actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre los beneficios de realizar ejercicio físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre los beneficios de hábitos alimenticios saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre alternativas, recursos y servicios existentes para desarrollar una alimentación equilibrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Su empresa otorga reconocimientos a los empleados que adoptan estilos de vida saludables, es decir, aquellas acciones que realiza una persona que repercutirán en su bienestar físico a corto y largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. En la empresa existen medios audiovisuales que les presente programas relacionados con los cuidados de la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En la empresa es parte de sus políticas y procedimientos proporcionar un entorno de trabajo seguro y saludable para todos sus empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En la empresa se monitorea el estado de salud de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. En la empresa se respeta el carácter voluntario de las revisiones médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. En la empresa se respeta la confidencialidad de la información relacionada con la salud del trabajador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Los resultados del monitoreo del estado de salud es comunicado a los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Participación en todas las partes del proceso	Participación en algunas partes del proceso	Consulta	Solo difusión de información	Ninguna
16. Que grado de participación existe por parte de los trabajadores en temas de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Siempre	Muchas Veces	A Veces	Solo Alguna Vez	Nunca
17. Además de las exigencias legales en cuanto a la prevención de riesgos laborales, esta empresa, está realizando o ha realizado alguna otra actividad que contribuya positivamente a la salud de sus trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su empresa ofrece:					
18. Seguro de gastos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Instalaciones para el acondicionamiento físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Siempre	Muchas Veces	A Veces	Solo Alguna Vez	Nunca
En su empresa se llevan a cabo estas actividades					
20. Control de riesgos cardiovasculares (hipertensión arterial, colesterol, obesidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Campañas para perder peso a través de la vigilancia del departamento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Organización de actividades recreativas y de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Programas para promover hábitos alimenticios saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Programas para la prevención integral de las adicciones (alcohol, tabaco y otras drogas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Programas de ejercicios de relajación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Pausa para la salud dentro de la jornada de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Promoción de actividades físicas de recreo como caminar, nadar, andar en bicicleta, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre como hacer actividad física en el lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Servicio de alimentos para sus empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Se ofrecen menús saludables en el comedor de la empresa, es decir, se integran productos frescos como frutas y verduras, legumbres, pescados y se limita en lo posible los alimentos ricos en azúcares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Se incluyen en las comidas los cuatro grupos básicos de nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Se promueve la reducción del consumo de sal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Se promueve que los trabajadores limiten el consumo de grasas trans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Se realiza alguna evaluación que les permita conocer cuáles fueron los resultados de los programas encaminados a mejorar la salud de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Para contestar las preguntas que vienen a continuación considere TODAS las acciones que realiza la empresa, tanto las acciones preventivas obligatorias como las acciones que la empresa realiza de manera voluntaria.</i>					
	Siempre	Muchas Veces	A Veces	Solo Alguna Vez	Nunca
De las siguientes afirmaciones, me podría indicar el nivel de logro que tienen dentro de la empresa					
36. Se ha elaborado un código de buenas prácticas vinculado a la salud de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Está garantizada la continuidad de todas las acciones orientadas a mejorar la salud de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Las acciones para mejorar la salud de los trabajadores se encuentran integradas a las políticas y procedimientos de la organización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Se difunde, en todos los niveles de la empresa, las actividades y los resultados de las acciones que se llevan a cabo en relación a la salud de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Siempre	Muchas Veces	A Veces	Solo Alguna Vez	Nunca
40. En las memorias de la empresa o en otros documentos de difusión externa se incluyen el tema de la salud de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. La empresa tiene algún mecanismo de verificación pública de su desempeño en salud de los trabajadores (auditorías legales y otras voluntarias, rendición de cuentas, certificaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Se evalúa el impacto que tienen las medidas de salud de los trabajadores en la calidad de vida en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Se evalúa el impacto que tienen las medidas de salud de los trabajadores sobre el desempeño empresarial (rentabilidad, productividad, reducción de costos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. La empresa provee suficientes recursos para mejorar la salud de los trabajadores (presupuesto, staff, infraestructura, formación, recursos humanos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Hay un compromiso real y efectivo por parte de la alta dirección para mejorar la salud de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Considerando las acciones emprendidas durante los últimos años, usted cree que han redundado en la protección y mejora de la salud de los trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De las siguientes afirmaciones, podría indicar si incentiva el desarrollo de las prácticas de Responsabilidad Social en la empresa

	Mucho	Bastante	Regular	Un Poco	Nada
47. La mejora de la imagen y reputación empresarial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. La mejora de la actuación financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. La reducción de costos operativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. La obtención de ventajas competitivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Podría enlistar las acciones voluntarias orientadas a mejorar la salud del trabajador que está realizando la empresa

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

52. Que departamento o quien es el encargado de implementar los programas orientados a mejorar la salud de los trabajadores

53. Considera a su empresa "Socialmente Responsable"

Si No

54. Su empresa cuenta con el distintivo "Empresa Socialmente Responsable" que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía A.C. (CEMEFI)

Si No

¡Gracias por su colaboración!

Comunicación en salud

Buenos días/tardes:

La presente investigación tiene la finalidad de conocer si las actividades de promoción de la salud y estilos de vida saludables utilizando como estrategia la comunicación en salud y llevadas a cabo en la empresa donde usted labora se consideran parte de la responsabilidad social empresarial. Es por esta razón que le pedimos nos responda las siguientes preguntas las cuales son totalmente anónimas y confidenciales. Muchas gracias

Datos de caracterización		Fecha _____
Tipo de unidad económica		Antigüedad en la empresa _____
Industria manufacturera	<input type="radio"/> Construcción	Puesto en la empresa _____
Comercio al por menor	<input type="radio"/> Servicios educativos	Año de nacimiento _____
Comercio al por mayor	<input type="radio"/> Servicios de salud y asistencia social	Género F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Servicios profesionales, científicos y técnicos	<input type="radio"/> Transportes, correos o almacenamientos	
Servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas	<input type="radio"/> Información en medios de comunicación	
Otros servicios	<input type="radio"/> Gubernamentales	
*Servicio de apoyo a los negocios y manejo de desechos y servicios de remediación (seguridad privada, agencia de colocaciones, servicios de limpieza, control de plagas, recolección de basura, etc.) <input type="radio"/>		

	Nunca	solo alguna vez	A veces	Muchas veces	Siempre
1 En la empresa es una política proporcionar un entorno de trabajo seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 En la empresa se promueve la cultura de la salud y el autocuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 En la empresa se realiza una vigilancia periódica del estado de salud de los	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 En la empresa se respeta el carácter voluntario de estas revisiones médicas, así	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Los resultados de la vigilancia de la salud son comunicados a los trabajadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Qué grado de participación existe por parte de los trabajadores o de sus	Ninguna	Solo difusión de información	Consulta	Participación en algunas partes del	Participación en todas las partes del
8 Además de las obligaciones legales en cuanto a la prevención de riesgos laborales, esta empresa, está realizando o	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En su empresa le ofrecen:	Nunca	solo alguna vez	A veces	Muchas veces	Siempre
9 Seguro de gastos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Programas de acondicionamiento físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Beneficios económicos por adoptar estilos de vida saludables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En la empresa se llevan a cabo estas actividades	Nunca	solo alguna vez	A veces	Muchas veces	Siempre
12 Programas para prevenir las enfermedades crónico-degenerativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Control de riesgos cardiovasculares (hipertensión arterial, colesterol, obesidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Organización de actividades recreativas y de ocio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Programas para promover hábitos alimenticios saludables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Programas para la prevención integral de las adicciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Programas de ejercicios de relajación para controlar el estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19	Promoción de actividades físicas de recreo como caminar, nadar, andar en bicicleta, etc	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
20	Servicio de alimentos	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
21	Menús saludables en el comedor de la empresa	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
22	Se incluyen en el servicio comidas los cuatro grupos básicos de nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
23	Se promueve la reducción del consumo de sal	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
24	Se elimina el consumo de grasas trans	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
25	En la empresa se llevan a cabo sesiones informativas de sensibilización para dar a conocer las ventajas de la alimentación saludable	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
26	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre los beneficios de realizar ejercicio físico	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
27	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores sobre los beneficios de hábitos alimenticios saludables	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
28	En la empresa se utiliza la comunicación interna como pizarrones, correos electrónicos, revistas, etc. para informar a los trabajadores cómo hacer actividad física en el lugar de trabajo	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
29	Se exhiben carteles o se entregan folletos para comunicar sobre los cuidados de la salud	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Para contestar las preguntas que vienen a continuación considere TODAS las acciones que se realiza en la empresa, tanto las acciones preventivas obligatorias como las que realiza la empresa de manera voluntaria.

