



Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones

ISSN: 1576-5962

revistas_copm@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

Vera-Calzaretta, Aldo; Carrasco-Dájer, Claudia; da Costa, Silvia; Páez-Rovira, Darío
Factores psicosociales del presentismo en trabajadores del Sistema de Salud chileno
Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, vol. 31, núm. 2, agosto, 2015,
pp. 119-128

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231340289007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Factores psicosociales del presentismo en trabajadores del Sistema de Salud chileno



Aldo Vera-Calzaretta^{a,*}, Claudia Carrasco-Dájer^a, Silvia da Costa^b y Darío Páez-Rovira^a

^a Universidad de Chile, Chile

^b Universidad del País Vasco, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de marzo de 2015

Aceptado el 23 de marzo de 2015

Palabras clave:

Desempeño
Factores psicosociales
Familia-trabajo
Presentismo
Productividad

R E S U M E N

Este estudio analizó los factores psicosociales que explicaban el presentismo o deterioro laboral autopercebido asociado a trabajar enfermo. La muestra fue de 676 trabajadores del sistema de salud chileno (84% de mujeres, $M = 35.9$ años, en su mayoría enfermeras y técnicos paramédicos). Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, el Job Content Questionnaire, el Effort-Reward Imbalance, el Health Performance Questionnaire y una escala de interferencia del trabajo en la vida familiar. La regresión lineal explicó el 21% de la varianza del deterioro laboral percibido. Este último se asoció a asistir a trabajar enfermo. Los resultados sugieren que el deterioro del desempeño y asistir a trabajar enfermo son dos aspectos del mismo proceso. El ausentismo por razones de salud, la interferencia del trabajo en la vida familiar y la sintomatología emocional predijeron el deterioro laboral. Éste último se asoció negativamente a trabajar en turnos, controlando edad y salario. Los resultados sugieren que el presentismo es explicado por factores del contexto de trabajo y el conflicto trabajo-familia.

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Psychosocial factors of presenteeism in Chilean Health System workers

A B S T R A C T

This study analyzed the psychosocial factors that explained the presenteeism as a self-perceived deterioration of work performance associated with sick working. The sample consisted of 676 employees of the Chilean health system (84% women, average age 35.9 years, mostly nurses and paramedics). A sociodemographic questionnaire, the Job Content Questionnaire, the Effort-Reward Imbalance, the Health Performance Questionnaire, and a scale of family work interference were applied. Linear regression explained 21% of the variance of presenteeism as self-perceived deterioration of work performance. The last variable was associated to attending sick to work. The results confirm that going to work sick and work performance deterioration are two aspects of the same process. Self-perceived deterioration of work performance was predicted by absenteeism for health reasons, family-labor interference, emotional symptoms, and (negatively) shift working, controlling for age and salary. The findings also suggest that presenteeism is explained by psychosocial factors and work-family conflict.

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mostrando la relevancia del tema, se ha constatado que el coste económico del presentismo o asistir a trabajar con una enfermedad

física es cuatro veces mayor que la del ausentismo o inasistencia laboral atribuida a la enfermedad (Hansen y Andersen, 2008). De forma esquemática existen al menos dos tradiciones de estudio sobre este tema (Johns, 2010). La primera concibe el presentismo como asistir al lugar de trabajo estando enfermo, indagándose sobre la frecuencia de este comportamiento y sus factores asociados (Aronsson, Gustafsson y Dallner, 2000; Hansen y Andersen, 2008). La segunda lo concibe como la valoración subjetiva negativa que un

* Autor para correspondencia: Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. Independencia 939, Santiago, Chile.

Correos electrónicos: avera.calzaretta@gmail.com; fctavc@gmail.com (A. Vera-Calzaretta).

individuo puede tener de su desempeño laboral –probablemente por el hecho de ir a trabajar enfermo. Esta tradición estudia cómo la productividad laboral subjetiva se ve afectada por diversas enfermedades y factores de riesgo para la salud (Kessler et al., 2004). Este estudio indagó sobre la relación que existe entre ambas perspectivas del presentismo, es decir, se midió el deterioro laboral percibido e ir a trabajar enfermo con el objetivo de contrastar si ambos fenómenos estaban asociados.

Respecto a la prevalencia del presentismo, en una muestra nacional de EEUU se encontró que el 22% de los encuestados había tenido impedimentos para desarrollar su trabajo debido a alguna enfermedad crónica en el último mes (Kessler, Greenberg, Mickelson, Meneades y Wang, 2001). Lerner, Amick, Malspeis y Rogers (2000) encontraron que un tercio de los adultos con problemas crónicos de salud informaron de dificultades –moderadas a graves– para desempeñarse en el ámbito laboral. Otra investigación constató que un 40% de los empleados que reportaron un problema crónico de salud, informaron tener limitaciones para desempeñarse en su puesto de trabajo (Munir et al., 2007). En relación al presentismo y la salud mental, los estudios muestran que la presencia de cuadros depresivos o trastornos del ánimo se asocian positivamente al presentismo concebido como deterioro del desempeño laboral (Burton, Schultz, Chen y Edington, 2008; Kessler et al., 2006).

Por otra parte, se han asociado al presentismo distintos factores de riesgo generales para la salud, como la no realización de actividad física (Burton et al., 2005), el sobrepeso y la obesidad (Gates, Succop, Brehm, Gillespie y Sommers, 2008). La conducta de las personas, cuando se les ha diagnosticado una enfermedad y no se someten a tratamiento, también se ha estudiado como factor de riesgo. Dicho comportamiento se ha asociado a asistir a trabajar estando enfermo (Vera, 2013).

Algunos hallazgos apoyan que el presentismo por enfermedad antecede al ausentismo por la misma causa (Goetzel et al., 2009). Por ejemplo, en un estudio se halló que el presentismo predecía dos y tres años después un mayor riesgo de solicitar una licencia médica (Bergstrom, Bodin, Hagberg, Aronsson y Josephson, 2009). Bergstrom et al. (2009) encontraron que el número promedio de días que los empleados asistían a trabajar estando enfermos era mayor que el número promedio de días de ausencia por enfermedad. La interpretación que se le dió a estos resultados fue que los empleados que padecían de presentismo por enfermedad evolucionaban al ausentismo por ella. Un objetivo de este estudio fue explorar si el ausentismo por razones de salud explicaba el presentismo como deterioro auto-percibido del desempeño.

Existen estudios limitados sobre los factores psicosociales laborales y las condiciones de trabajo relacionadas al presentismo o deterioro laboral. En relación a los antecedentes, podemos decir que los factores clásicos de malestar como alto estrés o demandas psicológicas en el trabajo, bajo control y autonomía del mismo, así como liderazgo de baja calidad y falta de apoyo social de los pares, son predictores del presentismo (Centro de Referencia de la Organización del Trabajo y Salud, 2010; Karasek y Theorell, 1990; Saavedra, Fuentealba y Pérez, 2009). También se ha encontrado que son predictores del mismo la inseguridad laboral la falta de apoyo de los supervisores, la insatisfacción en el trabajo, la falta de confianza (Caverley, Cunningham y MacGregor, 2007), así como el sobrecompromiso laboral (Hansen y Andersen, 2008). En relación a los consecuentes, Alavinia, Molenaar y Burdorf (2009) encontraron que tener limitaciones funcionales debido a problemas de salud, como también falta de control en el trabajo, se asocian positivamente a la pérdida de productividad.

