

Conflicto trabajo-familia y estado de salud en el personal sanitario y administrativo de un hospital privado de Quito

Isabel Larrea,¹ Pamela Merino-Salazar,^{2,3}

¹ Hospital Metropolitano

² Facultad de Ciencias del Trabajo y Comportamiento Humano, Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador.

Resumen

Objetivo: Determinar las diferencias entre los factores asociados al conflicto trabajo-familia entre el personal sanitario y no sanitario de un hospital privado de la ciudad de Quito. Adicionalmente examinar la asociación entre la salud autopercebida y el conflicto trabajo-familia en dicha población.

Métodos: El estudio es transversal, descriptivo y analítico. Se utilizó la escala de interacción negativa trabajo-familia de Swing y la pregunta del estado de salud autopercebida.

Resultados: La proporción de personas con nivel de educación o posgrado fue significativamente mayor en el personal sanitario que en el no sanitario (90,5% y 44,4%, respectivamente). El personal sanitario trabajaba con mayor frecuencia más de 50 horas en relación con el no sanitario (45,8% y 6,2%, respectivamente). La mayor parte del personal sanitario trabajaba en jornada irregular (63,9%), el personal no sanitario lo hace en la jornada mañana tarde (79,3%). La prevalencia de mala salud autopercebida fue mayor en los no sanitarios (21% frente al 10,7% en los sanitarios), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. La prevalencia del conflicto trabajo familia medio/alto fue de 67,9% para toda la población, y no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sanitarios y no sanitarios.

Conclusiones: La prevalencia del conflicto trabajo familia de nivel medio/alto fue elevada en toda la población, ligeramente mayor en el personal sanitario. En el personal sanitario existe un gradiente de aumento de la prevalencia de conflicto trabajo-familia medio/alto según sea mayor el número de horas de trabajo. En el personal sanitario el conflicto trabajo-familia medio/alto es mayor en la jornada de trabajo irregular. Este tipo de jornada es un factor para el desarrollo de este tipo de conflicto ya que se relaciona con en la salud física y mental, las relaciones familiares. Por último, el conflicto trabajo-familia medio/alto está asociada con mala salud autopercebida en el personal sanitario y no sanitario. La diferencia de carga horaria y diferencia de jornada laboral, adicional al tipo de trabajo y carga emocional tiene gran impacto en el conflicto trabajo-familia y desencadenar una alteración de la salud autopercebida.

Palabras claves: conflicto trabajo-familia, salud autopercebida, personal sanitario, Swing, horas laborables, jornada laboral.

Abstract:

Objective: To determine the differences in the factors associated with the work-family conflict between the health and non-health personnel of a private hospital in the city of Quito and to examine the association between self-perceived health and work-family conflict in said population.

Methods: The study is transversal, descriptive and analytical. The negative work-family interaction scale of Swing and the self-perceived health status question were used.

Results: The proportion of people with education or postgraduate level was significantly higher in the health staff than in the non-health staff (90.5% and 44.4%, respectively). The health personnel worked more frequently more than 50 hours in relation to the non-healthcare staff (45.8% and 6.2%, respectively). The majority of the health personnel worked on an irregular day (63.9%), the non-health personnel do it on the day tomorrow afternoon (79.3%). The prevalence of self-perceived poor health was higher in non-health care workers (21% vs. 10.7% in the health care units), although no statistically significant differences were found. The prevalence of middle / high family work conflict was 67.9% for the entire population, and no statistically significant differences were observed between health and non-health.

Conclusions: The prevalence of work-family conflict of medium / high level was high in the whole population, slightly higher in the health personnel. In health personnel there is a gradient of increase in the prevalence of labor-family conflict medium / high as the number of working hours is greater. In the health personnel, the work-family / medium-high conflict is greater in the irregular work day. This type of journey is a factor for the development of this type of conflict since it is related to physical and mental health, family relationships. Finally, the medium/high work-family conflict is associated with self-perceived poor health in the health and non-health personnel. The difference in workload and the difference in working hours, in addition to the type of work and emotional burden, have a great impact on the work-family conflict and trigger an alteration in self-perceived health.

Key words: work-family conflict, self-perceived health, health personnel, Swing, working hours, type of working hours.