	Totalmente logrado	Logro considerable	Poco avance	No se ha iniciado	Otro
30	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
31	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
32	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
33	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
34	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
35	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
36	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
37	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
38	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
39	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
40	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

41 Conoce o ha escuchado hablar de la Responsabilidad Social Empresarial Si No

De las siguientes afirmaciones, podría indicar si incentiva el desarrollo de prácticas de Responsabilidad Social en la empresa

	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
42	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
43	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
44	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
45	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

46 Qué departamento o quién es el encargado de implementar los programas orientados a la mejora de la salud de los trabajadores _____

47 Considera a su empresa "socialmente responsable" Si No

48 Su empresa cuenta con el distintivo "Empresa Socialmente Responsable" que otorga el Centro Mexicano para la Filantropía, A.C. (CEMEFI) Si No

10. Bibliografía

- Aarva, P., de Haes, W., & Visser, A. (1997). Health Communication Research. *Patient Education and Counseling*, 30(1), 1-5.
- Abrahamson, J., & Rubin, V. (2012). Discuourse structure differences in lay and professional health communication. *Journal of Documentation*, 68(6), 826-851.
- Acosta, M., Aguilera, M. d., & Parra, L. (enero-junio de 2010). Autodiagnóstico participativo para la promoción de la salud en una empresa del sector industrial de la zona metropolitana de Guadalajara. *Entramado*, 6(1), 174-186.
- Albareda, L., & Balaguer, M. R. (2008). La responsabilidad social de la empresa y los resultados financieros. *Revista de Contabilidad y Dirección*, 7, 11-26.
- Alcalay, R. (marzo de 1999). La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(3), 192-196.
- Alcalay, R., Alvarado, M., Balcazar, H., Newman, E., & Huerta, E. (october de 1999). Salud para su corazón: A Community-Based Latino Cardiovascular Disease Prevention and Outreach Model. *Journal of Community Health*, 24(5), 359-379.
- Aldana, S., Merrill, R., Price, K., Hardy, A., & Hager, R. (2004). Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program. *Preventive Medicine*(40), 131-137.
- Alfaro, A. M., & Vecino, J. D. (1999). Medición de la satisfacción laboral mediante el cuestionario de satisfacción de necesidades de Porter. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15(1), 63-75.
- Almaguer, M., Herrera, R., & Pérez, J. (jul-sept de 2007). Epidemia global de enfermedades vasculares crónicas un nuevo paradigma y desafío. *Rev. Haban Cienc Méd*, 6(3), versión On-line ISSN 1729-519X.
- Alonso, M. M., Rodríguez, M., Cortez, K., & Abreu, J. (enero-marzo de 2010). La responsabilidad social corporativa y el desempeño financiero: un análisis en empresas mexicanas que cotizan en la bolsa. *Contaduría y Administración*, 57(1), 53-77.
- Alvarado, A., & Schlesinger, M. W. (julio-septiembre de 2008). Dimensionalidad de la responsabilidad social empresarial percibida y sus efectos sobre la imagen y la

- reputación: Una aproximación desde el modelo de Carroll. *Estudios Gerenciales*, 24(108), 37-59.
- Álvaro, M., Aranda, C., Preciado, M. d., & Valencia, S. (enero-marzo de 2010). Calidad de vida laboral en trabajadores de la salud, Tamaulipas, México. *Ciencia & Trabajo*, 13(39), 11-16.
- Amable, M., Benach, J., & González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Arch Prev Riesgos Labor*, 4(4), 169-184.
- Amable, M., Zelaschi, C., & Garaño, P. (2010). Responsabilidad social corporativa y salud laboral en Argentina. *Arch Prev Riesgos Labor*, 13(11), 23-30.
- Anaya, A. (2006). Diagnóstico de seguridad e higiene del trabajo listados de verificación basados en la normatividad mexicana. *e-Gnosis* (4), 1-15.
- Andrade, V., & Gómez, I. C. (2008). Salud laboral investigaciones realizadas en Colombia. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 9-25.
- Añez, S., Hernández, R., Silvestri, K., & Gómez, O. (noviembre de 2008). Análisis de los elementos que conforman la responsabilidad social corporativa. *Formación Gerencial*, 7(2), 173-185.
- Arif, S., & Ilyas, M. (2013). Quality of work-life model for teachers of provate universities in Pakistan. *Quality Assurance in Education*, 21(3), 282-298.
- Arimatés, J. (outubro-dezembro de 1984). Responsabilidade social em pequenas e médias empresas. *Revista de Administração de Empresas*, 24(4), 203-210.
- Arrivillaga, M., & Salazar, I. C. (2005). Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*, 13(1), 19-36.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Askum, D., & Unler, E. (2011). The effects of emotional dissonance and quality of work life perceptions on absenteeism and turnover intentions among turkish call center employees. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2515-2519.
- Atencia, J. (1991). Positivismo y Neopositivismo. *Anales del Seminario de Metafísica*(25), 143-154.

- Badía, R. (Enero de 1985). Salud ocupacional y riesgos laborales. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98(1), 20-33.
- Ballesteros, J. M., Dal-Re, M., Pérez, N., & Villar, C. (septiembre-octubre de 2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia NAOS). *Revista Española de Salud Pública*, 81(5), 443-449.
- Bandura, A. (March de 1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-205.
- Banerjee, M., Capozzoli, M., & McSweeney, L. (march de 1999). Beyond kappa: A review of interrater agreement measures. *The Canadian Journal of Statistics*, 27(1), 3-23.
- Barquera, S., Campos, I., Hernández, L., Pedroza, A., & Rivera, J. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Pública de México*, 55(supl 2), 151-160.
- Barragán, A., Ramírez, O. F., & Barragán, A. N. (octubre-diciembre de 2000). La salud y el ambiente laboral entre los anesthesiólogos: contexto social y laboral. *Revista Médica del Hospital General de México*, 63(4), 247-253.
- Barrios, L. (diciembre de 2006). Construcción de una tipología del control patronal mediante la aplicación del método LEST. *Salud de los Trabajadores [online]*. , 14(2), 55-67.
- Barrios, S., & Paravic, T. (janeiro-fevereiro de 2006). Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 14(1), 136-41.
- Barroso, F. G. (septiembre-diciembre de 2008). La responsabilidad social empresarial. Un estudio de cuarenta empresas de la ciudad de Mérida, Yucatán. *Contaduría y Administración*(226), 73-91.
- Beltrán, L. R. (2010). Comunicación para la salud del pueblo. *Estudios Sobre las Culturas Contemporáneas*, XVI(31), 17-65.
- Benavides, F., Benach, J., & Román, C. (1999). Tipos de empleo y salud: análisis de la segunda encuesta europea de condiciones de trabajo. *Gaceta Sanitaria*, 13(6), 425-430.