Otro ámbito poco explorado es la relación entre presentismo, ámbito familiar y utilización del tiempo libre. En trabajadores de la salud se encontró que la interferencia del trabajo en la relación de pareja, en la relación con los hijos, en el uso del tiempo libre y en el

desempeño en el hogar se asocian a un menor rendimiento laboral percibido (Vera, 2012)

Objetivos

En base a la revisión previamente realizada, nos planteamos en este estudio: 1) contrastar la asociación entre asistir enfermo al trabajo y el deterioro autopercebido del desempeño laboral, 2) contrastar si las personas de la muestra que han incurrido en ausentismo por razones de salud –u otras– muestran mayor presentismo que quienes no lo han hecho, 3) examinar si existe asociación positiva entre tener síntomas emocionales, físicos y factores de riesgo de salud y el presentismo, 4) contrastar que factores psicosociales como las demandas psicológicas del trabajo, el sobrecompromiso con éste, la inseguridad laboral y el bajo control laboral se asocian a presentismo, 5) constatar que quienes trabajan bajo régimen de turnos presentan un mayor presentismo laboral y finalmente 6) que la interferencia del trabajo en la vida familiar se asocia positivamente al presentismo.

Método

Participantes

El diseño de este estudio fue transversal, participando 676 trabajadores de establecimientos del sistema de salud chileno. El 84% de la muestra provenía de hospitales públicos, 4.5% de centros de atención primaria en salud (CAPS) y 11.5% de centros privados de salud (CPS). Respecto a la profesión, un 45.3% eran enfermeras, 2.6% matronas, 31.1% técnicos-auxiliares paramédicos, 2.8% otros profesionales de la salud (kinesiólogos, tecnólogos médicos, etc), 3% otros profesionales administrativos, 10.9% técnicos administrativos y 4.3% auxiliares de servicio (tabla 1). El 84% fueron mujeres y el 16% hombres ($M = 36.51$ años, $DT = 11.12$). El 47.6% manifestó estar casado o conviviendo y 63.8% que tenía hijos. El 53.6% tenía estudios universitarios y 20.7% estudios técnicos. La muestra no fue aleatoria, aunque los porcentajes por sexo y las medias de edad fueron similares a las existentes en la población de trabajadores de la red asistencial del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2012).

Variables e instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Se construyó un cuestionario que incluyó las siguientes variables: tipo de establecimiento donde trabajaba la persona participante (hospital público, CAPS y CSP), sexo, edad, estado civil (casado/a o conviviente, separado/a, divorciado/a, viudo/a, soltero/a), hijos (sí, no), escolaridad (enseñanza universitaria, enseñanza técnica, enseñanza media y básica), tipo de contrato (planta, contrata, suplente, honorario, otros e indefinido-sector privado), tipo de seguro de salud (público, privado) y profesión u oficio. Para esta última variable se generaron tres grupos: a) enfermeras/os y matronas/es, b) técnicos y auxiliares paramédicos y c) otros profesionales de la salud (ejemplo, profesionales administrativos, administrativos/as y auxiliares de servicio).

Ingreso mensual líquido. Se utilizó la pregunta correspondiente del Health Performance Questionnaire (HPQ) (Kessler et al., 2004) solicitando a los encuestados que indicaran cuál era su salario mensual (después de impuestos) en categorías \$99.999 (141 euros) o menos, \$100.000 (142 euros) a \$199.999 (283 euros) y así sucesivamente, hasta \$3.000.000 (4.440 euros) o más. Se representó cada categoría por el punto medio de cada intervalo.

Percepción de sobre-endeudamiento. Esta variable se midió con la pregunta: “si usted se compara con el promedio de las personas que tienen deudas y que tienen un trabajo similar al suyo, diría que: a) está mucho menos endeudado/a que ellos/as, b)

Tabla 1
Presentismo según características socio demográficas

N	Total 676	Presentismo				Valor p
		Muy Bajo 174	Bajo 143	Medio 146	Alto 136	
<i>Sexo, n (%)^a</i>						
Femenino	567 (83.9)	141 (81.0)	127 (88.8)	122 (83.6)	116 (85.3)	.286 ^c
Edad (años), <i>M ± SD^b</i>	36.7 ± 11.2	38.7 ± 12.1	38.1 ± 11.6	35.0 ± 10.0	34.8 ± 10.4	.007 ^d
<i>Estado civil, n (%)</i>						
Casado/a o conviviente	322 (47.6)	84 (49.4)	59 (41.5)	69 (47.6)	71 (52.2)	.326 ^c
No casado(a)/No conviviente	347 (51.3)	86 (50.6)	83 (58.5)	76 (52.4)	65 (47.8)	
<i>Hijos, n (%)^a</i>						
Si	431 (63.8)	131 (75.3)	86 (60.1)	85 (58.2)	85 (62.5)	.005 ^c
<i>Escolaridad, n (%)^a</i>						
Estudios técnicos incompletos o menos	174 (25.7)	62 (35.6)	40 (28.0)	36 (24.7)	25 (18.4)	.001 ^c
Estudios técnicos	140 (20.7)	53 (30.5)	31 (21.7)	31 (21.2)	19 (14.0)	
Estudios universitarios	362 (53.6)	59 (33.9)	72 (50.3)	79 (54.1)	92 (67.6)	
<i>Profesión, n (%)^a</i>						
Enfermeras(os) y matronas(es)	324 (47.9)	53 (30.5)	64 (44.8)	69 (47.3)	78 (57.4)	.001 ^c
Técnicos paramédicos	210 (31.1)	83 (47.7)	48 (33.6)	43 (29.5)	25 (18.4)	
Otros ^e	142 (21.0)	38 (21.8)	31 (21.7)	34 (23.3)	33 (24.3)	
<i>Tipo de establecimiento, n (%)^a</i>						
Hospitales públicos	568 (84.0)	161 (92.5)	120 (83.9)	131 (89.7)	106 (77.9)	.006 ^c
Centros de APS	30 (4.4)	6 (3.4)	5 (3.5)	5 (3.4)	8 (5.9)	
Centros de salud privados	78 (11.5)	7 (4.0)	18 (12.6)	10 (6.8)	22 (16.2)	
<i>Tipo de contrato, n (%)^a</i>						
Planta	208 (30.8)	67 (39.0)	50 (35.2)	49 (33.6)	28 (20.7)	.001 ^c
Contrata	280 (41.4)	66 (38.4)	57 (40.1)	65 (44.5)	62 (45.9)	
Otros	100 (14.8)	32 (18.6)	16 (11.3)	21 (14.4)	21 (15.6)	
Indefinido/privado	81 (12.0)	7 (4.1)	19 (13.4)	11 (7.5)	24 (17.8)	
<i>Ingreso mensual después de impuestos \$ chilenos, M ± SD^b</i>	618.105 ± 370.390	509.941 ± 327.765	650.000 ± 394.018	617.586 ± 378.939	723.134 ± 353.748	.001 ^d
(Equivalencia en euros, <i>M ± SD^b</i>)	(883 ± 529.1)	(727.8 ± 468.2)	(928.6 ± 562.9)	(882.3 ± 541.3)	(1033.0 ± 505.4)	
<i>Seguro de salud, n (%)^a</i>						
Público	443 (65.5)	134 (78.4)	99 (70.2)	94 (64.8)	81 (60.9)	.006 ^c
Privado	219 (32.4)	37 (21.6)	42 (29.8)	51 (35.2)	52 (39.1)	
<i>Sobreendeudamiento, n (%)^a</i>						
No	200 (29.6)	58 (34.3)	45 (31.9)	48 (33.3)	36 (26.7)	.240 ^c
Bajo el promedio	166 (24.6)	49 (29.0)	33 (23.4)	29 (20.1)	33 (24.4)	
En el promedio	180 (26.6)	42 (24.9)	43 (30.5)	42 (29.2)	35 (25.9)	
Sobre el promedio	106 (15.7)	20 (11.8)	20 (14.2)	25 (17.4)	31 (23.0)	
<i>Dependencia económica desde otros, n (%)^a</i>						
Si	460 (68.0)	124 (81.6)	102 (79.7)	98 (72.1)	88 (68.8)	.040 ^c

Notas:^a *n*(%) = tamaño de la muestra (porcentaje columna)^b *M ± SD* = media ± desviación estándar.^c Prueba de independencia chi-cuadrado.^d Prueba de Kruskal-Wallis.^e La categoría Otros agrupó a: 2.8% otros profesionales de la salud (kinesiólogos, tecnólogos médicos, etc), 3% otros profesionales administrativos, 10.9% técnicos administrativos y 4.3% auxiliares de servicio

está menos endeudado/a que ellos/as, c) está en el promedio, ni más ni menos endeudado/a que ellos/as, d) está más endeudado/a que ellos/ellas y e) está mucho más endeudado/a que ellos/as".

