

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK

**FACULTAD DE CIENCIAS DEL TRABAJO Y
COMPORTAMIENTO HUMANO**

Trabajo de fin de carrera titulado:

**“DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONFLICTO TRABAJO FAMILIA Y SU
IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DE ECUADOR”**

Realizado por:

MARÍA EMILIA CADENA BAQUERO
Directora del proyecto:

PAMELA MERINO SALAZAR. MD. PhD.

Como requisito para la obtención del título de:

MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Quito, 28 de Agosto de 2018

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, MARÍA EMILIA CADENA BAQUERO, con cédula de identidad # 1718554874, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que ha consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.



María Emilia Cadena Baquero
C.C.: 1718554874

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación titulado:

**“DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONFLICTO TRABAJO FAMILIA Y SU
IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA DE
ECUADOR”**

Realizado por:

MARÍA EMILIA CADENA BAQUERO

Como requisito para la obtención del título de:

MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Ha sido dirigido por la profesora

PAMELA MERINO SALAZAR

Quien considera que constituye un trabajo original de su autor



**PAMELA MERINO SALAZAR
DIRECTORA**

DECLARATORIA

Los Profesores Informantes:

YOLIS CAMPOS

JUAN CARLOS FLORES

Después de revisar el trabajo presentado,
lo han calificado como apto para su defensa oral ante
el tribunal examinador


Yolis Campos


Juan Carlos Flores

Quito, 28 de agosto de 2018

Diferencias de género en el conflicto trabajo familia y su impacto en la salud de la población trabajadora de Ecuador

Resumen

Objetivos: Examinar las desigualdades de género en la relación del conflicto trabajo familia (CTF) con el estado de salud de la población trabajadora con empleo formal de Quito y Guayaquil.

Métodos: Estudio transversal utilizando datos de la I Encuesta sobre Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo de Quito y Guayaquil (I ECSST). Incluyó 1729 personas de la población trabajadora no agrícola, mayores a 18 años, afiliadas a la seguridad social y residentes en Quito y Guayaquil (854 mujeres y 875 hombres). Se utilizó el modelo de regresión de Poisson para calcular las razones de prevalencia con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: La prevalencia de CTF es similar en hombres y mujeres (36,1% y 35,5%). Más hombres que mujeres trabajan más de 40 horas semanales (31,4% y 19,4%) y en turnos nocturnos, rotativos o extendidos (35,1% y 23,1%). Sin embargo se encontró mayor asociación con el CTF para las mujeres que trabajan más de 40 horas (RPa=2,08; IC 95%: 1.15-3.76) y una asociación similar para ambos en turnos nocturnos, rotativos o extendidos (RPaH= 1,36; IC 95%: 1,08-1,73 y RPaM= 1,44; IC 95%: 1,16-1,79). El CTF se asoció con la percepción de que la salud está afectada por el trabajo (RPaH= 1,60; IC 95%: 1,29-2,0 y RPaM= 2,14; IC 95%: 1,69-2,71), mala salud mental (RPaH=1,95; IC 95%:1,38-2,76 y RPaM= 2,30; IC 95% 1,71-3,10), dolor de cabeza (RPaH=1,37; IC 95%: 1,16-1,63 y RPaM= 1,52; IC 95%: 1,30-1,76) y dolor de espalda (RPaH=1,20; IC 95%: 1,05-1,37 y RPaM=1,38; IC 95%: 1,23-1,55). En las mujeres, se asoció también con problemas

digestivos (RPa=1,72; IC 95%: 1,23-1,41). En ninguno de los dos sexos se observó una asociación estadísticamente significativa con los accidentes de trabajo.

Conclusiones: Se identificó una clara relación entre el CTF y alteraciones en la salud de la población trabajadora, particularmente en las mujeres. Se asoció principalmente a turnos nocturnos, rotativos o extendidos y a trabajar más de 40 horas. Esta realidad requiere una efectiva implementación políticas públicas enfocadas en favorecer las condiciones de trabajo y la calidad de vida de los trabajadores.

Palabras clave. Género y salud, desigualdades en salud, familia, conflicto, salud laboral, países en desarrollo

Introducción

El estudio del conflicto trabajo-familia (CTF) ha sido motivo de creciente interés de numerosos investigadores^{1,2}, tanto del ámbito del trabajo, como de la psicología, dados los desafíos impuestos por las transformaciones sociales y laborales de las últimas décadas. Diversos estudios relacionan al CTF con la progresiva incorporación de la mujer en el mercado laboral^{2,3,4}, vinculado, a su vez, al incremento de familias con doble ingreso y familias monoparentales. En Ecuador, según estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la tasa de actividad femenina aumentó entre 1990 a 2017 desde el 32,0% al 53,4%⁵.