INTRODUCCIÓN

Los progresivos cambios sociales y económicos de las últimas décadas han llevado a que el mundo laboral sea más exigente y menos flexible para adaptarse a la vida familiar. De esta manera, dado que el ámbito laboral y familiar no son campos autónomos de la vida de un ser humano, existe una interrelación complicada, que puede llegar a ser negativa.¹

La influencia negativa del trabajo en la familia, denominada conflicto trabajo-familia, puede estar ocasionado porque el tiempo y las energías destinadas al trabajo son mayores, causando una discordancia entre lo que se debería dedicar a la familia y lo que se debería entregar al trabajo.² En este sentido, este tipo de conflicto se ha vinculado con las presiones en el ámbito laboral, el horario laboral, los estresores de rol, los tipos de actividad realizada y el estatus en la empresa.³

El trabajo del personal dentro de una institución sanitaria al igual que el de otras muchas profesiones se encuentra sometido a niveles elevados de tensión y fatiga. Sin embargo, el personal médico y de enfermería, son considerados como uno de los sectores profesionales más expuestos a estos niveles de estrés.⁴ En este contexto, el trabajo hospitalario es complejo, exigente y tiene la singularidad de que su objetivo es la atención a otro ser humano que está vulnerable física y/o psicológicamente. Además, el horario del personal de salud, el largo tiempo dedicado a la atención de pacientes, los horarios rotativos o nocturnos como estructura organizacional puede generar alteraciones que afectan al trabajador

1 Grennhaus JH, Powell GN. When work and family collide: deciding between competing role demands. *Organ Behav Hum Decis Process* 2003; 90: 291-303.

2 Andrade Rodríguez, L. G. y Landero Hernández R. Bases teóricas del conflicto trabajo-familia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 2015; 7(1), pp 185-198.

3 A. Delgado Sánchez, L. Saletti-Cuesta, S. Toro-Cárdenas, et al. Validación de escala para evaluar la relación familia-trabajo en médicas y médicos de familia, *Rev Esp Salud Pública*, 85 (2011), pp. 159-172

4 Mingote Adán C y Antón A. *El Estrés del médico*. Ed. Díaz de Santos. 1999. ISBN: 84-7989-407-5.

y a su familia.⁵ Algunos autores mencionan que mientras mayor sea el tiempo y esfuerzo que se dedique a un rol en concreto, se tendrá menos dedicación al otro. Esto se da cuando se llega a una incompatibilidad a causa del conflicto trabajo-familia por la fricción que se ocasiona entre las presiones ejecutadas por el trabajo y por la familia en un mismo contexto.⁶

El conflicto trabajo-familia ha sido reconocido como uno de los principales riesgos psicosociales emergentes para la salud de la población trabajadora.⁷ Éste actúa como un estresor que sobrecarga a la persona y que produce una respuesta biológica y psíquica, vinculándose a elevados niveles de tensión psicológica y cambios en el bienestar personal. Así, se han descrito múltiples efectos negativos en la salud relacionados con una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, que conllevan a insatisfacción laboral o social, depresión, burnout, desórdenes de ansiedad, humor y abusos de sustancias. Por otra parte, se ha mostrado una asociación con hipertensión y pobre salud física en general.⁸

Considerando que los trabajadores son personas con una vivencia a parte del mundo laboral, es fundamental cuidar el bienestar de la persona y su conjunto para armonizar la relación entre su trabajo y su salud. Este equilibrio llega cuando las dos esferas se desenvuelven de manera placentera y no solamente satisfactoria.⁹ Esta concordancia se puede lograr según algunos autores cuando

⁵ Estabrooks CA1, Cummings GG, Olivo SA, Squires JE, Giblin C, Simpson N. Effects of shift length on quality of patient care and health provider outcomes: systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2009 Jun;18(3):181-8

⁶ Greenhaus, J. H. y Beutel, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management*, 10(1),76-88

⁷ Brun E, Milczarek M, Roskams N, et al. Expert Forecast on Emerging Psychosocial Risks Related to Occupational Safety and Health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007.

⁸ Frone MR, Russell M, Cooper ML. Relation of work-family conflict to health outcomes: a four year longitudinal study of employed parents. *J Organ Behav* 1997; 70: 325-335.