Dependencia económica de otros respecto al trabajador. Se utilizó la pregunta "¿cuántas personas dependen económicamente de usted?". Para los análisis, esta variable se dicotomizó en 1 = una o más personas, 0 = ninguna.

Deterioro auto-percibido del desempeño. Se utilizó la escala sobre percepción de deterioro del desempeño personal incluida en el HPQ (Kessler et al., 2004). Esta escala es de 6 ítems con un rango de respuesta que va de 1 = *ninguna vez* a 5 = *todas las veces*. Los ítems se refieren a que si durante el último mes el trabajador vio mermado su desempeño a raíz de no estar trabajando por razones como: encontrarse distraído, no estar trabajando cuidadosamente, pérdida en la calidad de su trabajo, etc. La fiabilidad para este estudio fue satisfactoria, de $\alpha = .81$.

Haber asistido a trabajar enfermo durante el último año. Se construyó el ítem: "durante el último año, ¿cuántas veces se presentó a trabajar estando enfermo/a?", tomando como referencia los estudios de Aronsson et al. (2000) y de Hansen y Andersen (2008). Para los análisis se dicotomizó la variable, donde, 1 = asistió a trabajar enfermo/a durante el último año y 0 = no asistió a trabajar enfermo.

Escala de síntomas emocionales del HPQ (Kessler et al., 2004). Esta es una escala de 6 ítems, con un rango de respuesta tipo Likert que varía de 1 = *nunca* a 5 = *todas las veces*. El puntaje se obtuvo a partir de la suma de los ítems. La fiabilidad para este estudio fue satisfactoria, de $\alpha = .89$.

Síntomas físicos del HPQ. (Kessler et al., 2004). Esta escala está constituida de 11 ítems relacionados con síntomas de dolor, gripe y digestivos. El rango de respuesta para cada ítem varía de 1 = *en nada* a 4 = *mucho*. El puntaje se obtuvo a partir de la suma de los ítems. La fiabilidad para este estudio fue de $\alpha = .83$.

Haber sido diagnosticado por un médico con un tipo de enfermedad y nunca haberse sometido a tratamiento. Para la medición de esta variable se utilizó la pregunta del HPQ que indagaba sobre si un médico le ha diagnosticado o no una enfermedad y si nunca ha recibido tratamiento, si previamente ha estado en tratamiento o actualmente se encuentra en él (Kessler et al., 2004).

Consumo de tabaco. Se consultó si nunca ha fumado, es ex-fumador/a o fuma actualmente. Para los análisis multivariados se generó una variable *dummy* para aquellas personas que manifestaron que fumaban en la actualidad.

Actividad física durante el último año. Se preguntó si en el último año se ha realizado actividad física, como practicar un deporte, salir a caminar, andar en bicicleta, etc. Las categorías de respuesta fueron: *nunca o casi nunca, menos de 3 ó 4 veces al año, cada mes, cada semana y más de una vez a la semana.*

Índice de masa corporal (IMC). Para la estimación de éste se les solicitó a los sujetos que indicaran su estatura y su peso corporal; para calcular el IMC se aplicó la fórmula ($\text{peso}/\text{estatura}^2$).

Job Content Questionnaire (JCQ) (Karasek y Theorell, 1990). Éste se constituye de distintas subescalas todas con un rango de respuesta que varía de 1 = *totalmente en desacuerdo* a 4 = *totalmente de acuerdo*. Las sub-escalas utilizadas en este estudio fueron: demandas psicológicas (4 ítems, $\alpha = .66$), control laboral (7 ítems, $\alpha = .75$), apoyo social de la jefatura (4 ítems, $\alpha = .90$), apoyo social de los compañeros de trabajo (4 ítems, $\alpha = .85$) e inseguridad laboral (3 ítems, $\alpha = .57$). También se utilizó la escala de sobrecompromiso del cuestionario *Effort-Reward Imbalance Test* (ERI) de Siegrist (1996), compuesta de 6 ítems con un rango de respuesta que varía de 1 = *muy en desacuerdo* a 4 = *muy de acuerdo*. En este estudio mostró una fiabilidad de $\alpha = .75$.

Como indicadores de las condiciones de trabajo se incluyó: a) trabajar bajo régimen de turnos, utilizando el ítem “¿trabaja usted haciendo turnos?” (Si/No) y b) ausentismo laboral, utilizando la pregunta del HPQ (Kessler et al., 2004). Se solicitó a los encuestados que señalaran si durante el último mes habían perdido un día entero de trabajo o parte de él debido a problemas con su salud emocional o física o por otras razones. Se obtuvo dos indicadores, uno de ausentismo por razones de salud (Si/No) y otro de ausentismo por razones distintas a las de la salud (Si/No). Finalmente se evaluó la supervisión directa de personas, para lo que se utilizó también la pregunta del HPQ (Kessler et al., 2004) “¿cuántas personas supervisa usted directamente en su trabajo?”. Esta variable se dicotomizó como 1 = supervisa una o más personas y 0 = no supervisa personas.

Cuestionario de interferencia trabajo-familia (Riley y Small, 1990). Adaptado para Chile en el 2008 (Vera, 2012), considera la interferencia del trabajo en la relación de pareja/matrimonio (2 ítems, correlación de Spearman = .43), la relación padre-hijo (4 ítems, $\alpha = .89$), el uso del tiempo libre (4 ítems, $\alpha = .83$) y el manejo del hogar (4 ítems, $\alpha = .90$). El rango de cada respuesta varió entre 1 = *nunca* y 5 = *siempre*. Para los análisis multivariados se utilizó como indicador la interferencia del trabajo en el uso del tiempo libre y en el manejo del hogar como una sola puntuación (8 ítems, $\alpha = .82$).

Procedimiento

La recolección de los datos se realizó entre noviembre de 2010 y diciembre de 2011. Quienes participaron del estudio respondieron el cuestionario ya sea (a) en formato de papel o (b) en formato electrónico en la página web del Colegio de Enfermeras de Chile-Asociación Gremial. La aplicación en formato papel se llevó a cabo por encuestadores entrenados. Al autoreporte online pudieron acceder sólo las enfermeras asociadas. Para evitar que una misma persona completara dos veces el cuestionario se generó un control de acceso en base al número de identificación personal (ID). La encuesta en formato papel fue respondida por 568 trabajadores/as

del sector público y el autoreporte online por 118 (sólo enfermeras/os).