El CTF constituye una incompatibilidad entre dos roles fundamentales, el de la vida familiar y el de la vida laboral, se ha definido como una forma de conflicto de rol, en el que las presiones que resultan del trabajo y las presiones familiares son mutuamente incompatibles en algún aspecto⁶. La oposición entre estas dos esferas puede ser

bidireccional; es decir, procede desde el trabajo hacia la familia o viceversa^{2, 6, 7}. Dicho conflicto se debe a la dificultad en cumplir las demandas de un rol, ya sea por el tiempo dedicado al otro, al agotamiento nervioso y psicológico que demanda cumplir con uno de los roles o a la incapacidad de adaptar los comportamientos a lo que se espera en uno de dichos roles.^{6, 8}

En este sentido, aparte de ciertas características personales, como la edad y el sexo, se han descrito diversos factores que dificultan esta compleja relación. Por un lado, las características de la esfera familiar, como por ejemplo, la presencia de niños en el hogar y, por otro lado, las jornadas de trabajo prolongadas, la falta de flexibilidad de los horarios y los trabajos a turno han sido reconocidos como unos de los principales determinantes del CTF^{9,10}. No obstante, se ha observado que dichos factores pueden diferir según el sexo⁹.

A pesar de que varios estudios sugieren la existencia de un vínculo entre el género y el CTF, la evidencia disponible no muestra resultados concluyentes¹. Ciertos estudios han observado una mayor prevalencia de CTF en las mujeres^{3, 4}, mientras que algunas revisiones y metaanálisis sostienen que el sexo es un pobre predictor del CTF¹¹ y que las diferencias encontradas entre hombres y mujeres no son considerables.^{11,12,13,14}

La evidencia sobre el daño que produce el CTF sobre la salud de hombres y mujeres es aún escasa. Sin embargo, los estudios disponibles muestran que el CFT se relaciona con diversas alteraciones de la salud, tales como mala salud autopercebida^{15,16,17}, hipertensión arterial¹⁸, trastornos del estado de ánimo, fatiga, abuso de sustancias, ansiedad, depresión, estrés,^{1,18,19, 20,21} y de la misma manera, se ha encontrado que afecta a las organizaciones, provocando ausentismo, disminución de la productividad²²

e incluso deserción de los trabajadores². Si bien los estudios efectuados indican que el CTF tiene un efecto negativo sobre la salud de hombres y mujeres, se sugiere que el tipo de daño y la magnitud del efecto difieren según el sexo¹⁴.

En consecuencia, tanto a nivel internacional como nacional se reconoce la importancia de promover la generación de prácticas y políticas enfocadas en facilitar la conciliación trabajo-familia. La OIT establece medidas para garantizar el acceso, permanencia y reintegro a los trabajadores con responsabilidades familiares, favoreciendo las condiciones de trabajo y la calidad de vida^{23, 24}. En el Ecuador estas medidas, en su mayoría y con mínimas diferencias, forman parte del Código de Trabajo del Ecuador desde 2005.²⁵

El mayor número de estudios relacionados con el CTF se han realizado en los países con economías desarrolladas y, hasta donde sabemos, en el Ecuador no existen estudios que analicen la prevalencia del conflicto trabajo-familia y su repercusión en la salud de hombres y mujeres.

Los objetivos del presente estudio son: i) identificar las características personales y laborales asociadas con el conflicto trabajo-familia en la población trabajadora de Quito y Guayaquil, con relación de dependencia y afiliada a la seguridad social, ii) examinar la relación del conflicto trabajo-familia con el estado de salud y iii) determinar si existen diferencias de género para los anteriores objetivos.

Métodos

Diseño y población de estudio

Se trata de un estudio transversal que empleó los datos de la Primera Encuesta sobre Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo de Quito y Guayaquil (I ECSST). La I ECSST

se basó en una muestra de 1790 personas trabajadoras afiliadas a la seguridad social, de todos los sectores de actividad económica, mayores a 18 años de edad y residentes en Quito y Guayaquil. En cada ciudad, la selección de la muestra siguió un procedimiento aleatorio estratificado de múltiples etapas. Los encuestados fueron seleccionados de acuerdo con cuotas predefinidas de sexo. Personal capacitado administró los cuestionarios, a través de entrevistas personales, en el domicilio de los participantes, entre abril y junio de 2016 en Quito, y entre marzo y mayo de 2017 en Guayaquil. Se excluyó a la población trabajadora agrícola debido al número limitado de casos. La muestra final analizada estuvo conformada por toda la población trabajadora no agrícola (854 mujeres y 875 hombres).

Variables

Conflicto trabajo-familia.

Se midió el conflicto trabajo-familia con la siguiente pregunta: “la realización de su trabajo interfiere en su vida familiar?”. Las opciones de respuesta fueron “sí”, “en parte” y “no”. La variable se dicotomizó, combinando las categorías “sí” o “en parte” para indicar exposición.

Efectos sobre la salud.