⁹ Frone MR, Russell M, Cooper ML. Antecedent and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *J Appl Psychol*. 1991; 77: 65-78.

se avanza con el apoyo externo y del tiempo necesario para evitar descuidar las necesidades de los dos lados.¹⁰ En consecuencia, el acuerdo 156 de la OIT ratificado por el Ecuador, sugiere a los gobiernos y las sociedades tomar conciencia y acciones que apoyen una participación y colaboración equitativa entre hombres y mujeres, en el mercado laboral. A la vez, piden que los trabajadores puedan ejercer su empleo, dentro de lo posible, sin conflicto entre sus responsabilidades familiares y profesionales.¹¹

Por lo tanto, los objetivos de este estudio son: i) determinar las diferencias en los factores asociados al conflicto trabajo-familia entre el personal sanitario y no sanitario de un hospital privado de la ciudad de Quito y ii) examinar la asociación entre la salud autopercebida y el conflicto trabajo/familia en dicha población.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico, mediante una entrevista al personal que trabajaba en un hospital privado de la ciudad de Quito, de las diferentes áreas (sanitarias y no sanitarias), en el puesto de trabajo, previo consentimiento informado verbal. Se tomó como personal sanitario: Médicos, especialistas médicos, residentes médicos, enfermeras, profesionales con función sanitaria y técnicos sanitarios. Mientras el personal no sanitario son todos los relacionados a lo administrativo, seguridad, limpieza y cocina.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario general constituido por variables sociodemográficas, escala de interacción negativa trabajo/familia de

¹⁰ Vivero Bass Adriana, Conciliación de la vida laboral y familiar, comparación de las normas legales en España, Ecuador y Noruega, Universitat Politècnica de Catalunya. 2017-05-15, Master thesis.

¹¹ Vivero Bass Adriana, Conciliación de la vida laboral y familiar, comparación de las normas legales en España, Ecuador y Noruega, Universitat Politècnica de Catalunya, Master thesis. 2017.

Swing y estado de salud autopercebido¹². De todo el personal del hospital se obtuvo una muestra teniendo un 90% de nivel de confianza y 5% de error. Se consiguió a 210 personas de las cuales se obtuvo una colaboración del 78,57%, para realizar la encuesta. De la muestra en estudio se obtuvo respuesta de 79 Hombres y 86 Mujeres.

Variables

Interacción negativa trabajo-familia

Se utilizó la subescala de interacción negativa trabajo-familia del cuestionario de SWING versión española que consta de las siguientes preguntas: 1. ¿Estás irritable en casa porque tu trabajo es muy agotador? 2. ¿Te resulta complicado atender a tus obligaciones domésticas porque estás constantemente pensando en tu trabajo? 3. ¿Tienes que cancelar planes con tu pareja/familia/amigos debido a compromisos laborales? 4. ¿Tu horario de trabajo hace que resulte complicado para ti atender tus obligaciones domésticas? 5. ¿No tienes energía suficiente para realizar actividades de esparcimiento con tu pareja/familia/amigos debido a tu trabajo? 6. ¿Tienes que trabajar tanto que no tienes tiempo para tus pasatiempos (hobbies)? 7. ¿Tus obligaciones laborales hacen que te resulte complicado relajarte en casa? 8. ¿Tu trabajo te quita tiempo que te hubiera gustado pasar con tu pareja/familia/amigos?. A las 4 categorías de respuestas se les dio el valor 0=nunca, 1= a veces, 2= a menudo y 3= siempre. Se sumaron los valores obtenidos en los 8 ítems y se dividió para 8 (número de ítems). Se

12 Moreno Jiménez Bernardo, Sanz Vergel Ana Isabel, Muñoz Rodríguez Alfredo; Propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING); Universidad Autónoma de Madrid, *Psicothema*. 2009, Vol. 21, nº 2, pp. 331-337

consideró conflicto trabajo-familia bajo a las personas con puntuaciones 0-1, medio a las puntuaciones 1,1-2 y alto a las puntuaciones 2,1 -3.

Mala salud autopercebida.

La salud autopercebida, la variable dependiente, se midió con la siguiente pregunta: ¿Cómo considera usted que es su estado de salud en general? (muy buena, buena, regular, mala y muy mala). Las categorías de respuesta regular, mala y muy mala se agruparon para indicar mala salud.