Para los análisis estadísticos se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado utilizando distribuciones porcentuales, medidas de tendencia central y de dispersión. Para evaluar si las variables distribuían normalmente, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En la comparación de variables cuantitativas entre k muestras independientes se utilizó a título referencial la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney si $k = 2$ y la de Kruskal-Wallis si $k > 2$; en la asociación de dos variables se utilizó chi-cuadrado de independencia tratándose de variables nominales y correlación de Spearman o de Pearson en el caso de dos variables ordinales o cuantitativas. Para los modelamientos se realizaron regresiones lineales simples y múltiples. Como los residuos de los modelos no cumplieron con el supuesto de normalidad, se procedió a transformar cada una de las variables explicativas en funciones *spline* lineales. Chué (2008) señala que éstas resultan al dividir los valores de la variable explicativa (x) en sub intervalos de x y en cada uno de éstos se procede a ajustar los datos con un polinomio. Luego, se unen los polinomios, originándose una función *spline*. Esta función es suave y continua en los puntos o nodos (*knot*) en que se dividió el intervalo. Para contrastar que las asociaciones no se debían a la varianza compartida por ser todas las escalas de auto informe y estilo Likert, se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales.

Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizó el software SPSS 17.0 y el Stata 11.

Resultados

Se encontró que el presentismo es mayor entre quienes trabajan en CSP y en CAPS, mientras que en los trabajadores de hospitales el presentismo es menor. Las personas de mayor edad muestran niveles bajos ($M = 38.1$ años, $DT = 11.6$) y muy bajos de presentismo ($M = 38.7$ años, $DT = 12.1$). Quienes no tienen hijos muestran mayor presentismo. Las personas que informan de tener estudios superiores presentan mayor presentismo que sus homólogos de estudios técnicos y secundarios. En relación al rol laboral, las enfermeras o matronas y el grupo de otros trabajadores de la salud presentaron mayor presentismo, mientras que los técnicos paramédicos se ubicaron en el otro extremo.

Al analizar la asociación entre haber asistido a trabajar en estado de morbilidad durante el último año y deterioro del desempeño (objetivo 1), se encontró que ésta fue positiva. Se confirmó que quienes han incurrido en ausentismo por razones de salud y por otras razones (objetivo 2) muestran más presentismo. Se confirmó también que la mayor puntuación media de síntomas emocionales la presentó el grupo con un alto nivel de presentismo comparado con el resto de los grupos (objetivo 3). Del mismo modo, quienes presentaron una mayor puntuación media de síntomas relacionados con la esfera del dolor, con la gripe y con problemas digestivos fueron los grupos con niveles medio y alto de presentismo. Al examinar los factores de riesgo para la salud, se encontró que la presencia de enfermedades diagnosticadas por un médico y nunca haber estado en tratamiento se asoció positivamente a presentismo. También se halló que la no realización de actividad física de modo frecuente se asocia positivamente al presentismo. Finalmente, el consumo de cigarrillos se asoció negativamente al presentismo.

Respecto a la relación entre factores psicosociales –demandas psicológicas del trabajo, el sobrecompromiso con éste y la inseguridad laboral, el bajo control laboral– y el presentismo (objetivo 4), se confirmó que este se asociaba a menor liderazgo de calidad y apoyo social. Al examinar las puntuaciones de la variable apoyo social de la jefatura y de los colegas, se encontró que la menor puntuación media la tuvo el grupo con un nivel alto de presentismo. De igual forma, como se había esperado, la inseguridad laboral

y el sobrecompromiso se asociaron al presentismo. En contra de lo esperado (objetivo 5) se encontró que el desempeñarse en sistema de turnos se asoció a un menor presentismo comparado con quienes tienen otro régimen laboral. Finalmente, se encontró diferencias significativas en la interferencia del trabajo en relación de pareja, siendo la mayor puntuación media la del grupo con nivel alto de presentismo (objetivo 6). En el caso de la interferencia del trabajo en relación con los hijos, la mayor puntuación media la tuvo el grupo con nivel alto de presentismo. Por otra parte, con respecto a la interferencia del trabajo en el uso del tiempo libre, la mayor puntuación promedio la tuvo el grupo con nivel alto de presentismo. Finalmente la mayor puntuación en interferencia del trabajo en el hogar la presentó el grupo con nivel alto de presentismo.

Respecto a las características del trabajo, el tipo de contrato laboral se asoció a presentismo. Aquellos que tienen un tipo de contrato indefinido que faculta al trabajador para hacer parte de

la carrera funcional tienden a presentar menor presentismo. El salario es mayor en los trabajadores que tienen un nivel alto de presentismo. A su vez, quienes tienen un seguro público de salud muestran menor presentismo comparados con los que tienen un seguro de salud de tipo privado. Otra de las variables que se asoció negativamente al presentismo es que otras personas dependan económicamente del trabajador. Por otra parte, tener baja la supervisión a otras personas se asoció a presentismo (ver tabla 2).

En la tabla 3 se presentan las correlaciones de Spearman entre las variables predictoras y el deterioro percibido del desempeño para complementar los análisis de la tabla 2. Las correlaciones bivariadas de Spearman confirman que se asocian al deterioro del desempeño la menor edad, la interferencia del trabajo, los síntomas emocionales y físicos, el sobrecompromiso y la inseguridad laboral, mientras que el control laboral y el apoyo social de los compañeros y los jefes no se asocian –aunque si mostraban asociaciones tendenciales o significativas en los análisis previos (ver tablas 2 y 3).

Tabla 2

Asistir enfermo al trabajo, factores psicosociales, salud, factores de riesgo, ausentismo e interferencia trabajo familia según presentismo

N	Total 676	Presentismo como deterioro autopercebido del desempeño				Valor p
		Muy Bajo 174	Bajo 143	Medio 146	Alto 136	
Haber asistido a trabajar enfermo (último año), n (%) ^a						
Si	244 (44.4)	49 (33.3)	55 (42.0)	66 (47.1)	74 (56.1)	.002 ^c
Ausentismo laboral (último año), n (%) ^a						
Por razones de salud						
Si	115 (17.0)	24 (16.2)	20 (15.3)	24 (18.0)	44 (36.1)	.001 ^c
Por otras razones						
Si	316 (46.7)	68 (47.9)	69 (53.5)	76 (60.3)	90 (72.6)	.001 ^c
Salud mental, M ± SD ^b						
Síntomas emocionales	11.8 ± 5.2	9.8 ± 4.7	11.3 ± 5.0	11.9 ± 4.2	14.5 ± 5.7	.001 ^d
Salud física, M ± SD ^b						
Síntomas físicos (dolor, gripe y digestivos)	20.8 ± 6.3	18.3 ± 5.6	19.7 ± 5.2	21.8 ± 6.2	23.8 ± 6.7	< .001 ^d
Factores de riesgo						
IMC, M ± SD ^b	26.1 ± 4.3	26.2 ± 4.0	26.0 ± 4.2	25.7 ± 4.0	26.5 ± 4.9	.605
Enfermedades diagnosticadas, n (%) ^a						
Nunca tratadas	408 (60.4)	84 (50.9)	97 (70.3)	101 (72.7)	105 (78.4)	.001 ^c
Actividad física (último año), n (%) ^a						
No	495 (73.2)	130 (76.9)	107 (77.5)	113 (79.0)	120 (89.6)	.025 ^c
Hábito tabáquico, n (%) ^a						
Nunca he fumado	273 (40.4)	82 (48.5)	61 (44.2)	58 (40.6)	63 (47.0)	.035 ^c
Soy ex fumador	128 (18.9)	36 (21.3)	18 (13.0)	31 (21.7)	35 (26.1)	
Actualmente fumo	212 (31.4)	51 (30.2)	59 (42.8)	54 (37.8)	36 (26.9)	
Factores psicosociales, M ± SD ^b						
Demandas psicológicas	28.4 ± 5.8	28.1 ± 5.7	28.1 ± 5.7	28.4 ± 5.5	29.2 ± 6.3	.203 ^d
Control laboral	72.0 ± 12.1	71.5 ± 12.4	71.5 ± 12.9	74.3 ± 11.6	70.8 ± 11.2	.089 ^{d,***}
Apoyo social de la jefatura y de los colegas	23.3 ± 4.6	23.5 ± 5.1	23.8 ± 3.9	23.7 ± 4.8	22.3 ± 4.1	.007 ^d
Inseguridad laboral	4.1 ± 1.3	4.0 ± 1.3	3.9 ± 1.2	4.0 ± 1.1	4.5 ± 1.6	.003 ^d
Sobrecompromiso con el trabajo	13.8 ± 3.6	12.4 ± 3.5	13.6 ± 3.6	14.0 ± 3.1	15.6 ± 3.4	.001 ^d
Realiza turnos de trabajo, n (%) ^a						
Si	352 (52.1)	113 (65.7)	86 (60.1)	79 (54.5)	62 (45.6)	.004 ^c
Supervisión directa de personas, n (%) ^a						
Si	290 (42.9)	55 (32.2)	65 (47.4)	76 (53.1)	83 (61.9)	.001 ^c
Interferencia trabajo-familia, M ± SD ^b						
En la relación de pareja	5.2 ± 2.0	4.9 ± 1.9	4.9 ± 1.9	5.2 ± 1.9	6.0 ± 2.0	.001 ^d
En la relación con los hijos	9.6 ± 3.9	8.6 ± 3.7	9.3 ± 3.7	9.7 ± 3.8	11.2 ± 4.0	.001 ^d
En el uso del tiempo libre	10.2 ± 3.9	8.4 ± 3.5	9.6 ± 4.1	10.0 ± 3.6	10.4 ± 3.7	.001 ^d
En el manejo del hogar	9.7 ± 4.0	8.9 ± 4.2	9.1 ± 4.0	9.6 ± 3.9	9.9 ± 3.9	.001 ^d
En el uso del tiempo libre y manejo del hogar	19.9 ± 7.4	17.4 ± 7.4	18.7 ± 6.9	21.1 ± 6.9	22.9 ± 7.2	.001 ^d