Se incluyeron siete problemas de salud. En primer lugar, la salud autopercebida se midió utilizando la pregunta: “¿Cómo considera usted que es su salud?” (Excelente, muy buena, buena, regular, mala, muy mala). Las categorías de respuesta: excelente, muy buena y buena se agruparon como salud auto percibida buena, y las categorías: regular, mala y muy mala como salud auto autopercebida mala. En segundo lugar, para medir la percepción de salud afectada por el trabajo se empleó la pregunta: “¿en qué medida

cree usted que su trabajo afecta negativamente a su salud? (mucho, bastante, algo, poco, nada y no sabe/no contesta).” Las categorías de respuesta: mucho, bastante y algo se agruparon para indicar afectación. Además, se consideró un mal estado de salud mental cuando la persona respondió positivamente a la pregunta: “su salud mental, que incluye tensión, depresión y problemas emocionales ¿durante el último mes ha sufrido algunos de estos problemas?”. Adicionalmente, se determinó por separado la presencia de dolor de cabeza, dolor de espalda o problemas digestivos en el último mes. Por último, los accidentes de trabajo se recogieron a través de la pregunta “¿en el último año, ha sufrido algún accidente de trabajo?”.

Características sociodemográficas y laborales.

Se tuvieron en cuenta 2 características sociodemográficas: la edad (categorizada en 18-30, 31-50 y más de 50 años) y la ciudad de residencia (Quito y Guayaquil); así como 3 características laborales: la categoría ocupacional, para la cual se codificó en tres grupos de acuerdo con las nueve grandes categorías originales de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO): i) alta (Gerentes y Profesionales), ii) media (técnicos y profesionales de nivel medio, profesional administrativo, trabajadores de servicios o vendedor) y iii) baja (trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas y pesca, trabajadores operarios o artesanos, operadores de maquinaria industrial, y trabajadores en actividades elementales y de apoyo); las horas semanales de trabajo remunerado (<31, 31-40 y >40 horas); y el tipo de turno (diurno y nocturno/rotativo/extendido).

Análisis estadístico

En primer lugar, se examinaron las diferencias según sexo para todas las variables dependientes e independientes a nivel bivariado, aplicando el test de ji-cuadrado. En

segundo lugar, se identificaron los factores sociodemográficos y laborales asociados al conflicto trabajo-familia mediante la aplicación de modelos de regresión de Poisson incluyendo la edad, ciudad, categoría ocupacional, horas semanales de trabajo remunerado y tipo de turno. Por último, para analizar la relación entre el conflicto trabajo-familia con los problemas de salud se aplicaron modelos de regresión de Poisson, obteniendo las razones de prevalencia crudas (RPC) y ajustadas por las condiciones sociodemográficas y laborales (RPa), con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Todos los análisis se estratificaron por sexo. Para ajustar las diferencias con la población objetivo, en todo el proceso se tuvo en cuenta la ponderación de acuerdo al sexo y la ciudad. No fue posible ponderar por edad, sector económico o categorías ocupacionales, ya que esta información no estaba disponible. Los análisis se realizaron con el software estadístico Stata versión 11.

Resultados

Características generales

En la tabla 1 se presentan las características generales de la población de estudio de acuerdo al sexo. La mayor parte de la población tenía menos de 51 años y se concentraba en la categoría ocupacional media (65,8% de los hombres y 75,1% de las mujeres). Una mayor proporción de hombres trabajaban más de 40 horas semanales (31,4% frente al 19,4% de las mujeres) y en turnos de trabajo nocturnos, rotativos o extendidos (35,1% frente al 23,1% de las mujeres).

El 36,1% de los hombres y el 35,5% de las mujeres declararon que su trabajo interfiere con su vida familiar. Las mujeres reportan con más frecuencia que los hombres mala

salud mental (19,2% vs 13,7%), dolor de cabeza (47,2% vs 40,3%), dolor de espalda (60,7% vs 56,5%), mientras que los accidentes de trabajo fueron más frecuentes en los hombres en relación a las mujeres (15,2% vs 8,3%).

Tabla 1. Descripción general de la población de acuerdo al sexo.

	Hombre		Mujer		p
	N= 875	%	N=854	%	
Edad					0.061
18-30	284	32.46	320	37.47	
31-50	493	56.34	456	53.40	
51-72	98	11.20	78	9.13	
Ciudad					0.920
Quito	373	42.63	362	42.39	
Guayaquil	502	57.37	492	51.61	
Categoría ocupacional					< 0.001
Superior	93	10.63	100	11.71	
Media	576	65.83	641	75.06	
Inferior	206	23.54	113	13.23	
Horas de trabajo semanal					< 0.001
<31	22	2.51	46	5.39	
31-40	577	65.94	642	75.18	
>40	275	31.43	166	19.44	
Tipo de turno					< 0.001
diurno	567	64.80	656	76.81	
nocturno/rotativo/extendido	307	35.09	197	23.07	
Conflicto Trabajo Familia					0.780
Si	316	36.11	303	35.48	
No	559	63.89	551	64.52	
Salud Auto percibida					0.920
Mala	95	10.86	94	11.01	
Buena	780	89.14	760	89	
Salud afectada por el trabajo					0.087
Si	259	29.60	221	25.88	
No	613	70.06	629	73.65	
Mala salud mental					0.002
Si	120	13.71	164	19.20	
No	755	86.29	688	80.56	
Dolor de cabeza					0.004
Si	353	40.34	403	47.19	
No	522	59.66	451	52.81	
Dolor de espalda					0.076
Si	494	56.46	518	60.66	
No	381	43.54	336	39.34	
Problemas digestivos					0.217
Si	117	13.37	132	15.46	
No	758	86.63	722	84.54	
Accidentes de trabajo					< 0.001
Si	133	15.20	71	8.31	
No	742	84.80	782	91.57	

Población trabajadora no agrícola, de 18 años o más, cubierta por la seguridad social, de Quito y Guayaquil.