- Benavides, F., Delclos, J., Benach, J., & Serra, C. (septiembre-octubre de 2006). Lesiones por accidentes de trabajo, una prioridad en salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 553-565.
- Berrigan, F. J. (1981). La comunicación comunitaria. Cometido de los medios de comunicación comunitaria en el desarrollo. *Editorial de la UNESCO*, <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001343/134355so.pdf>.
- Bezerra, R., Barceló, A., & Machado, C. A. (setembro de 2001). Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no Brasil: relatório preliminar. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am/ Public Health*, 10(5), 324-327.
- Bhargava, S., & Thakur, A. S. (2013). A study on quality of work-life resulting employee commitment with reference to Bhel, Bhopal. *Journal of Arts, Science & Commerce*, IV(3), www.researchersworld.com.
- Blanch, J. M., Sahagún, M., & Cervantes, G. (2010). Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 175-189.
- Blanch, J. M., Sahagún, M., Cantera, L., & Cervantes, G. (2010). Cuestionario de bienestar laboral general: Estructura y propiedades psicométricas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(10), 157-170.
- Bonagamba, M., Palucci, M. H., & Cruz, M. L. (julio-agosto de 2007). Accidentes de trabajo con material biológico entre trabajadores de unidades de salud pública. *Revista Latino-Am Enfermagem (on line)*, 15(4), 632-638.
- Bonilla, C. P., Franco, S. A., & Trinidad, A. S. (2012). Calidad de vida laboral en conductores de pasaje foráneo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 13(2), 11-6.
- Both, J., Nascimento, J., Sonoo, C., Lemos, ., A., & Borgatto, A. (2010). Condições de vida do tralbahador docente: Associação entre estilo de vida e qualidade de vida no trabalho de professores de Educação Física. *Motricidade*, 6(3), 39-51.
- Briones, G. (2003). *Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales* (4 ed.). México: Trillas.
- Briseño, A., Lavín, J., & García, F. (enero-abril de 2011). Análisis exploratorio de la responsabilidad social empresarial y su dicotomía en las actividades de la empresa. *Contaduría y Administración*(233), 73-83.

- Bronfenbrenner, U. (october de 1976). The Experimental Ecology of Education. *Educational Researcher*, 5(9), 5-15.
- Brouwers, A., & Tomic, W. (February de 2000). A longitudinal study of the teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 16(2), 239-253.
- Bustamante, E. (2012). La promoción de la salud desde la comunicación interna. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), 79-90.
- Cabrera, G. A. (julio-diciembre de 2000). El modelo trasteórico del comportamiento en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 18(2), 129-138.
- Cabrera, G., Tascón, J., & Lucimí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101.
- Calderón, G., Álvarez, C., & Naranjo, J. C. (enero-marzo de 2011). Papel de gestión humana en el cumplimiento de la responsabilidad social empresarial. *Estudios Gerenciales*, 27(118), 163-188.
- Calvo, A., Fernández, L. M., Guerrero, L., González, V. M., Ruibal, A. J., & Hernández, M. (mayo de 2004). Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(3), versión On-line ISSN 1561-3038.
- Campbell, S., Pagano, M., O Shea, E., Connery, C., & Caron, C. (2013). Development of the Health Communication Assessment Tool: Enhancing Relationships Empowerment, and Power-Sharing Skills. *Clinical Simulation in Nursing*, 9, e-543-e550.
- Campo, A., & Oviedo, H. C. (diciembre de 2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839.
- Cárdenas, E., Cabrera, C. E., Viniegra, L., González, H. F., Luce, E. G., & Ortiz, M. A. (1 de Marzo de 2010). Satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ambiente académico laboral. *Revista Mexica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(2), 227-231.
- Cardoso, M. (junio de 2010). Responsabilidad social empresarial en América Latina: problemas, actitudes y actores relevantes. *Administración y Organizaciones*, 12(24), 39-55.

- Carlson, E. D. (January/February de 2000). A case Study in Translation Methodology Using the Health Promotion Lifestyle Profile II. *Public Health Nursing*, 17(1), 61-70.
- Carreño, J., Vyhmeister, G., Grau, L., & Ivanovic, D. (April de 2006). A health promotion programme in Adventist and non-Adventist women based on Pender's model: A pilot study. *Public Health*, 120(4), 346-355.
- Carroll, A. B. (1979). A three-dimensional conceptual model of corporate performance. *Academy of Management Review*, 4(4), 497-505.
- Carroll, A. B., & Shabana, K. (March de 2010). The Business Case for Corporate Social Responsibility: A Review of Concepts, Research and Practice. *International Journal of Management Reviews*, 12(1), 85-105.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). promocion.salud.gob.mx/.../promocion/2_carta_de_ottawa.pdf. Recuperado el 11 de abril de 2013, de promocion.salud.gob.mx/.../promocion/2_carta_de_ottawa.pdf.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz, Á. (Enero-abril de 2011). ¿Cómo validar un instrumento de la medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- Casas, J., Repullo, J. R., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención Primaria*, 31(8), 527-538.
- Casas, J., Repullo, J. R., Lorenzo, S., & Cañas, J. J. (Julio/Septiembre de 2002). Dimensiones y mediciones de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de Administración Sanitaria*, 6(23), 143-160.
- Cassell, M., Jackson, C., & Cheuvront, B. (1998). Health Communication on the Internet: An Effective Channel for Health Behavior Change? *Journal of Health Communication*, 3(1), 71-79.
- Ceballo, A. (Noviembre de 2005). Responsabilidad social. un valor añadido para las empresas, un criterio de discriminación positiva para los consumidores. *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa* (53), 65-77.

- CEMEFI, A.C. (s.f.). *El concepto de responsabilidad social empresarial*. (J. F. Cajiga Calderón, Recopilador)
- Cetindamar, D., & Husoy, K. (2007). Corporate social responsibility practices and environmentally responsible behavior: the case of the united nations global compact. *Journal of Business Ethics*, 163-176.
- Chapman, D., Rudd, R., Moeykens, B., & Moloney, T. (1993). Social Marketing for Public Health. *Health Affairs*, 12(2), 104-119.
- Cherns, A. (1975). Perspectives on the quality of working life. *J.occup. Psychol.*, 48(3), 155-167.
- Chiang, M. M., & Krausse, K. A. (2009). Estudio empírico de calidad de vida laboral, cuatro indicadores: satisfacción laboral, condiciones y medio ambiente del trabajo, organización e indicador global, sectores privado y público. Desarrollo, aplicación y validación del instrumento. *Horizontes Empresariales*, 8(1), 23-50.
- Cladellas, R. (2008). La ausencia de gestión de tiempo como factor de riesgo psicosocial en el trabajo. *Intangible Capital*, 4(4), 237-254.
- Coe, G. A. (septiembre de 1998). Comunicación y promoción de la salud. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*(23), 26-29.
- Comisión de las Comunidades Europeas . (diciembre de 2001). Libro Verde, Fomentar un Marco Europeo para la Responsabilidad Social de las Empresas. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0366&from=ES>.
- Contreras, A., & Restrepo, H. E. (1997). El reto de la promoción de la salud con equidad en el proceso de desarrollo en América Latina. *Revisiones de Salud Pública*, 5, 101-117.
- Córdova, J. Á., Barriguete, J. A., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., . . . Aguilar, C. A. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Revista de Salud Pública de México*, 50(5), 419-427.
- Cortés, M. T. (2012). *Metodología de la Investigación* (1 ed.). México: Trillas.
- Coster, E. (1992). The perceived quality of working life and job facet satisfaction. *Journal of industrial psychology*, 18(2), 6-9.