Notas:

^a n (%) = tamaño de la muestra (porcentaje columna).

^b M ± SD = media ± desviación estándar.

^c Prueba de independencia chi-cuadrado.

^d Prueba de Kruskal-Wallis.

*** p ≤ .10.

Tabla 3

Correlaciones de Spearman entre las variables consideradas en el estudio

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
(1) Edad	-									
(2) Interferencia del trabajo en el uso del tiempo libre y el manejo del hogar	-.06	-								
(3) Síntomas emocionales	.04	.34**	-							
(4) Síntomas físicos	-.13**	.47**	.47**	-						
(5) Índice de masa corporal - IMC	.26**	.01	-.01	.01	-					
(6) Apoyo social de los colegas y la jefatura	-.08	-.26**	-.22**	-.21**	-.05	-				
(7) Demandas psicológicas	-.05	.33**	.11**	.01**	-.01	-.10*	-			
(8) Control laboral	.07	-.10*	-.14**	-.15**	.02	.34**	.11**	-		
(9) Sobrecompromiso	.01	.53**	.37**	.44**	-.01	-.17**	.37**	-.05	-	
(10) Inseguridad laboral	-.18**	.18**	.07	.05	-.01	-.15**	.10*	-.17**	.15**	-
(11) Presentismo (deterioro del desempeño)	-.16**	.26**	.31**	.29**	.03	-.08	.04	-.02	.28**	.10*

* $p < .05$.** $p < .01$.

En la tabla 4 se presentan los resultados de los análisis de regresión lineal simple. Para cada una de las variables explicativas del presentismo se identifican los modelos no ajustados (modelos 0) y los modelos ajustados (modelos 1) por edad, sexo, salario, profesión y tipo de establecimiento. Como se aprecia en los modelos ajustados, se asociaron de modo significativo y positivo con el deterioro

laboral el comportamiento de haber asistido enfermo al trabajo durante el último año (que junto con el anterior conforma el presentismo) y factores predictores per se como ausentarse del trabajo por razones relacionadas con el estado de salud, como también, por otro tipo de razones distintas a éstas, la interferencia del trabajo en el uso del tiempo libre y manejo del hogar y la presencia de sintomatología

Tabla 4

Modelos de regresiones lineales simples y múltiples para la variable dependiente presentismo por cada variable explicativa y ajustada por las variables de control

Variables explicativas	Modelos 0 No ajustado ^{a,b}		Modelo 1 Ajustado ^{a,b,c}	
	B (IC 95%) ^d	Valor p	B (IC 95%) ^d	Valor p
Asistir al trabajo enfermo				
Haber asistido a trabajar enfermo (último año) (sí = 1 / no = 0)	1.336 (0.552, 2.120)	.001	1.255 (0.478, 2.032)	.002
Ausentismo				
Por razones de salud (sí = 1 / no = 0)	1.774 (1.160, 2.389)	.001	1.385 (0.839, 2.078)	< .001
Por otras razones (sí = 1 / no = 0)	1.173 (0.653, 1.694)	.001	0.892 (0.370, 1.413)	.001
Interferencia del trabajo en la familia:				
En el uso del tiempo libre y el manejo del hogar	0.104 (0.068, 0.141)	.001	0.085 (0.049, 0.121)	.001
Percepción de sobreendeudamiento (sí = 1 / no = 0)	0.207 (-0.027, 0.442)	.083	0.271 (0.036, 0.506)	.024
Salud mental				
Síntomas emocionales	0.181 (0.134, 0.227)	.001	0.164 (0.118, 0.210)	< .001
Salud física				
Síntomas físicos (dolor, gripe y digestivos)	0.143 (0.102, 0.185)	.001	0.131 (0.090, 0.171)	< .001
Factores de riesgo				
Fuma (sí = 1 / no = 0)	0.258 (-0.371, 0.887)	.420	0.232 (-0.390, 0.853)	.464
Realización de actividad física frecuentemente (sí = 1 / no = 0)	-0.892 (-1.530, -0.254)	.006	-1.36 (-1.776, -0.496)	.001
Índice de masa corporal- IMC- (cuantitativa)	0.022 (-0.038, 0.0823)	.472	0.073 (0.011, 0.134)	.020
Enfermedades diagnosticadas por un médico nunca tratadas (sí = 1, no = 0):	1.173 (0.635, 1.712)	.001	0.869 (0.329, 1.409)	.002
Factores psicosociales				
Demandas psicológicas	0.024 (-0.021, 0.069)	.294	0.005 (-0.040, 0.050)	.821
Control laboral	-0.005 (-0.027, 0.016)	.639	-0.018 (-0.040, 0.004)	.108
Apoyo social de los colegas y la jefatura	-0.055 (-0.013, 0.004)	.068	-0.038 (-0.095, 0.020)	.198
Inseguridad laboral	0.219 (0.029, 0.409)	.024	0.128 (-0.065, 0.320)	.192
Sobrecompromiso	0.244 (0.174, 0.315)	< .001	0.215 (0.144, 0.286)	< .001
Condiciones de trabajo				
Realización de turnos (sí/no)	-1.038 (-1.539, -0.536)	.001	-0.948 (-1.481, -0.415)	.001
Supervisión directa de personas (sí/no)	1.249 (0.750, 1.749)	.001	-0.235 (-1.049, 0.579)	.570

Notas:

^a Variable respuesta: presentismo.^b Regresiones lineales simples.