Características sociodemográficas y familiares

Las variables sociodemográficas incluidas fueron el sexo, edad, estado civil, y nivel educativo.

Condiciones de empleo

Para determinar si la característica de la jornada de trabajo influye en el desarrollo de conflicto trabajo-familia se tuvo que preguntar, ¿Qué tipo de jornada u horario de trabajo tiene usted habitualmente? (jornada partida, mañana y tarde; jornada continua, de mañana; jornada continua, de tarde-noche; turnos rotativos excepto el turno de noche; jornada continua, de noche-madrugada; turnos rotativos incluyendo el turno de noche; jornadas irregulares o variables según los días, otros). De igual manera se preguntó, ¿Cuántas horas trabaja usted como promedio a la semana? y ¿Cuáles son las tareas que desempeña habitualmente en su ocupación, oficio o trabajo?

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar, se dividió los resultados obtenidos entre personal sanitario y no sanitario. Se examinaron las diferencias entre el personal sanitario y no sanitario para todas las variables aplicando el test de ji cuadrado. Posteriormente, se

analizó la relación entre las características sociodemográficas y familiares, y las condiciones de empleo con el conflicto trabajo-familia mediante el cálculo de las razones de prevalencia crudas con su intervalo de confianza al 95%, separado por personal sanitario y no sanitario. Finalmente, se examinó la relación entre el conflicto trabajo-familia y la salud autopercebida calculando las razones de prevalencia al 95%. El análisis se llevó a cabo en el programa estadístico Stata versión 11.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presenta la descripción de la población separada por personal sanitario y no sanitario. La proporción de personas con nivel de educación o posgrado fue significativamente mayor en el personal sanitario que en el no sanitario (90,5% y 44,4%, respectivamente). El personal sanitario trabajaba con mayor frecuencia más de 50 horas semanales en relación al no sanitario (45,8% y 6,2%, respectivamente). Mientras la mayor parte del personal sanitario trabajaba en jornada irregular (63,9%), el personal no sanitario lo hacía en la jornada mañana tarde (79,3%). El personal no sanitario en relación con el personal sanitario se encargaba con mayor frecuencia de las actividades de cuidado y educación de hijos (54,9% y 37,6%, respectivamente) y del trabajo doméstico (64,6 y 37,4%, respectivamente). La prevalencia de mala salud autopercebida fue mayor en los no sanitarios (21% frente al 10,7% en los sanitarios), aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. La prevalencia del conflicto trabajo familia medio/alto fue de 67,9% para toda la población, y no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sanitarios y no sanitarios.

Tabla 1. Descripción general de la población de estudio (%)

	Sanitarios (n= 84)	No sanitarios (n= 81)	p	Total (n= 165)
Sexo				
Hombre	48,2	47,6	0,946	47,9
Mujer	52,4	51,9		52,1
Edad (años)				
20-30	26,2	28,4	0,951	27,3
31-50	57,1	55,6		56,4
51-67	16,7	16,1		16,4
Educación				
Superior/posgrado	90,5	44,4	<0,001	67,9
Técnico	6,0	8,6		7,3
Bachiller/secundaria	3,6	46,9		24,9
Horas de trabajo promedio en la semana				
< 41	22,9	59,3	<0,001	40,9
41- 50 horas	31,3	34,6		32,9
>50 horas	45,8	6,2		26,2
Jornada laboral				
Jornada mañana-tarde	30,1	79,3	<0,001	54,6
Jornada noche-madrugada	6,0	9,8		7,9
Jornada irregular	63,9	11,0		37,6
Estado Civil				
Soltero	43,4	26,8	0,068	35,2
Casado/conviviente	44,6	53,7		49,1
Separado/divorciado/viudo	12,1	19,5		15,8
Niños en el hogar				
Si	49,4	54,3	0,53	51,8
No	50,6	50,6		48,2
Actividades de cuidado y educación de hijos				
Con menos frecuencia o nunca	48,2	28,0	0,026	38,2
Algunas veces mes	14,5	17,1		15,8
Todos los días o la mayoría	37,6	54,9		46,1
Actividades de trabajo doméstico				
Con menos frecuencia o nunca	34,9	15,9	0,001	25,5
Algunas veces mes	27,7	19,5		23,6
Todos los días o la mayoría	37,4	64,6		50,9
Actividad de cuidado de familiares ancianos				
Con menos frecuencia o nunca	86,8	78,1	0,27	82,4
Algunas veces mes	8,4	11,0		9,7
Todos los días o la mayoría	4,8	11,0		7,9