- Cuesta, U., Menéndez, T., & García, M. L. (2008). Comunicación social y salud: Un nuevo planteamiento estratégico. En *Comunicación y Salud. Avances en modelos y estrategias de intervención* (Primera edición ed., págs. 19-38). Madrid, España: Editorial Copmpltense, S.A.
- da Rosa, S., & Piccinini, V. C. (Janeiro-abril de 2001). As melhores empresas para trabalhar no Brasil e a qualidade de vida no trabalho: Disjunções entre a teoria e a prática. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(1), 165-193.
- da Silva, L., Pedroso, B., Pillati, L. A., & de Francisco, A. C. (3 trim. de 2009). Adaptação do modelo de Walton para avaliação da Qualidade de Vida no trabalho. *Revista da Educação Física/UEM*, 20(3), 395-405.
- Danna, K., & Griffin, R. (1999). Health and Well-Being in the Workplace: A review and Synthesis of the Literature. *Journal of Management*, 25(3), 357-384.
- Davis, D. (2001). *Investigación en administración para la toma de decisiones* (Quinta edición ed.). México, D.F.: International Thomson Editores.
- De Castro, F. (2000). Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 151-161.
- de Figueiredo, I. M., Silva, D., Montanari, D., & Henriques, S. H. (abr/jun de 2009). Qualidade de vida no trabalho; percepções dos agentes comunitários de equipes de saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*, 17(2), 262-7.
- de Meyrick, J. (2003). The Delphi method and health research. *Health Education*, 103(1), 7-16.
- de Oliveira, O. (Nov./Dez. de 2006). Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos. *RAP Rio de Janeiro*, 40(6), 1123-44.
- de Paz, Á. (18 de agosto de 2016). Reporte ESR 2015. Ciudad Juárez, Chih., México.
- Díaz, H., & Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1), 113-124.
- Díez, E., Juárez, O., & Villamarín, F. (July de 2005). Intervenciones de promoción de la salud basadas en modelos teóricos. *Med Clin (Barc)*, 125(2), 193-197.
- Doblas, S. (2008). Modelo de análisis de la usabilidad en sitios web de hospitales universitarios españoles. *Comunicación y Salud*, 49-60.

- Domínguez, J. I. (julio-agosto de 1997). Impacto económico de los accidentes de trabajo. *Revista Universidad Eafit*, 33(107), 89-96.
- Dopico, A., Rodríguez, R., & González, E. (2012). La responsabilidad social empresarial y los stakeholders: un análisis clúster. *Revista Galega de Economía*, 21(1), 1-17.
- Duarte, A. P., Mouro, C., & Gonçalves, J. (2010). Corporate social responsibility: mapping its social meaning. *Management Research: The Journal of the Iberoamerican Academy of Management*, 8, 101-122.
- Duaso, M. J., & Cheung, P. (2002). Health promotion and lifestyle advice in a general practice: what do patients think? *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 472-479.
- Durán, M. M. (enero-junio de 2010). Bienestar Psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración*, 1(1), 71-84.
- Efraty, D., & Sirgy, J. (February de 1990). The effects of quality of working life (QWL) on employee behavioral responses. *Social Indicators Research*, 22(1), 31-47.
- Egidios, D., & Páez, L. (noviembre de 2000). Comunicación en instituciones y organizaciones: una aproximación teórico-analítica a su diversidad conceptual. *Revista Latina de Comunicación Social*(35), ISSN-e 1138-5820.
- Elizondo, J. J., Guillén, F., & Aguinaga, I. (septiembre-octubre de 2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*, 79(5), 559-567.
- Empresa ICA, S.A.B de C.V. (s.f.). *ica.com.mx*. Recuperado el 29 de 04 de 2013, de http://ica.com.mx/sobre_nosotros.html
- Empresa Saludable, 2. (3 de septiembre de 2014). <http://empresasaludable.com>. Recuperado el 3 de septiembre de 2014
- Engbers, L., Poppel, M., Chin, M., & Mechelen, W. (2005). Worksite Health Promotion Programs with Enviromental Changes. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(1), 61-70.
- e-Saludable, 2. (3 de septiembre de 2014). <http://www.e-saludable.com>. Recuperado el 3 de septiembre de 2014
- Escobar, J., & Cuervo, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*(6), 27-36.

- Estabrooks, C. A., Thompson, D. S., Lovely, J. E., & Hofmeyer, A. (2006). A guide to knowledge translation theory. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, 25-36.
- Estevam, M., Jayme, M. C., Godin, G., Matheus, R. C., Dela Rosa, R., & Nadruz, W. (setembro-outubro de 2009). Desarrollo y confiabilidad de un instrumento para medir los factores psicosociales determinantes en el consumo de sal entre hipertensos. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 17(5), http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es_17.pdf.
- Fagalde, M. d., del Solar, J. A., Guerrero, M., & Atalah, E. (agosto de 2005). Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*, 133(8), 919-928.
- Fehring, R. (November de 1987). Methods to Validate Nursing Diagnoses. *Hearth & Lung*, 16(6), 625-9.
- Fernández, J. A., Fernández, M., Martín, R., & Rödel, A. (August de 2007). Estrés laboral y calidad de vida en sanitarios de atención primaria: una prueba de la validez del cuestionario PECVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos). *Atención Primaria*, 39(8), 425-431.
- Ferreira, A. (janeiro-março de 2001). Qualidade de vida no trabalho: Origem, avaliação e perspectivas. *Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo*, 8(1), 23-35.
- Ferreira, D., & Ferrerira, L. (2007). Responsabilidade social corporativa: uma investigação sobre a percepção do consumidor. *RAC*, 11(3), 83-103.
- Ferreira, M. C., Alves, L., & Tostes, N. (julho-setembro de 2009). Gestão de Qualidade de Vida no Trabalho(QVT) no Serviço Público Federal: O Descompasso entre Problemas e Práticas Gerenciais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 319-327.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE Publications Ltd.
- Figueiredo, H., Grau, E., Gil, P. R., & García, J. A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24(2), 271-276.
- Fleiss, J. L. (november de 1971). Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, 76(5), 378-382.

- Fleiss, J. L., Levin, B., & Cho, M. (1981). The Measurement of Interrater Agreement. En *Statistical Methods for Raters and Proportions* (Third ed., págs. 598-625).
- Frías, D., & Pascual, M. (Junio de 2012). Prácticas del análisis factorial exploratorio (AFE) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing. *Suma Psicológica*, 19(1), 47-58.
- Fuentes, F. J., Núñez, J., & Veroz, R. (tercer semestre de 2005). Alternativas de cumplimiento de responsabilidad social corporativa en gestión de recursos humanos. *Universia Business Review*, 3(7), 68-89.
- Fuentes, R. (julio-diciembre de 2005). Everett M. Rogers (1931-2004) y la investigación Latinoamericana de la comunicación. *Nueva época*(4), 93-125.
- Galvão, L., & Limongi, A. C. (abril-junho de 1998). Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expressão do conceito de qualidade total. *Revista de Administração, São Paulo*, 33(2), 40-51.
- García, C. R., & González, I. (noviembre-diciembre de 2000). La categoría bienestar psicológica. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- García, E. (2010). Estrategias de responsabilidad social y gestión en seguridad y salud en el trabajo. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 11(3), 51-69.
- García, E., De la Llata, M., Kaufer, M., Tusié, M. T., Calzada, R., Vázquez, V., . . . Sotelo, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México*, 50(6), S30-S47.
- Gargallo, A., & Freundlich, F. (2010). Percepciones de los socios y no socios cooperativistas sobre la satisfacción laboral. *Revista de Estudios Cooperativos*(103), 33-58.
- Garrido, J., Uribe, A. F., & Blanch, J. M. (2011). Riesgos Psicosociales desde la perspectiva de calidad de vida laboral. *Acta Colombiana de psicología*, 14(2), 27-34.
- Garriga, E., & Melé, D. (2004). Corporate Social Responsibility Theories: Mapping the Territory. *Journal of Business Ethics*, 51-71.