^c Regresiones lineales múltiples para cada variable explicativa ajustadas por sexo, edad (cuantitativa), salario mensual líquido (cuantitativa), profesión (enfermeras -Si/No- y Técnicos paramédicos -Si = 1 / No = 0- y otros profesionales Si = 1 / No = 0, variables dummy), tipo de establecimiento (Hospital -Si = 1 / No = 0-, Centro de Salud de (CAPS) -Si = 1 / No = 0-, centros privados (CPS) -Si = 1 / No = 0-, variables dummy).

^d B (IC 95%): Coeficiente B no estandarizado (intervalo de confianza al 95%).

Tabla 5

Comparación de modelos de regresión lineal múltiple para presentismo sin y con función de ajuste spline de las variables

Variables explicativas	Modelo 1 ^{a,b,c}		Modelo 2 ^{a,d,e,f}	
	B (IC 95%) ^g	Valor <i>p</i>	B (IC 95%) ^g	Valor <i>p</i>
Asistir al trabajo enfermo				
Haber asistido a trabajar enfermo en el último año (sí/no)	1.115 (0.075, 2.155)	.036	1.195 (0.171, 2.219)	.022
Ausentismo				
Por razones de salud en el último año (sí/no)	1.083 (0.444, 1.722)	.001	0.996 (0.372, 1.621)	.002
Interferencia del trabajo en				
El uso del tiempo libre y el manejo del hogar	0.050 (0.009, 0.091)	.017	0.131 (0.049, 0.212)	.002
Salud mental				
Síntomas emocionales	0.112 (0.059, 0.165)	< .001	0.300 (0.177, 0.424)	< .001
Condiciones de trabajo				
Realización de turnos (sí/no)	−1.105 (−1.644, −0.565)	.003	−0.884 (−1.430, −0.339)	.002

Notas:^a Variable respuesta: presentismo como deterioro autopercebido del desempeño.^b Regresión lineal múltiple sin transformación de variables con función de ajuste Spline.^c ($F = 17.131$, $gl = 7$, $p < .001$, $R^2_{ajustado} = .207$).^d Modelos ajustados por las variables edad y salario.^e Regresión lineal múltiple con transformación de variables con función de ajuste Spline.^f ($F = 17.439$, $gl = 7$, $p < .001$, $R^2_{ajustado} = .210$).^g B (IC 95%): Coeficiente B no estandarizado (Intervalo de confianza al 95%).

física y emocional (que también mostraban correlaciones de Spearman significativas). La realización de actividad física se asoció negativamente con el presentismo y de modo positivo el IMC (aunque la correlación de Spearman no fue significativa); haber sido diagnosticado con una enfermedad y no encontrarse en tratamiento a pesar de ser necesario también se asoció al presentismo (ver tabla 4).

Se examinó la asociación de un conjunto de variables psicosociales con el presentismo. Los factores incluidos fueron demandas psicológicas, control que los trabajadores tienen sobre su quehacer laboral y el apoyo social de los jefes y de los colegas (estas variables mostraban correlaciones de Spearman no significativas). Las regresiones confirmaron que las variables demandas psicológicas, control laboral y apoyo social de los jefes y colegas no tuvieron una asociación significativa con el presentismo, mientras que mostró una asociación significativa el sobrecompromiso. Cuando se analizaron distintas condiciones de trabajo, como haber tenido un accidente laboral durante el último año, tener que supervisar directamente a personas y trabajar bajo el régimen de turnos, se encontró solamente una asociación negativa entre ésta última variable y el presentismo. Otra variable que se asoció positivamente con el presentismo fue la percepción subjetiva de estar sobreendeudado (ver tabla 4).

Como los datos no cumplieron con el supuesto de normalidad multivariada en la distribución de los residuos, se procedió a

implementar un modelo de regresión lineal múltiple basado en la transformación de las variables explicativas, en funciones lineales de ajuste *spline*. Como se aprecia en la tabla 5, se asociaron positivamente al presentismo como deterioro laboral el haber asistido a trabajar enfermo, haberse ausentado del trabajo por razones de salud, la interferencia del trabajo en el uso del tiempo libre y en el manejo del hogar y la presencia de sintomatología emocional. Por otra parte, se asociaron de modo negativo y significativo el trabajar bajo el régimen de turnos, controlando por la edad y salario de los trabajadores. No resultaron ser significativos los factores psicosociales como las demandas psicológicas, el control laboral y el apoyo social de la jefatura y de los colegas.

Finalmente, siguiendo la sugerencia de un revisor anónimo, se llevó a cabo un análisis factorial para contrastar que las asociaciones no se debían a la varianza compartida por la forma común de medir las variables. El análisis de componentes principales encontró tres factores y no solo uno como ocurriría si se diera una asociación fuerte por un método común de medida. El primer factor agrupó a las variables de síntomas, la interferencia del trabajo en el uso del tiempo libre y manejo del hogar, como también el sobrecompromiso; el segundo factor, integró las exigencias psicológicas y control laboral; el tercero agrupó la variable de inseguridad laboral, el bajo apoyo social de pares y supervisores, así como el bajo control laboral (tabla 6, ver en negrita variables con pesos factoriales de .50 o más).

Tabla 6

Matriz de componentes principales con rotación Varimax para las variables explicativas

	Componente		
	1	2	3
Síntomas físicos	.80	.07	.03
Síntomas emocionales	.75	.01	.07
Interferencia del trabajo en el uso del tiempo libre y el manejo del hogar	.58	.48	.22
Sobrecompromiso	.57	.50	.15
Demandas psicológicas	.12	.79	.03
Inseguridad laboral	−.18	.27	.79
Control laboral	−.27	.49	− .60
Apoyo social de los colegas y la jefatura	−.38	.02	− .59
% de la varianza	33.335	16.401	12.733
% acumulado de la varianza	33.335	49.736	62.470

Nota: Las cifras en negrita son significativas. Se utilizó como criterio que las cargas factoriales fueran $\geq .50$.

Discusión

Los resultados muestran que asistir enfermo a trabajar se asocia positivamente al presentismo como deterioro autopercebido del desempeño. Aunque parece obvio, ya que lo primero es condición necesaria de lo segundo, ambas variables se utilizan como indicadores alternativos de presentismo. Estas conceptualizaciones explican dos etapas diferentes en dicho proceso. Por una parte, la decisión de asistir al trabajo cuando se está enfermo (Aronsson et al., 2000) y, por otra, el presentismo entendido como el deterioro autopercebido del desempeño (Kessler et al., 2004). Los postulados de los modelos de Aronsson et al. (2000) y Johns (2010) apuntan que asistir al trabajo enfermo y el deterioro percibido del desempeño están asociados; sin embargo, las propuestas de estos autores han sido formuladas sólo sobre la base de revisiones conceptuales y parcialmente a través de estudios empíricos. Al momento de esta investigación no se encontró evidencia previa que sustentara esta asociación. En este sentido se confirma la primera hipótesis u objetivo del estudio.

Confirmando el segundo objetivo o hipótesis, se encontró que el ausentismo por razones de salud resultó ser un factor explicativo del presentismo como deterioro autopercebido del desempeño. Este es un tipo de resultado interesante de valorar ya que los investigadores han comprobado cómo el presentismo por enfermedad antecede al ausentismo por enfermedad (Bergstrom et al., 2009; Biron, Brun, Ivers y Cooper, 2006). Además, en éstos estudios se ha utilizado como indicador del presentismo el número de veces que las personas se han presentado a trabajar enfermas y no, como en este estudio, el deterioro autopercebido del desempeño. Finalmente, hay que destacar la ausencia de estudios que den cuenta de si el ausentismo por razones de salud hace que las personas tengan un peor desempeño una vez que se insertan a trabajar. Una hipótesis a verificar en el futuro es si quienes se ausentan por razones de salud tienden a presentar una mayor probabilidad de tener un peor desempeño cuando retornan a trabajar. Para esto, necesariamente, se requiere de estudios con diseños longitudinales, ya que ambas relaciones causales son plausibles: el que las personas tengan un peor desempeño hace que se ausenten más cuando tienen problemas de salud o por el contrario y el que las personas que tienen problemas de salud y se ausentan del trabajo tiendan a tener un desempeño peor. Debemos ser cautelosos cuando hacemos referencia al presentismo y ausentismo, pues son parte de un mismo proceso de decisión y es muy probable que ambos no sólo dependan de la salud del trabajador, sino además de otros factores relacionados con el contexto, el ambiente de trabajo y factores personales (Johns, 2010).