Valor de p de Ji cuadrado: $p < 0,005$

Factores asociados con el conflicto trabajo-familia

La tabla 2 muestra la asociación entre las características sociodemográficas y laborales y el CTF. En ambos sexos, el CTF se asoció a los tipos de turno nocturno, rotativo o extendido (RPa= 1,36; IC 95%: 1,08-1,73 en los hombres y RPa= 1,44; IC 95%: 1,16-1,79 en las mujeres), pero no a la edad y la categoría ocupacional. En las mujeres, el CTF se asoció con trabajar más de 40 horas (RPa=2,08; IC 95%: 1,15-3,76), mientras que en los hombres, mostró una asociación inversa con trabajar de 31 a 40 horas (RPa=0,59; IC 95%: 0,39-0,89).

Tabla 2. Factores asociados con el conflicto trabajo-familia, según género

	Mujeres						Hombres					
	n	%	RPc	(IC 95%)	RPa	IC 95%	N	%	RPc	IC 95%	RPa	IC 95%
Edad												
18-30	108	34,6	1		1		95	34,52	1		1	
31-50	165	36,0	1,04	(0,85-1,28)	1,04	(0,85-1,27)	182	37,99	1,10	(0,89-1,36)	1,05	(0,86-1,29)
51-72	30	38,9	1,12	(0,81-1,57)	1,16	(0,82-1,63)	39	38,89	1,12	(0,83-1,53)	1,02	(0,76-1,37)
Ciudad												
Quito	132	36,5	1		1		147	39,41	1		1	
Guayaquil	171	34,8	0,95	(0,79-1,14)	1,36	(1,08-1,73)*	169	33,67	0,85	(0,72-1,02)	0,79	(0,66-0,95)*
Categoría ocupacional												
Superior	36	33,7	1		1		40	43,4	1		1	
Media	230	36,6	1,09	(0,80-1,48)	1,09	(0,80-1,48)	200	35,8	0,82	(0,63-1,08)	0,82	(0,63-1,06)
Inferior	37	33,5	0,99	(0,67-1,47)	0,96	(0,65-1,42)	76	37,3	0,59	(0,63-1,17)	0,76	(0,57-1,0)
Horas de trabajo remunerado semanal												
<31	10	23,2	1		1		12	59,3	1		1	
31-40	205	32,0	1,38	(0,78-2,44)	1,42	(0,79-2,53)	170	29,6	0,50	(0,34-0,73)***	0,59	(0,39-0,89)*
>40	88	55,5	2,39	(1,34-4,25)**	2,08	(1,15-3,76)*	134	52,3	0,88	(0,61-1,28)	0,89	(0,60-1,32)
Tipo de turno												
Diurno	205	31,3	1		1		169	29,9	1		1	
Nocturno, rotativo o extendido	97	51,0	1,63	(1,35-1,97)***	1,36	(1,08-1,73)*	147	51,4	1,72	(1,44-2,05)***	1,44	(1,16-1,79)**

Población trabajadora no agrícola, de 18 años o más, cubierta por la seguridad social, de Quito y Guayaquil.

Razones de prevalencia ajustadas por variables independientes (RPa) e intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

*p < 0,05; **p < 0,01; *** p < 0,001.

Asociación entre el CTF y el estado de salud

En la tabla 3 se puede observar la relación entre el CTF y el estado de salud según sexo. Tanto en hombres como mujeres, el CTF se asoció con la percepción de que la salud está afectada por el trabajo (RPa= 1,60; IC 95%: 1,29-2,0 y RPa= 2,14; IC 95%: 1,69-2,71, respectivamente), mala salud mental (RPa=1,95; IC 95%:1,38-2,76 y RPa= 2,30; IC 95% 1,71-3,10, respectivamente), dolor de cabeza (RPa=1,37; IC 95%: 1,16-1,63 y RPa= 1,52; IC 95%: 1,30-1,76, respectivamente) y dolor de espalda (RPa=1,20; IC 95%: 1,05-1,37 y RPa=1,38; IC 95%: 1,23-1,55), aunque para el dolor de espalda la magnitud de la asociación fue mayor en las mujeres. En las mujeres, el CTF también se asoció con problemas digestivos (RPa=1,72; IC 95%: 1,23-1,41). En ninguno de los dos sexos, se observó una asociación estadísticamente significativa con los accidentes de trabajo.