- Gimeno, D., Marko, D., & Martínez, J. (2003). Relación entre los factores de riesgo psicosociales laborales y la ausencia por razones de salud: Motivos laborales y no laborales en España. *Arch rev Riesgos Labor*, 6(3), 139-145.
- Gisbert, G. (2007). Las enfermedades del "estilo de vida" en el trabajo: entre la vigilancia y las prácticas del cuidado en sí. *Athenea Digital, Universitat Autònoma de Madrid*(11), 287-291.
- Gómez, I. C. (enero-abril de 2007). Salud laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Psychologica*, 6(1), 105-113.
- Gómez, M. A. (julio-diciembre de 2010). Calidad de vida laboral en empleados temporales del valle de Aburrá-Colombia. *Revista de Ciencias Estratégicas, Universidad Pontificia Bolivariana*, 18(24), 225-236.
- González, M. T., & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- González, P., Peiró, J. M., & Bravo, M. J. (1996). Calidad de Vida Laboral. En *Tratado de Psicología del Trabajo* (Vol. II, pág. 448). Madrid: José María Peiró Silla y Fernando Prieto Alonso, Eds.
- González, R., Hidalgo, G., & Salazar, J. G. (enero-junio de 2007). Calidad de vida en el trabajo: Un término de moda con problemas de conceptualización. *Psicología y Salud*, 17(1), 115-123.
- Grupo Bimbo, S.A.B. de C.V. (s.f.). *grupobimbo.com.mx*. Recuperado el 29 de 04 de 2013, de http://www.mzweb.com.br/grupobimbo/web/conteudo_es.asp?idioma=0&tipo=30010&conta=47
- Guibert, W., Grau, J., & Prendes, M. d. (mar-abril de 1999). ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 176-183.
- Hackman, J. (1980). Work Redesign and Motivation. *Professional Psychology*, 11(3), 445-455.

- Haynes, S. N., Richard, D. C., & Kubany, E. S. (septiembre de 1995). Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods. *Psychological Assessment*, 7(3), 238-247.
- Healthy People. (2010). Health Communication. *Lead Agency: Office of Disease Prevention and Health Promotion*.
- Heloani, J. R., & García Capitão, C. (2003). Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 102-108.
- Hernández, R. D. (enero-abril de 2007). Una prospectiva de la salud en México (algunos aspectos del marco sociojurídico). *Alegatos*(65), 47-56.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). México, D.F., México: Mc Graw Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Herrera, R., & Cassals, M. (enero-abril de 2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería (online)*, 21(1), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100003&lng=es&nrm=iso>. accedido en 07 dic. 2015.
- Hertzog, M. A. (8 de January de 2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31(2), 180-191.
- Hoffmeister, L., Benavides, F., & Peré, J. (2006). Responsabilidad social corporativa en salud y seguridad en el trabajo: Dimensiones, realidad y perspectivas. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 24(1), 183-198.
- Houts, P., Doak, C., Doak, L., & Loscalzo, M. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall and adherence. *Patient Education and Counseling*(61), 173-190.
- <http://www.agnicoeagle.com/en/Pages/default.aspx>. (s.f.).
<http://www.agnicoeagle.com/en/Pages/default.aspx>. Recuperado el 13 de 02 de 2014, de <http://www.agnicoeagle.com/en/Pages/default.aspx>.
- <http://www.alsuper.com/v2014/medio-ambiente.pl>. (2014).
<http://www.alsuper.com/v2014/medio-ambiente.pl>. Recuperado el 13 de 02 de 2014, de <http://www.alsuper.com/v2014/medio-ambiente.pl>.

- http://www.gcc.com/opencms/export/sites/portal/es/responsabilidad_social/archivos_sustentabilidad/2010/comunidad.pdf. (s.f.).
http://www.gcc.com/opencms/export/sites/portal/es/responsabilidad_social/archivos_sustentabilidad/2010/comunidad.pdf. Recuperado el 13 de 02 de 2014, de http://www.gcc.com/opencms/export/sites/portal/es/responsabilidad_social/archivos_sustentabilidad/2010/comunidad.pdf.
- http://www.s-martmx.com/index.php?option=com_content&view=article&id=48. (s.f.).
http://www.s-martmx.com/index.php?option=com_content&view=article&id=48. Recuperado el 13 de 02 de 2014, de http://www.s-martmx.com/index.php?option=com_content&view=article&id=48.
- Husted, B. W., & Salazar, J. d. (enero-abril de 2005). Un estudio exploratorio sobre la estrategia social de empresas grandes ubicadas en México. *Contabilidad y Administración*(215), 9-23.
- Hyrkäs, K., Appelqvist, K., & Oksa, L. (August de 2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 619-625.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (s.f.). Evaluación de las condiciones de trabajo: métodos generales. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España*,
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_451.pdf.
- Jiménez, A., & Moyano, E. (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: Medios para mejorar la calidad de vida. *Revista UNIVERSUM*, 1(23), 116-133.
- Joyner, B. E., & Payne, D. (2002). Evolution and implementation: A study of values, business ethics and corporate social responsibility. *Journal of Business Ethics*(41), 297-311.
- Juárez, A. (marzo-abril de 2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública de México*, 49(2), 109-117.

- Kahn, H., Stevenson, J., & Roslender, R. (2010). Workforce health as intellectual capital. A comparative study of UK accounting and finance and human resource directors. *Journal of Human Resource Costing & Accounting*, 14(3), 227-250.
- Kanten, S., & Sadullah, O. (24 de October de 2012). An Empirical Research on Relationship Quality of Work Life and Work Engagement. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 62, 360-366.
- Köksal, L., Mumcu, G., Şişman, N., Özgür, R., & Sur, H. (2012). The use of Web Pages as a Health Communication Tool in Private and Public Hospitals. *Journal of Mamara University Institute of Health Sciences*, 2(1), <http://musbed.mamara.edu.tr>.
- Kreps, G. (February de 2015). Health Communication Inquiry and Health Promotion: A State of the Art Review. *Journal of Nature and Science*, 1(2), www.jnsci.org/content/35.
- Kreps, G., Bonaguro, E., & Query, J. (1998). The History and Development of the Field of Health Communication. *Health Communication Research*, 1-15.
- LaFuente, A., Viñuales, V., Pueyo, R., & Llaría, J. (2003). Responsabilidad social corporativa y políticas públicas. *Fundación Ecología y Desarrollo (ECODES)*, 1-78.
- Lau, R. (2000). Quality of work life and performance. An ad hoc investigation of two key elements in the service profit chain model. *International Journal of Service Industry Management*, 11(5), 422-437.
- Lawshe, C. (1975). A Quantitative Approach to Content Validity. *Personnel Psychology*, 563-575.
- Lee, R. L., & Yuen, A. J. (May de 2005). Health Promotion Behaviors and Psychosocial Well-Being of University Students in Hong King. *Public Health Nursing*, 22(3), 209-220.
- Leiner, M. (2012). Comunicación en salud como una estrategia de la prevención y control de enfermedades crónico degenerativas en el ámbito laboral. En P. Jiménez, M. Leiner, M. d. Medina, & J. Melgar, *Responsabilidad social corporativa en las empresas: el impacto de la comunicación en salud y socialización en el ámbito laboral para combatir las enfermedades crónico*