Cuando se analizó a nivel bivariado el estado de salud de los trabajadores, se encontró que la presencia de síntomas emocionales y síntomas físicos se asociaron de modo positivo con el presentismo. Lo mismo ocurrió con los factores de riesgo como el IMC (aunque este no se asoció según la correlación de Spearman) y el haber sido diagnosticado con una enfermedad y nunca haber recibido tratamiento. La realización de actividad física se relacionó negativamente al presentismo. En los análisis multivariados sólo los síntomas emocionales resultaron ser predictores positivos, no así la sintomatología física y los factores de riesgo. En consecuencia, la tercera hipótesis formulada se corroboró de modo parcial.

La cuarta hipótesis de trabajo también se corroboró de modo parcial. Algunos de los factores psicosociales se relacionaron con el presentismo en el análisis bivariado, pero no en el multivariado. El menor control sobre las decisiones y apoyo social de la jefatura, la mayor inseguridad laboral y un sobrecompromiso con el trabajo se asociaron al presentismo –aunque las dos primeras no mostraron correlaciones de Spearman significativas. Sin embargo, estas asociaciones resultaron ser no significativas cuando se ajustó los modelos por sexo, edad, salario, profesión y tipo de establecimiento.

Por otra parte, la única variable relacionada con las condiciones de trabajo que se asoció de modo inverso con presentismo fue el trabajar en sistema de turnos –esta asociación resultó ser significativa tanto a nivel bivariado como multivariado. Éste hallazgo llama la atención, puesto que existe mucha evidencia sobre los efectos nocivos sobre la salud que tiene el trabajo por turnos. Con estos hallazgos, la quinta hipótesis de trabajo no se confirma. Parece que tener que trabajar a turnos, por el esfuerzo que implica en general y en el ambiente sanitario en particular, inhibe el presentismo. Por otro lado, confirmando el sexto objetivo del estudio, se encontró que la interferencia del trabajo en la vida familiar también resulta ser un factor explicativo del deterioro autopercebido del desempeño laboral. Este es consistente con lo encontrado en profesionales del sector productivo y del sector servicio (Vera, 2012). La conciliación entre la vida laboral y la vida familiar es un aspecto que amerita considerarse en estudios futuros. Finalmente, al incorporar el conjunto de variables en la regresión múltiple, los mejores predictores del presentismo como deterioro autopercebido del desempeño fueron el asistir a trabajar enfermo (que constituye junto con el deterioro el presentismo) y el ausentismo laboral por razones de salud, que es una fase del proceso de deterioro laboral. También fueron predictores la interferencia del trabajo en el uso del tiempo libre y la presencia de sintomatología emocional, que constituyen ambas factores explicativos en sí mismo. Finalmente, un predictor negativo del presentismo fue la realización de turnos de trabajo –en contra de lo esperado. Los resultados sugieren que los factores que explican el presentismo son multidimensionales, aunque esencialmente se vinculan al estado de salud y el comportamiento asociado a éste, a los problemas de la esfera familiar producto del trabajo y los síntomas emocionales asociados probablemente a las condiciones de trabajo. El carácter protector de trabajar a turnos debe ser replicado y se puede hipotetizar que el gran esfuerzo de adaptación que implica cambiar el ciclo circadiano hace que los asalariados eviten más estar presentes en el trabajo con nivel de deterioro por enfermedad.

Conclusiones

Una fortaleza de este estudio podría ser que resultó ser predictor del presentismo, concebido como deterioro laboral percibido, una variable que no ha sido considerada en otros estudios –aunque parezca obvia, ya que hace parte del fenómeno–, como es el presentarse a trabajar enfermo durante el último año. También fue predictor del presentismo la conducta contraria, es decir, el ausentismo por razones de salud. Otros predictores fueron la interferencia del trabajo en la vida familiar y los efectos emocionales negativos de éste. Una limitación de este estudio es que la selección de la muestra no fue probabilística, lo que podría haber inducido sesgos de selección. La gran mayoría de las personas participantes estaba concentrada en las profesiones de enfermeras y de técnicos y auxiliares paramédicos. Según el tipo de establecimiento, mayoritariamente los individuos pertenecían a hospitales. Por otra parte, la muestra en estudio fue obtenida desde diversos establecimientos. Otra limitación es que el estudio se basa únicamente en auto-informes, con los sesgos que estos implican. El resultado del análisis factorial de componentes principales sin embargo mostró que los auto informes no se reunían en un solo factor, por lo que sus asociaciones no se explicaban por el método común de medición de las variables.

A modo de conclusión, los resultados de este estudio sugieren, por una parte, que el asistir enfermo al trabajo y el deterioro autopercebido del desempeño se asocian positivamente y son dos aspectos de un mismo proceso. Por otra, se corrobora que los factores explicativos de presentismo, como deterioro autopercebido del desempeño, tienen un carácter multidimensional. Dentro de

los distintos grupos de factores se corroboró que el ausentismo por razones de salud, la interferencia del trabajo en la vida familiar, los síntomas emocionales y el no trabajar bajo el régimen de turnos son explicativos del presentismo como deterioro auto percibido del desempeño.

Como conclusiones vinculadas a la práctica, señalamos que la importancia y costes del presentismo deben ser tenidos en cuenta en la gestión de personas. Iniciativas orientadas a evitar el ausentismo como forma de abandono laboral pueden tener como efecto rebote el inducir a trabajar aunque la situación de salud impida un rendimiento adecuado. Las estrategias de gestión del estrés, en particular las orientadas a reducir los síntomas emocionales de este, no solo redundan en mejorar el bienestar como está demostrado, sino que también ayudarían a disminuir el presentismo o trabajar enfermo con bajo rendimiento. Lo mismo se puede decir con respecto a las políticas de conciliación entre el trabajo y la vida familiar. Es importante destacar que el instrumento de evaluación ISTAS21 se ha adaptado al contexto chileno y la Subsecretaría de Asuntos Económicos y Sociales del Gobierno lo ha designado por ley como instrumento diagnóstico obligatorio de riesgo psicosocial laboral. Este instrumento, conocido como SUSESOIstas21 (Saavedra et al., 2009), incluye una dimensión de exigencias psicológicas o estrés y otra de doble presencia –vinculada a la interferencia trabajo vida familiar. Esta evaluación es obligatoria y si se da una presencia de personas en zonas de alto riesgo (alto estrés, bajo control trabajo y autonomía, bajo apoyo de pares y liderazgo de baja calidad) las mutualidades deberían intervenir. Los resultados de nuestro estudio alertan sobre la necesidad de considerar al presentismo como uno de los efectos de esta situación de riesgo, que sería pertinente considerar.