Tabla 3. Asociación entre el conflicto trabajo familia y el estado de salud de la población trabajadora, según género

	Percepción de salud afectada por el trabajo			Mala salud mental			Dolor de cabeza			Dolor de espalda			Problemas digestivos			Accidentes de trabajo		
	%	RPa	(IC 95%)	%	RPa	(IC 95%)	%	RPa	(IC 95%)	%	RPa	(IC 95%)	%	RPa	(IC 95%)	%	RPa	(IC 95%)
Mujeres																		
Conflicto trabajo familia																		
No	19,3	1		13,8	1		39,8	1		52,8	1		12,4	1		7,5	1	
Si	40,2	2,14	(1,69-2,71)***	30,8	2,30	(1,71-3,10)***	58,5	1,52	(1,30-1,76)***	71,2	1,38	(1,23-1,55)***	21,4	1,72	(1,23-2,41)**	10,6	1,37	(0,86-2,20)
Hombres																		
Conflicto trabajo familia																		
No	23,0	1		10,1	1		35,2	1,00		50,0	1,00		11,8	1		16,0	1	
Si	37,6	1,60	(1,29-2,0)***	19,9	1,95	(1,38-2,76)***	45,4	1,37	(1,16-1,63)***	58,1	1,20	(1,05-1,37)**	17,2	1,22	(0,85-1,75)	14,4	0,79	(0,55-1,14)

Población trabajadora no agrícola, de 18 años o más, cubierta por la seguridad social, de Quito y Guayaquil.

Razones de prevalencia ajustadas por edad, categoría ocupacional, horas laborales semanales, turno de trabajo y ciudad (RPa) e intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

*p < 0,05; **p < 0,01; *** p < 0,001.

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos de este estudio son: a) la prevalencia del CTF no difiere entre hombres y mujeres, b) los largos horarios de trabajo se relacionan con el CTF en las mujeres y c) la asociación entre el CTF y los daños a la salud se presenta en ambos sexos, pero es más consistente en las mujeres.

Prevalencia de conflicto trabajo familia.

Numerosos investigadores han analizado la prevalencia de CTF, buscando identificar el impacto negativo en la salud laboral de la sociedad, otros estudios han intentado encontrar diferencias de género, y estos, en su mayoría ha esperado mayor afectación para las mujeres. Sin embargo algunos otros estudios, al igual que el nuestro, han concluido que la afectación es similar para ambos sexos¹⁴.

Se ha logrado identificar las posibles razones por las cuales hombres y mujeres perciben al CTF de forma similar, en parte por el gran cambio que ha sufrido la sociedad desde hace algunas décadas, con el gran incremento de mujeres integradas al mercado laboral^{2,3,4} y al compartir responsabilidades tanto laborales como familiares con su pareja, resultando en una distribución del CTF casi equitativa. Además en hogares de doble ingreso, el hecho de que se compartan las responsabilidades laborales, brinda a los trabajadores mayor libertad y flexibilidades de los horarios, en relación a lo que sucedía cuando el hombre se comportaba como proveedor y se veía obligado a laborar, mientras que la mujer quedaba en casa al cuidado del hogar y de los hijos, esto ha logrado una mejor integración familiar y ha creado un impacto en el ámbito laboral, lo que en algún punto crea una interferencia entre ambos roles conocida como conflicto trabajo familia. Estudios han observado que las mujeres pueden afectarse en mayor

medida ²⁷. Así mismo, se ha encontrado mayor interferencia para los hombres, cuando han experimentado conflicto entre el trabajo y la familia, y en las mujeres, cuando la interferencia se ha producido desde la familia hacia el trabajo.²⁸

Conflicto trabajo familia y largas horas de trabajo.

Este estudio muestra asociación entre el CTF y el desempeño de largas jornadas laborales. A pesar de que ambos sexos se han visto afectados, este estudio indica que las mujeres son más susceptibles a sufrir CTF. Este resultado se correlaciona con el estudio de Albertsen et al.²⁹ en el que se describe además las consecuencias negativas tanto para los hijos, como para la satisfacción matrimonial. Dado que el hecho de desempeñar una larga jornada laboral disminuye considerablemente el tiempo que el trabajador destina para compartir con su familia, consiguiendo desarrollar el CTF.^{30,31,32,33,34,35} Sin embargo, Grzywacz et al.³³ y Grönlund et al.³⁶ encontraron mayor afectación en hombres. Mientras que Jansen³¹, Batt ³⁷ y Kinnunen³⁸ no encontraron ninguna asociación entre CTF y largas horas de trabajo. Así mismo se ha estudiado que largas jornadas laborales afectan más a la salud de las mujeres que a la de los hombres³⁹.

Conflicto trabajo familia e impacto en la salud de los trabajadores

Existe un sinnúmero de consecuencias negativas para la salud de los trabajadores y muchas de ellas ya se han relacionado con el CTF. A pesar de que el CTF y la percepción de que el trabajo afecta a la salud se presentan de forma similar en hombres y mujeres, los efectos negativos parecen afectar más a las mujeres.