- degenerativas del personal* (1a ed., pág. 119). Ciudad Juárez, Chihuahua, México: COLECH-UACJ.
- Leiner, M., Ávila, C., & Jiménez, P. (julio-diciembre de 2010). Promoción de la salud en el ámbito laboral ¿Descubriendo el hilo negro? (UNAM, Ed.) *Revista Electrónica Ciencias de la Administración*.
- Leiner, M., Ortiz, J. R., & Ávila, C. (mayo-agosto de 2008). Un nuevo paradigma de la responsabilidad social corporativa. El aumento de enfermedades crónico-degenerativas en la fuerza laboral. *Contaduría y Administración*(225), 105-119.
- Luceño, L., Martín, J., Jaén, M., & Díaz, E. M. (2005). Evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. *EduPsyhé*, 4(1), 19-42.
- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S., & Díaz, E. M. (2010). Análisis factorial confirmatorio del cuestionario DECORE. *Ansiedad y Estés*, 16(2/3), 237-248.
- Mababu, R. (agosto de 2010). Actitudes de los empresarios y directivos hacia la responsabilidad social corporativa. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(2), 101-114.
- Marín, L., & Rubio, A. (mayo-junio de 2008). ¿Moda o factor competitivo? un estudio empírico de responsabilidad social corporativa en PyME. *ICE, Tribuna de Economía*, 177-193.
- Marín, L., & Rubio, A. (2008). La responsabilidad social corporativa como determinante del éxito competitivo: un análisis empírico. *Revista europea de dirección y economía de la empresa*, 17(3), 27-42.
- Marín, L., & Ruiz, S. (abril de 2005). La evaluación de la empresa por el consumidor según sus acciones de responsabilidad social. *Cuadernos de Economía y Dirección de Empresas*, 91-112.
- Marques, A., & Koller, S. H. (2003). Inserção Ecológica na Comunidade: Uma proposta Metodológica para o Estudo de Famílias em Situação de Risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 515-524.
- Martel, J.-P., & Dupuis, G. (2006). Quality of Work Life: Theoretical and Methodological Problems, and Presentation of a New Model and Measuring Instrument. *Social Indicators Research*, 77(2), 333-368.

- Martín, J., Luceño, L., Jaén, M., & Rubio, S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional DECORE y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19(1), 95-101.
- Martínez, C., Mavárez, R., Rojas, L. A., & Belkis, P. (2008). La responsabilidad social universitaria como estrategia de vinculación con su entorno social. *Revista de Filosofía Jurídica, Social y Política*, 15(3), 81-103.
- Martínez, E., & Saldarriaga, J. F. (marzo-mayo de 2008). Inactividad Física y Ausentismo en el Ámbito Laboral. *Revista de Salud Pública*, 10(2), 227-238.
- Martínez, M., & Ros, R. (Julio de 2010). De la calidad de vida laboral a los riesgos psicosociales: Evaluación de la calidad de vida laboral. *Acciones e Investigaciones Sociales*(28), 5-55.
- Matsudo, V., Matsudo, S., Andrade, D., Araujo, T., Andrade, E., de Oliveira, L. C., & Braggion, G. (2002). Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience. *Public Health Nutrition*, 253-261.
- Meliá, J. L., & Peiró, J. (1989). El cuestionario de satisfacción S10/12: estructura factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 4(11), 179-187.
- Mendes, R. (1988). O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I. Morbidade. *Revista de Saúde Pública*, 22(4), 311-326.
- Méndez, C., & Rondón, M. A. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 197-207.
- Méndez, M. T. (junio de 2005). Ética y responsabilidad social corporativa. *ICE Revista de economía* (823), 141-150.
- Mercado, P., & García, P. (enero-marzo de 2007). La responsabilidad social en empresas del Valle de Toluca (México). Un estudio exploratorio. *Estudios Gerenciales*, 23(102), 119-135.
- Moneva, J. M. (2005). Información sobre responsabilidad social corporativa: situación y tendencias. *Revista Asturiana de Economía*(34), 43-67.
- Montero, M. J., Araque, R. A., & Rey, J. M. (2009). Occupational health and safety in the framework of corporate social responsibility. *Safety Science*(47), 1440-1445.

- Morales, J. (octubre-diciembre de 1978). La teoría del intercambio social desde la perspectiva de Blau. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(4), 129-146.
- Moreno, L., González, M., Marcos, A., Jiménez, D., Sánchez, M., Mesana, M., . . . Castillo, M. (2007). Promocionando un estilo de vida saludable en los adolescentes europeos mediante el ejercicio y la nutrición. El proyecto HELENA. *Revista española de medicina de la educación física y el deporte* , 16(1), 13-17.
- Mosquera, M. (2002). Comunicación en salud: Conceptos, teorías y experiencias. La iniciativa de la comunicación. 1-15.
- Moya, L., Serrano, M. Á., González, E., Rodríguez, G., & Salvador, A. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17(2), 205-211.
- Mozas, A., & Puentes, R. (2010). La responsabilidad social corporativa y su paralelismo con las sociedades cooperativas. *Revista de Estudios Cooperativos*(103), 75-100.
- Muñoz, A. I. (julio-septiembre de 2010). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: teoría y realidad. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 56(220), 220-225.
- Muñoz, A. I., & Castro, E. (2010). De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables. *Salud de los Trabajadores*, 18(2), 141-152.
- Nadler, D. A., & Lawler, E. E. (1983). Quality of work life: Perspectives and directions. *Organizational Dynamics*, 11(3), 20-30.
- Naranjo, M. L. (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 153-170.
- Narehan, H., Hairunnisa, M. "., Narfadzillah, R. A., & Freziamella, L. (2014). The Effect of Quality or Work Life (QWL) Programs on Quality of Life (QOL) Among Employees at Multinational Companies in Malaysia. *Procedia Social and Behavioral Sciences*(112), 24-34.
- Nieto, M., & Fernández, R. (Primer trimestre de 2004). Responsabilidad social corporativa: la última innovación en management. *Universia business Review*(001), 28-39.