Tabla 1. continuación

	Sanitarios (n= 84)	No sanitarios (n= 81)	p	Total (n= 165)
Estado de Salud Auto percibida				
Buena	89,3	79,0	0,07	84,2
Mala	10,7	21,0		15,8
Conflicto Trabajo Familia				
Baja	27,7	36,6	0,22	32,1
Media/Alta	72,3	63,4		67,9

En la tabla 2 se observa la asociación entre las características sociodemográficas, condiciones de empleo y características familiares con el conflicto trabajo-familia medio/alto. Las mujeres tuvieron una mayor probabilidad de estar expuestas a conflicto trabajo-familia de nivel medio/alto en relación a los hombres (PRc=1,18; IC 95% 0,95-1,47), si bien las diferencias no fueron estadísticamente significativas. En los sanitarios, se observó un gradiente de aumento de la prevalencia de conflicto trabajo familia medio/alto según aumenta el número de horas de trabajo remunerado. Asimismo, el conflicto trabajo-familia fue más frecuente en los sanitarios con jornada irregular, aunque la asociación no fue significativa (PRc=1,44; IC 95% 0,99-2,10).

Tabla 2. Factores asociados con estar expuesto a conflicto trabajo-familia de nivel medio y alto comparado con nivel bajo.

	Sanitarios (n= 83)			No sanitarios (n= 82)			Total (n=165)		
	%	PRc	IC del 95%	%	PRc	IC del 95%	%	PRc	IC del 95%
Sexo									
Hombre	70,0	1		53,9	1		62,0	1	
Mujer	74,4	1,06	(0,81-1,39)	72,1	1,34	(0,95-1,89)	73,3	1,18	(0,95-1,47)
Edad (años)									
20-30	68,2	1		47,8	1		57,8	1	
31-50	72,3	1,06	(0,76-1,49)	71,7	1,5	(0,94-2,39)	72,0	1,25	(0,94-1,65)
51-67	78,6	1,15	(0,77-1,72)	61,5	1,29	(0,70-2,37)	70,4	1,22	(0,86-1,73)
Educación									
Superior/posgrado	72,0	1		67,6	1		70,5	1	
Técnico	80,0	1,11	(0,69-1,76)	57,1	0,85	(0,43-1,67)	66,7	0,95	(0,62-1,44)
Bachiller/secundaria	66,7	0,92	(0,40-2,09)	60,5	0,9	(0,64-1,26)	61,0	0,86	(0,66-1,13)
Horas de trabajo promedio en la semana									
<40 horas	31,6	1		58,3	1		50,8	1	
41-50 horas	76,0	2,4	(1,19-4,85)	79,3	1,35	(1-1,84)	77,8	1,53	(1,16-2,02)
>50 horas	92,1	2,91	(1,48-5,71)	20,0	0,34	(0,06-2,03)	83,7	1,65	(1,25-2,16)
Jornada laboral									
Jornada mañana-tarde	56,0	1		67,7	1		64,4	1	
Jornada noche-madrugada	60,0	1,07	(0,48-2,38)	25,0	0,37	(0,11-1,25)	38,5	0,6	(0,29-1,20)
Jornada Irregular	81,1	1,44	(0,99-2,10)	66,7	0,98	(0,60-1,61)	79,0	1,22	(1-1,50)