Esto ocurre de igual forma cuando se hace referencia a la salud mental, asociación que se ha evidenciado en estudios previos, donde ambos géneros se han visto afectados y en los que se refiere específicamente a estrés, depresión^{18, 40, 41} y agotamiento

emocional^{42,43,44,45}. Otros estudios muestran que las mujeres son más afectadas que los hombres^{46,47,48,49}. Sin embargo otros no revelan importantes diferencias de género ^{50,51}. Existen escasos estudios que relacionan al dolor de cabeza con el trabajo, más aun cuando se trata de CTF⁵². Sin embargo, todos coinciden en que estos síntomas se generan ante la exposición del trabajador a altos niveles de estrés, falta de satisfacción laboral, sobrecarga de trabajo y presión de sus superiores. ^{53, 54, 55,56, 57}. También se ha encontrado que las mujeres se encuentran más afectadas que los hombres.^{58,59} Múltiples estudios han relacionado al CTF con problemas musculo esqueléticos ^{60,61}. Mientras que otro estudio no encontró una relación consistente⁴². Sin embargo, este estudio consideró únicamente a la prevalencia de dolor de espalda, donde la asociación con el CTF fue significativa y afecto más a las mujeres. Así mismo se asoció al CTF con problemas digestivos, resultado que difiere con el de Jensen et al.⁴² En ninguno de los dos sexos, se observó una asociación estadísticamente significativa con los accidentes de trabajo. Y no se encontraron estudios sobre esta asociación.

El CTF es una condición adversa que existe y está presente entre los trabajadores de todos los sectores productivos, en mayor o menor medida y que potencialmente influye en el estado físico y mental de las personas y de sus familias. En un intento de mitigar esta problemática, varios organismos nacionales e internacionales han desarrollado políticas dirigidas a promover la conciliación, se contemplan la flexibilidad de los horarios de trabajo, el apoyo social acompañado de asesoramiento técnico y la oferta de servicios familiares como guarderías, transporte, etc., y en el mejor de los casos el ofrecimiento de otros beneficios como seguros familiares, etc.

Limitaciones

El hecho de ser un estudio transversal nos limita a conocer el desenlace de las condiciones de nuestra población de estudio a lo largo del tiempo, por lo que las próximas investigaciones deberán considerar realizar un diseño longitudinal.

Este estudio se ha visto limitado porque la información provista por la I Encuesta sobre Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo de Quito y Guayaquil (I ECSST) se ha concebido de una forma bastante general en relación a las necesidades específicas de este estudio, sin embargo ha constituido una importante fuente de información que ha proporcionado importantes datos que de otra manera no estarían disponibles, sin los que no se conocería la realidad de los trabajadores de Quito y Guayaquil y sin la cual este estudio no hubiera tenido lugar.

Todas estas limitaciones nos incentivan a evaluar más profundamente las condiciones de trabajo de nuestra población y seguir investigando para lograr descubrir lo que afecta a nuestros trabajadores y buscar la forma de mitigar y eliminar las causas, consiguiendo una población más saludable y productiva.

Conclusiones

Este estudio muestra la asociación entre el CTF y el impacto en la salud de los trabajadores y cuyos resultados fueron consistentes, evidenciando mayor afectación para las mujeres que para los hombres y para quienes trabajan en turnos nocturnos, rotativos o extendidos o más de 40 horas semanales.

Se espera que estos resultados logren trascender y desarrollar en el futuro cercano medidas preventivas para los trabajadores, que persigan el beneficio personal y familiar,

así como empresarial. Además, podremos continuar entendiendo las diferencias de género en asociación con CTF y pobres resultados de salud.

Futuras investigaciones podrían estudiar con mayor profundidad al conflicto trabajo familia y conflicto familia trabajo para lograr identificar medidas más específicas para reducir esta condición adversa para los trabajadores y sus familias. Y crear nuevas políticas públicas de salud laboral y fortalecer las que existen en la actualidad.