- Obregón, R. (2005). *Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia: Guía metodológica para su desarrollo*. Organización Panamericana de la Salud , Washington, D.C.
- Oliver, A., Cheyne, A., & Tomás, J. M. (2005). Clima de seguridad laboral: naturaleza y poder predictivo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(3), 253-268.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (Abril de 2001). Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. *División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población. Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes. Organización Panamericana de la Salud y Fundación W.K. Kellog*, 210.
- Ozca, A., & Urien, B. (2001). Rediseño de tareas, satisfacción laboral y rendimiento: un estudio en la industria de la automoción. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17(3), 327-340.
- Oviedo, H. C., & Campo, A. (2005). Aproximación al uso de coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Páez, I. (julio-septiembre de 2009). La influencia del desempeño social corporativo en la satisfacción laboral de los empleados: Una revisión teórica desde una perspectiva multinivel. *Estudios Gerenciales*, 26(116), 63-81.
- Paredes, K. (2009). El comportamiento de las empresas del área metropolitana de la ciudad de Mérida desde el punto de vista de la Responsabilidad Social Empresarial. *Visión Gerencial*, 121-136.
- Parrott, R. (December de 2004). Emphasizing "Communication" in Health Communication. *Journal of Communication*, 54(4), 751-787.
- Pavithra, S., & Barani, G. (Sept de 2012). A study on Quality of Work Life Of Lawyers In Coimbatore Distric. *Indian Streams Reserch Journal*, 2(8), www.isrj.net.
- Peñafiel, C., Camacho, I., Aiestaran, A., Ronco, M., & Echegaray, L. (2014). La divulgación de la información de salud: un reto entre diferentes sectores implicados. *Revista Latina de Comunicación Social*, 69, 135-151.
- Pérez, A., García, M. d., & Rodríguez, I. A. (2008). Las dimensiones de la responsabilidad social de las empresas como determinantes de las intenciones

- de comportamiento del consumidor. (U. d. Cantabria, Ed.) *Revista Asturiana de Economía*(41), 127-147.
- Pérez, G., & Bedoya, D. A. (diciembre de 2005). Las estrategias de responsabilidad social en la expansión global, nuevo paradigma de la gestión empresarial. *Gestión y Ambiente*, 8(2), 173-180.
- Pérez, M. (julio-diciembre de 2009). Responsabilidad social corporativa (RSC) y comunicación: la agenda de las grandes empresas mexicanas. *Signo y Pensamiento*, XXVIII(55), 201-217.
- Pérez, M., & Terrón, M. (2004). La teoría de la difusión de la innovación y su aplicación al estudio de la adopción de recursos electrónicos por los investigadores en la Universidad de Extremadura. *Rev. Esp. Doc. Cient.*, 27(3), 308-329.
- Piñón, J., & Torres, M. (enero-febrero de 2001). Impacto de la promoción y la educación para la salud en los logros de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(1), versión On-line ISSN 1561-3038.
- Polit, D. E., Tatano, C., & Owen, S. V. (24 de July de 2007). Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. *Research in Nursing & health*, 30(4), 459-467.
- Porto, N., & Castromán, J. L. (septiembre-diciembre de 2006). Responsabilidad social: Un análisis de la situación actual en México y España. *Contaduría y Administración*(220), 67-88.
- Prieto, A., Moreno, M., & Cardozo, Y. (Noviembre de 2006). Modelo de comunicación desde una Perspectiva Social, orientado a la Actividad Física. *Revista de Salud Pública*, 8(Sup. 2), 81-93.
- Quezada, F., Sanhueza, A., & Silva, F. (2010). Diagnóstico de la calidad de vida laboral percibida por los tabajadores de cuatro servicios clínicos del complejo asistencial "Dr. Víctor Ruiz" de los ángeles (CAVRR). *Horizontes Empresariales*, 55-68.
- Raduan, R., LooSee, B., Jegak, U., & Khairuddin, I. (2006). An Analysis of Quality of Work Life (QWL) and Career - Related Variables. *American journal of Applied Sciences*, 3(12), 2151-2159.
- Ramírez, H. T. (junio de 2010). Rumbo al desarrollo de comportamientos con responsabilidad social en las organizaciones (RSO). *Administración y*

- Organizaciones: Compromiso y responsabilidad social y ambiental de las organizaciones (II)(24), 23-37.*
- Ratner, R., Sabal, J., Hernández, P., Romero, D., & Atalah, E. (noviembre de 2008). Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. *Revista médica de Chile, 136(11), 1406-1414.*
- Renaud, L., & Rico, C. (2007). Comunicación y Salud: Paradigmas Convergentes. *Observatorio (OBS*) Journal(2), 215-226.*
- Requena, F. (octubre-diciembre de 2000). Satisfacción, bienestar y calidad de vida en el trabajo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas(92), 11-44.*
- Resende, S. (septiembre-diciembre de 2008). Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva,, 4(3), 335-347.*
- Robles, M., Dierssen, T., Martínez, E., Herrera, P., Díaz, A. R., & Llorca, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria, 127-34.*
- Rodríguez, Ó., Fernández, J., & Martín, J. I. (Diciembre de 2007). Percepción directiva de las relaciones entre responsabilidad social y ética empresarial. *Boletín Económico del ICE(2927), 43-56.*
- Rogers, E. M. (november-december de 2002). Diffusion of preventive innovation. *Addictive Behaviors, 27(6), 989-993.*
- Romero, H., Súmano, R., & Romero, R. S. (2009). Salud pública y salud laboral para el desarrollo de la empresa queretana. *Revista de Salud Pública y Nutrición, 10(1).*
- Roper, W. (march-april de 1993). Health communication takes and new dimensions at CDC. *Public Health Reports, 108(2), 179-183.*
- Rozas, A. E. (2009). La responsabilidad social de las empresas. *QUIPUKAMAC, 16(32), 123-136.*
- Rubio, M. J., & Berlanga, V. (Julio de 2012). Cómo aplicar las pruebas paramétricas bivariadas t de Student y ANOVA en SPSS. Caso práctico. *Revista d Innovació i Recerca en Educació, 5(2), 83-100.*

- Salas, E., & Glickman, A. S. (1990). Comportamiento organizacional, teoría de sistemas socio-técnicos y calidad de vida laboral: La experiencia peruana. *Revista Latinoamericana en Psicología*, 22(1), 69-82.
- Salinas, J., Cancino, A., Pezoa, S., Salamanca, F., & Soto, M. (2007). Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. *Rev. Panam Salud Pública*, 21(2/3), 136-144.
- San Martín, J., & Prado, M. (2004). Percepción de riesgo y estrategias de comunicación social sobre el dengue en las Américas. *Rev. Panam Salud Pública*, 15(2), 135-139.
- Sanabria, P. A., González, L. A., & Urrego, D. Z. (Julio-diciembre de 2007). Estilo de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Med*, 15(2), 207-217.
- Sánchez, J. J., Pascual, A., Apellániz, A., Apellaniz, I., & Alba, A. (2005). Baremación y valoración del puesto de médico de empresa por el método renault. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública*, 1(11), 10-14.
- Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de Escalas de Medición en Salud. *Rev. Salud Pública*, 6(3), 302-318.
- Sansores, R. H., Giraldo, F., Valdelamar, F., Ramírez, A., & Sandoval, R. A. (2002). Impacto de los medios de comunicación masiva en una campaña antitabaco. *Revista de Salud Pública de México*, 44(suplemento 1), S101-S108.
- Santos, M., & Lopes, A. (setembro-dezembro de 2005). programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciência Saúde Coletiva*, 10, 207-219.
- Santos, V., Djair, M., & Correia, L. (Dezembro de 2011). A instrumentalização da educação em saúde na atenção básica. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(5), 7-17.
- Sapag, J., & Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev. Saúde Pública*, 41(1), 139-49.
- Scheppingen, A., Baken, N., Zwetsloot, G., Bos, E., & Berkers, F. (2012). A value case methodology to enable a transition towards generative health management. A case study from The Netherlands. *Journal of Human Resource Costing & Accounting*, 16(4), 302-319.