Extended Summary

Presenteeism or sick working has an economic impact that is four times the negative effect of absenteeism. This study analyzed the psychosocial factors that explained the presenteeism as self-perceived deterioration of work performance associated with sick working. The sample consisted of 676 employees of the Chilean health system (84% women, average age 35.9 years, mostly nurses and paramedics). A questionnaire on social and demographic variables, the Job Content Questionnaire, the Effort-Reward Imbalance, the Health Performance Questionnaire, and a scale of family work interference were applied. Correlations between the presenteeism index and predictors show that attending work while being sick was positively associated with presenteeism as self-perceived performance deterioration. Although it seems obvious, since the former is a necessary condition of the latter, this is novel in the sense that both variables are used as alternative indicators of presenteeism. Both conceptualizations are related to two different stages in the process of presenteeism: first, the decision to go to work when sick (Aronsson et al., 2000), second, presenteeism treated as the self-perceived performance deterioration (Kessler et al., 2004). Aronsson et al. (2000) and Johns' (2010) proposal of this relation have been made only on the basis of conceptual revisions and only partly through empirical studies. This is one of the first studies confirming empirically this association. Correlation between predictors and presenteeism also showed that having been diagnosed with an illness and never having received treatment, emotional distress and physical symptom, and health risk factors such as BMI were associated to presenteeism. The realization of physical activity was inversely related to presenteeism. In the multivariate analysis, only the emotional symptoms were found to be positive predictors. Low control over decisions and low social support of leadership, less job safety, and work overcommitment also were associated with presenteeism. However, these associations were found to be not significant when the models were adjusted for sex, age, income,

occupation, and type of establishment. A linear regression explained 21% of the variance of presenteeism as self-perceived deterioration of work performance and one significant predictor was attending work while sick. This is important because it confirms the association between these two facets – see above. A second significant predictor was absenteeism for health reasons. This result is also relevant because it confirms that avoiding work and rigid working, instead of being unable to perform a good work, are associated and probably reflect a common process of inadaptive coping with stress at work. Another three significant predictors were interference between work and family, labor and emotional symptoms, and not shift working. All coefficients were significant controlling for age and salary. Interference with family life is a stress factor and emotional symptoms are a proxy index of work stress. Both are usually related to low wellbeing. Working in shifts, that imply an extra workload, was negatively related to presenteeism, suggesting that in this sample it plays the role of an inhibitory factor, probably because shift work is a very demanding job and makes it difficult to go to work being sick. The results confirm that going to work being sick and work performance deterioration are two aspects of the same process and that emotional and physical distress, as well as problems reconciling family life and work, are associated to presenteeism. The findings suggest that presenteeism is explained by psychosocial factors similar to factors that explain wellbeing and job satisfaction. Limitations of this study are their retrospective or correlational design and the use of self-report measures – longitudinal and complementary archive and behavioral data are necessary to improve the validity of results. However, it is important to remark that previous studies have used the number of times people have shown up sick at work as an indicator of presenteeism, and not as in this study self-perceived performance deterioration and at the same time attending work when one is sick. One hypothesis to contrast in the future is to check whether those who are absent for health reasons have a tendency to have a worse performance when they return to work. This necessarily requires studies with longitudinal designs, since both causal relationships are plausible.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Financiación

Este proyecto recibió el premio Award Number D43TW000640 del Fogarty International Center. La responsabilidad por su contenido es únicamente de los autores y no necesariamente representa el punto de vista oficial del Fogarty International Center o del National Institute of Health o del International Training Program in Environmental and Occupational Health.

Referencias

- Alavinia, S. M., Molenaar, D. y Burdorf, A. (2009). Productivity loss in the workforce: associations with health, work demands, and individual characteristics. *American Journal of Industrial Medicine*, 52, 49–56. <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.20648>
- Aronsson, G., Gustafsson, K. y Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54, 502–509. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.54.7.502>
- Bergstrom, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G. y Josephson, M. (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 629–638. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181a8281b>
- Biron, C., Brun, J., Ivers, H. y Cooper, C. L. (2006). At work but ill: psychosocial work environment and well-being determinants of presenteeism propensity. *Journal of Public Mental Health*, 5(4), 26–37. <http://dx.doi.org/10.1108/17465729200600029>

- Burton, W. N., Chen, C. Y., Conti, D. J., Schultz, A. B., Pransky, G. y Edington, D. W. (2005). The association of health risks with on-the-job productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 769–777.
- Burton, W. N., Schultz, A. B., Chen, C. y Edington, D. W. (2008). The association of worker productivity and mental health: a review of the literature. *International Journal of Workplace Health Management*, 1, 78–94. <http://dx.doi.org/10.1108/17538350810893883>
- Caverley, N., Cunningham, J. y MacGregor, J. (2007). Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization. *Journal of Management Studies*, 44, 304–319. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6486.2007.00690.x>
- Centro de Referencia de Organización del Trabajo y Salud. (2010). *Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 1.5) para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales para empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras*. Barcelona: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.
- Chué, J. (2008). Aplicaciones de la regresión semiparamétrica. *Anales científicos*, 69(1), 50–56.
- Gates, D. M., Succop, P., Brehm, B. J., Gillespie, G. L. y Sommers, B. D. (2008). Obesity and presenteeism: The impact of body mass index on workplace productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 39–45. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e31815d8db2>
- Goetzl, R. Z., Carls, G. S., Wang, S., Kelly, E., Mauceri, E., Columbus, D. y Cavuoti, A. (2009). The relationship between modifiable health risk factors and medical expenditures, absenteeism, short-term disability, and presenteeism among employees at novartis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, 487–499. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e31819eb902>
- Hansen, C. D. y Andersen, J. H. (2008). Going ill to work - what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science y Medicine*, 67, 956–964. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.05.022>
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519–542. <http://dx.doi.org/10.1002/job.630>
- Karasek, R. y Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., Hirschfeld, R. y Wang, P. S. (2006). Prevalence and Effects of Mood Disorders on Work Performance in a Nationally Representative Sample of U.S. Workers. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1561–1568. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.9.1561>
- Kessler, R. C., Ames, M., Hymel, P. A., Loeppke, R., McKenas, D. K., Richling, D. E. y Ustun, T. B. (2004). Using the World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ) to evaluate the indirect workplace costs of illness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(6 Suppl), S23–S37. <http://dx.doi.org/10.1097/01.jom.0000126683.75201.c5>
- Kessler, R. C., Greenberg, P. E., Mickelson, K. D., Meneades, L. M. y Wang, P. S. (2001). The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 43, 218–225. <http://dx.doi.org/10.1097/00043764-200103000-00009>
- Lerner, D. J., Amick, B. C., 3rd, Malspeis, S. y Rogers, W. H. (2000). A national survey of health-related work limitations among employed persons in the United States. *Disabil Rehabil*, 22, 225–232.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) (2012). Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH). Datos a diciembre de 2011.
- Munir, F., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Leka, S., Griffiths, A. y Cox, S. (2007). Work factors related to psychological and health-related distress among employees with chronic illnesses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 259–277. <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-007-9074-3>
- Riley, D. y Small, S. (1990). Toward a Multidimensional Assessment of Work Spillover into Family Life. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 51–61.
- Saavedra, N., Fuentealba, C. y Pérez, J. (2009). *Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo SUSESO-ISTAS 21*. Santiago, Chile: Unidad de comunicación y extensión SUSESO, Superintendencia de Seguridad Social, Gobierno de Chile.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27–41. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Vera, A. (2012). Trabajo, familia y presentismo en trabajadores del sector productivo y de servicios de Chile. En F. Arias y A. Juárez (Eds.), *Agotamiento profesional y estrés. Hallazgos desde México y otros países latinoamericanos* (pp. 361–381). México: Porrúa.
- Vera, A. (2013). *Presentismo en trabajadores de la salud en establecimientos del sistema de atención de salud en Chile* (tesis doctoral). Universidad de Chile. Santiago, Chile.