Bibliografía

1. Eby, L. T., Casper, W. J., Lockwood, A., Bordeaux, C., & Brinley, A. (2005). Work and family research in IO/OB: Content Analysis and review of the literature (1980–2002). *Journal of Vocational Behavior*, 66, 124–197.
2. Andrade Rodríguez, L. G. y Landero Hernández, R. (2015). Bases teóricas del conflicto trabajo-familia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), pp 185-198
3. Artazcoz, L. (2001). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(9), 639–647. <https://doi.org/10.1136/jech.55.9.639>
4. Leineweber, C., Baltzer, M., Magnusson Hanson, L. L., & Westerlund, H. (2013). Work-family conflict and health in Swedish working women and men: A 2-year prospective analysis (the SLOSH study). *European Journal of Public Health*, 23(4), 710–716. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks064>
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPALSTAT: Base de Datos y Publicaciones Estadísticas [Internet]. Disponible en: <http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/Portada.html> Acceso el 15 de mayo de 2018.
6. Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of Conflict Between Work and Family Roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76–88. <https://doi.org/10.5465/AMR.1985.4277352>
7. Carlson, D. S., Grzywacz, J., & Zivnuska, S. (2009). Is work-family balance more than conflict and enrichment? *Human Relations*, 62, 1459-1486.
8. Matthews, R. A., Kath, L. M., & Barnes-Farrell, J. L. (2010). A short, valid, predictive measure of work–family conflict: Item selection and scale validation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(1), 75–90. <https://doi.org/10.1037/a0017443>
9. Fagan, C., Lyonette, C., Smith, M., & Saldaña-tejeda, A. (2012). The influence of working time arrangements on work-life integration or ‘balance’: A review of the international evidence. *Conditions of Work and Employment Series* (pp. 1–67).
10. Fujimura Y, Sekine M, Tatsuse T. Sex Differences in Factors Contributing to Family-to-work and Work-to-family Conflict in Japanese Civil Servants. *Journal of Occupational Health*. Volume 56 (2014) Issue 6
11. Byron K. A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *J Vocat Behav* 2005;67:169–98.
12. Geurts SAE, Demerouti E. Work/Non-work interference: a review of theories and findings. In: Schabracq M, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *The Handbook of Work and Health Psychology*. Chichester: J. Wiley & Sons, Ltd., 2003:279–312.
13. Frone, M. R. (2003). Work–family balance. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 143–162). Washington, DC: American Psychological Association.

14. Shockley, K. M., Shen, W., DeNunzio, M. M., Arvan, M. L., & Knudsen, E. A. (2017, July 27). Disentangling the Relationship Between Gender and Work–Family Conflict: An Integration of Theoretical Perspectives Using Meta-Analytic Methods. *Journal of Applied Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/apl0000246>
15. Kobayashi T, Honjo K, Eshak ES, Iso H, Sawada N, Tsugane S, et al. Work–family conflict and self-rated health among Japanese workers: How household income modifies associations. *PLoS ONE*. 2017. 12(2): e0169903
16. Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med* 1989;29:761–8.
17. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21–37.
18. Frone, M. R., Russell, M. and Cooper, M. L. (1997), Relation of work–family conflict to health outcomes: A four-year longitudinal study of employed parents. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70: 325-335. doi:10.1111/j.2044-8325.1997.tb00652.x
19. Oshio, T., Inoue, A., & Tsutsumi, A. (2017). Examining the mediating effect of work-to-family conflict on the associations between job stressors and employee psychological distress: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 7(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015608>
20. Frone MR. Work-family conflict and employee psychiatric disorders: the National Comorbidity Survey, *J Appl Psychol*, 2000; 85 (6)888-95.
21. Wang J, Afifi TO, Cox B, Sareen J. Work-family conflict and mental disorders in the United States: cross-sectional findings from The National Comorbidity Survey. *Am J Ind Med*. 2007; 50(2):143-9.
22. Jiménez, A., & Gómez, V. (2015). Conciliando trabajo-familia: análisis desde la perspectiva de género. *Conciliating work-family: analysis from the perspective of gender*. *Revista Diversitas - Perspectivas En Psicología*, 11(2), 289–302. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0002.09>
23. Organización Internacional del Trabajo, Recomendación 165, sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981.
24. Organización Internacional de Trabajo, Recomendación 191 sobre, la protección de la maternidad, 2000 (núm. 191)
25. Código de Trabajo, Registro Oficial Suplemento 167, 16 de diciembre del 2005.
26. (Carvalho, V. S., Chambel, M. J., Neto, M., & Lopes, S. (2018). Does Work-Family Conflict Mediate the Associations of Job Characteristics With Employees ' Mental Health Among Men and Women ?, 9(June), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00966>).
27. (Griep, R. H., Toivanen, S., Diepen, C. Van, Guimarães, J. M. N., Camelo, L. V., & Juvanhol, L. L. (2016). Work – Family Conflict and Self-Rated Health : the Role of Gender and Educational Level . Baseline Data from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *International Journal of Behavioral Medicine*, 372–382. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9523-x>)