- Segurado, A., & Agulló, E. (2002). Calidad de vida laboral: Hacia un enfoque integrador desde la psicología social. *Psicothema*, 14(4), 828-836.
- Servaes, J., & Malikhao, P. (2010). Advocacy strategies for health communication. *Public Relations Review*, 36(1), 42-49.
- Server, R., & Capó, J. (Agosto de 2009). La Responsabilidad Social Empresarial en un contexto de crisis: Repercusión en las Sociedades Cooperativas. *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*(65), 7-31.
- Server, R., & Villalonga, I. (noviembre de 2005). La responsabilidad social corporativa y su gestión integrada. *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*(53), 137-161.
- Shahbazi, B., Shokrzadeh, S., Bejani, H., Malekinia, E., & Ghoroneh, D. (2011). A survey of relationship between the quality of work life and performance of Departmental Chairpersons of Esfahan University and Esfahan Medical Science University. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1555-1560.
- Shoaf, C., Genaidy, A., Karwowski, W., & Huang, S. (2004). Improving Performance and Quality of Working Life: A Model for Organizational Health Assessment in Emerging Enterprises. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, 14(1), 81-95.
- Silva, V. (2001). Comunicación y salud. *Inmediaciones de la comunicación*(121), 121-136.
- Sirgy, J., Efraty, D., Siegel, P., & Jin Lee, D. (2001). A new measure of quality work Life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social Indicators Research*, 55(3), 241-302.
- Soares, A. P., & de Sousa, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 647-663.
- Sodexo, 2. (3 de septiembre de 2014). <http://mx.sodexo.com>. Recuperado el 3 de septiembre de 2014
- Sørensen, K., & Brand, H. (2011). Health Literacy- A Strategic Asset for Corporate Social Responsibility in Europe. *Journal Health Communication*, 16(3), 322-7.

- Soto, F., Lacoste, J. A., Papenfuss, R. L., & Gutiérrez, A. (julio-agosto de 1997). El modelo de creencias de Salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335-341.
- Soto, M. (2009). Salud laboral y calidad de vida. *Revista Digital Ciencia y Didáctica*(22), 119-130.
- Spag, J. C., & Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública*, 41(1), 139-49.
- Strang, D., & Meyer, J. W. (1993). Institutional conditions for diffusion. *Theory and Society*, 22(4), 487-511.
- Tamez, S., Ortiz, L., Martínez, S., & Méndez, I. (2003). Riesgos y daños a la salud derivados del uso de videoterminal. *Salud Pública de México*, 45(3), 171-180.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55.
- Tejada, A. (2005). Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 117-123.
- Teng, H.-L., Yen, M., & Fetzer, S. (august de 2010). Health promotion lifestyle profile-II: Chinese version short from. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1864-1873.
- Terrón, J. (2010). Algunas reflexiones sobre la comunicacion y salud en España tras cinco años del observatorio de comunicación y salud. *Rev Esp Com Sal*, 1(2), 77-97.
- Tomás, J. M., Oliver, A., & Rodrigo, M. F. (2005). Modelos lineales y no lineales en la explicación de la siniestralidad laboral. *Psicothema*, 17(1), 154-163.
- Torres, J. J., & Perera, V. H. (2009). Cálculo de la Fiabilidad y Concordancia entre codificadores de un sistema de categorías pra el estudio del foro online en e-learning. *Revista de Investigación Educativa*, 27(1), 89-103.
- Torres, T., & Rodríguez, M. (Octubre de 2007). Evaluación Ergonómica de Puestos de Trabajo de la Industria Pesquera del Ecuador. *Revista Tecnológica ESPOL*, 20(1), 139-142.
- Trujillo, S., Tovar, C., & Lozano, M. (enero-junio de 2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de vida desde la psicología. *Univ. Psychol.*, 3(1), 89-98.

- Turker, D. (2009). How Corporate Social Responsibility Influences Organizational Commitment. *Journal of Business Ethics*, 89(2), 189-204.
- Turker, D. (2009). Measuring Corporate Social Responsibility: A Scale Development Study. *Journal of Business Ethics*, 411-427.
- Tziner, A., Oren, L., Bar, Y., & Kadosh, G. (2011). Corporate social responsibility, organizational justice and job satisfaction: How do they interrelate, if at all. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 27(1), 67-72.
- Urdaneta, M. J. (enero-marzo de 2008). La responsabilidad social en la industria farmacéutica del estado Zulia. *Revista Venezolana de Gerencia*, 13(41), 51-74.
- Uribe, A. F., Garrido, J., & Rodríguez, A. M. (2011). Influencia del tipo de contratación en la calidad de vida laboral. Manifestaciones del capitalismo organizacional. *Revista virtual Universidad Católica del Norte* (33), 101-116.
- Valenzuela, S., Sanhueza, O., Riquelme, N., Fernández, M., & Núñez, R. (2003). Salud laboral: situación de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería. *Enfermería Clínica*, 13(2), 94-102.
- Van, D., Edwards, J., & Easton, S. (s.f.). The work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 325-333.
- Vázquez, Á., Acevedo, J. A., Manassero, M. A., & Acevedo, P. (2001). Cuatro paradigmas básicos sobre la naturaleza de la ciencia. *Argumentos de Razón Teórica*(4), 135-176.
- Velázquez, Ó., Rosas, M., Lara, A., Pastelín, G., Sánchez, C., Attie, F., & Tapia, R. (enero-marzo de 2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la encuesta nacional de salud (ENSA) 2000. (A. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ed.) *Archivos de Cardiología de México*, 73(1), 62-77.
- Vélez, A. M. (enero-junio de 2011). Un recorrido hacia la reposabilidad social corporativa. *Revista Ciencias Estratégicas*, 19(25), 55-74.
- Veronen, U., & Mattila, M. (2000). The safety climate and its relationship to safety practices, safety of the work environment and occupational accidents in eight wood-processing companies. *Accidents Analysis and Prevention*, 32(6), 761-769.

- Villalobos, V., Ortiz, O., Thrasher, J., Arillo, E., Pérez, R., Cedillo, C., & González, W. (2010). Mercadotecnia Social y políticas públicas de salud: campaña para promover espacios libres de humo de tabaco en México. *Salud Pública de México*, 52, S120-S137.
- Vinodkumar, M., & Bhasi, M. (May de 2009). Safety climate factors and its relationship with accidents and personal attributes in the chemical industry. *Safety Science*, 47(5), 659-667.
- Wagner, J., Lacey, K., Chyun, D., & Abbott, G. (2005). Development of a questionnaire to measure heart disease risk knowledge in people with diabetes: the Heart Disease Fact Questionnaire. *Patient Education and Counseling*, 58(1), 82-87.
- Walton, R., & McKersie, R. B. (1965). *Behavioral theory of labor negotiations. An Analysis of a Social Interaction System* (2nd ed. ed.). (C. U. Press, Ed.) New York: McGraw Hill.
- Wartick, S., & Cochran, P. L. (1 de October de 1985). The evolution of the corporate social performance model. *Academy of Management*, 10(4), 758-769.
- Whitehead, D. (2006). Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management*, 14(1), 59-68.
- Williams, B., Onsmann, A., & Brown, T. (2010). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Journal of Emergency Primary Health Care*, 8(3), Retrieved from <http://ro.ecu.edu.au/jephc/vol8/iss3/1>.
- Williams, S., & Snow, D. (2012). Promoting health in small and medium-sized enterprises. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 19(4), 729-744.
- Zacarías, I., Pizarro, T., Rodríguez, L., González, L., & Domper, A. (octubre de 2006). Programa 5 al día para promover el consumo de verduras y frutas en Chile. *Revista chilena de nutrición*, 33(supl. 1), versión On-line ISSN 0717-7518.
- Zwetsloot, G., & Pot, F. (2004). The Business Value of Health Management. *Journal of Business Ethics*, 55(2), 115-124.