28. Atai, I. W., Ishikido, N. N., & Urashima, S. M. (2008). Gender Difference in Work-Family Conflict among Japanese Information Technology Engineers with Preschool Children, 317–327.
29. Albertsen, K., Rafnsdóttir, G. L., Grimsó, A., & Tómas-, K. (2008). Workhours and worklife balance, (5), 14–21.
30. Jiménez Figueroa, A., & Moyano Díaz, E. (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. *Universum*, 1, 116–133.
31. Jansen, Nijhuis, Swaen, & Kristensen. (2004). Impact of worktime arrangements on work-home interference among Dutch employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 30(2), 139–148. <https://doi.org/10.5271/sjweh.771>
32. Gutek BA, Searle S, Klepa L. Rational versus gender role explanations for work-family conflict. *J Appl Psychol* 1991;76:560–8.
33. Grzywacz JG, Marks NF. Reconceptualizing the work-family interface: an ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *J Occup Health Psychol* 2000;5:111–26.
34. O’Driscoll MP, Ilgen DR, Hildreth K. Time devoted to job and off-job activities, interrole conflict, and affective experiences. *J Appl Psychol* 1992;77:272–9.
35. Bohle, P., Quinlan, M., Kennedy, D., & Williamson, A. (2004). Working hours, work-life conflict and health in precarious and “ permanent ” employment, 38(November 2003), 19–25.)
36. Grönlund, A. (2007). EMPLOYEE CONTROL IN THE ERA OF FLEXIBILITY : A STRESS BUFFER OR A STRESS AMPLIFIER ?, (October 2014), 37–41 <https://doi.org/10.1080/14616690701314283>
37. Batt R, Valcour PM. Human resources practices as predictors of work-family outcomes and employee turnover. *Ind Relat.* 2003;42:189–220.
38. Kinnunen U, Mauno S. Antecedents and outcomes of work-family conflict among employed women and men in Finland. *Hum Relat.* 1998;51:157–77
39. Artazcoz, L., & Cortés, L. (2007). Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours , health and health-related behavior. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 33(5), 344–350. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1154>
40. Bergs Y, Hoofs H, Kant I, Slangen J, J. N. (2018). Work–family conflict and depressive complaints among Dutch employees: examining reciprocal associations in a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 44(1), 69–79. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3658>
41. Kan, D., & Yu, X. (2016). Occupational stress,work-family conflict and depressive symptoms among Chinese Bank employees: The role of psychological capital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph13010134>
42. Jensen, M. T., & Rundmo, T. (2015). Associations between work family conflict, emotional exhaustion, musculoskeletal pain, and gastrointestinal problems in a sample of business travelers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(1), 105–113. <https://doi.org/10.1111/sjop.12177>

43. Demerouti, E., Bakker, A. B. & Bulters, A. J. (2004). The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: Reciprocal relations in a three-wave study. *Journal of Vocational Behavior*, 64, 131–149.
44. Geurts, S. A. E., Rutte, C. & Peeters, M. (1999). Antecedents and consequences of work-home interfaces among medical residents. *Social Science and Medicine*, 48, 1135–1148.
45. Jensen, M. T. (2013). Exploring business travel with work-family conflict and the emotional exhaustion component of burnout as outcome variables: The job demands-resources perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 4, 497–510.
46. Lahelma E, Arber S. Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. Britain and three Nordic countries compared. *Eur J Public Health* 1994;**4**:213–26.
47. Hall EM. Double exposure: The combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish men and women. *Int J Health Serv* 1992;**22**:239–60.
48. Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav* 1989;**30**:282–304.
49. Ross CE, Bird CE. Sex stratifications and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *J Health Soc Behav* 1994;**35**:161–78.
50. Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991;**32**:579–90.
51. Hrabá J, Lorenz F, Lee G, *et al.* Gender differences in health: evidence from the Czech Republic. *Soc Sci Med* 1996;**43**:1443–51.
52. Griep, R. H., Toivanen, S., Santos, I. S., Rotenberg, L., Juvanhol, L. L., Goulart, A. C., ... Benseñor, I. (2016). Work-family conflict, lack of time for personal care and leisure, and job strain in migraine: Results of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *American Journal of Industrial Medicine*, 59(11), 987–1000. <https://doi.org/10.1002/ajim.22620>
53. Christensen, J. O., & Knardahl, S. (2012). Work and headache: A prospective study of psychological, social, and mechanical predictors of headache severity. *Pain*, 153(10), 2119–2132. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2012.07.009>
54. Santos IS, Griep RH, Alves MG, Goulart AC, Lotufo PA, Barreto SM, Chor D, Benseñor IM. 2014. Job stress is associated with migraine in current workers: The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Eur J Pain* 18(9):1290–1297.
55. Santos IS, Brunoni AR, Goulart AC, Griep RH, Lotufo PA, Benseñor IM. 2014. Negative life events and migraine: A cross-sectional analysis of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSABrasil) baseline data. *BMC Public Health* 14(1):678.
56. Hedborg K, Anderberg UM, Muhr C. 2011. Stress in migraine: Personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance. *Ups J Med Sci* 116(3):187–199.
57. Maki K, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Keltikangas-Jarvinen L, Kivimaki M. 2008. Work stress and new-onset migraine in a female employee population. *Cephalalgia* 28(1):18–25.

58. MacGregor EA, Rosenberg JD, Kurth T. 2011. Sex-Related differences in epidemiological and Clinic-Based headache studies. *Headache* 51(6):843–859.
59. Finocchi C, Strada L. 2014. Sex-related differences in migraine. *Neurol Sci* 35(1):207–213.
60. Thomas, L. T. & Ganster, D. C. (1995). Impact of family supportive work variables on work-family conflict and strain: A control perspective. *Journal of Applied Psychology*, 80, 6–15.
61. Hämmig, O., Knecht, M., Läubli, T., & Bauer, G. F. (2011). Work-life conflict and musculoskeletal disorders: A cross-sectional study of an unexplored association. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-60>