Tabla 2. continuación

	Sanitarios (n= 83)			No sanitarios (n= 82)			Total (n=165)		
	%	PRc	IC del 95%	%	PRc	IC del 95%	%	PRc	IC del 95%
Estado Civil									
Soltero	77,8	1		59,1	1		70,7	1	
Casado/conviviente	73,0	0,93	(0,72-1,22)	63,6	1,07	(0,71-1,63)	67,9	0,96	(0,77-1,20)
Separado/divorciado/viudo	50,0	0,64	(0,33-1,22)	68,8	1,16	(0,72-1,88)	61,5	0,87	(0,62-1,23)
Niños en el hogar									
No	71,4	1		64,9	1		68,4	1	
SI	73,2	0,98	(0,79-1,21)	61,4	0,94	(0,68-1,32)	67,1	1,02	(0,78-1,33)
Actividades de cuidado y educación de hijos									
Con menos frecuencia o nunca	75,0	1		78,3	1		76,2	1	
Algunas veces mes	75,0	1	(0,69- 1,45)	62,2	0,54	(0,28-1,04)	57,7	0,89	(0,52-1,08)
Todos los días o la mayoría	67,7	0,9	(0,67- 1,22)	78,3	0,79	(0,58-1,08)	64,5	1,18	(0,68-1,05)
Actividades de trabajo doméstico									
Con menos frecuencia o nunca	82,8	1		76,9	1		81,0	1	
Algunas veces mes	82,6	0,99	(0,77-1,2)	50,0	0,65	(0,36-1,15)	69,2	0,85	(0,66-1,10)
Todos los días o la mayoría	54,8	0,66	(0,46-0,95)	64,2	0,83	(0,58-1,19)	60,7	0,75	(0,59-0,94)
Actividad de cuidado de familiares ancianos									
Con menos frecuencia o nunca	73,6	1		64,1	1		69,1	1	
Algunas veces mes	57,1	0,78	(0,4-1,5)	66,7	1,04	(0,63-1,71)	62,5	0,9	(0,6-1,34)
Todos los días o la mayoría	75,0	1,01	(0,57-1,83)	55,6	0,87	(0,47-1,6)	61,5	0,89	(0,57-1,39)

La tabla 3 presenta la asociación entre el nivel de conflicto trabajo-familia y mala salud autopercebida para la población en su conjunto. Se observa que la prevalencia de mala salud es mayor en las personas que reportaron conflicto trabajo-familia de nivel medio o alto, con relación al nivel bajo.

Tabla 3. Asociación conflicto trabajo-familia y mala salud autopercebida

	%	PRc	IC 95%
Nivel de conflicto trabajo-familia			
Bajo	3,8	1	
Medio	22,2	5,89	(1,42-24,44)
Alto	19,4	5,12	(1,10-23,98)

DISCUSIÓN

Los hallazgos más predominantes de este estudio son: i) la prevalencia del conflicto trabajo familia de nivel medio/alto fue elevada en toda la población, ligeramente mayor en el personal sanitario. ii) en el personal sanitario existe un gradiente de aumento de la prevalencia de conflicto trabajo-familia medio/alto según sea mayor el número de horas de trabajo iii) en el personal sanitario el conflicto trabajo-familia medio/alto es mayor en la jornada de trabajo irregular iv) el conflicto trabajo-familia medio/alto está asociada con mala salud autopercebida en el personal sanitario y no sanitario

Un nivel alto del conflicto trabajo familia es estudiado en el ámbito sanitario por sus repercusiones. Así como hace referencia el estudio de José María Montesinos donde estudia los efectos negativos de los turnos en personal Sanitario con respecto a su salud física, mental, social, desempeño laboral y familiar. Los profesionales de este sector al estar en contacto con personas que

se encuentran en situaciones problemáticas se convierten en eventos de gran carga emocional para el profesional. Todo esto puede llevar a un conflicto de rol ya que las múltiples necesidades urgentes como las responsabilidades civiles y familiares no pueden ser satisfechos en su totalidad.¹³

El gradiente ascendente de prevalencia en el conflicto trabajo familia con relación a las horas de trabajo es un tema muy estudiado por algunos autores, los cuales dicen evidenciar que la prolongación del horario de trabajo tiene relación con el incremento de la fatiga y el estrés. Estos problemas se manifiestan por la excesiva demanda de tiempo en el trabajo, incompatibilidad en los horarios y la tensión causada por los intentos de la persona para cumplir con sus deberes tanto en el trabajo como en el hogar. Según el estudio de Álvarez, este tipo de conflicto en mujeres trabajadoras se puede observar que el conflicto trabajo-familia tiene una incidencia negativa sobre la salud de las personas, en cuanto la implicación laboral influye en el conflicto, especialmente porque el tiempo que se dedica al trabajo disminuye, en cantidad y calidad, y el tiempo dedicado al ámbito familiar; de otro lado, la inversión de esfuerzos y energías en el trabajo hace que se disminuya la capacidad de la persona por la interferencia que se puede tener a la hora de responder por las actividades laborales en los espacios familiares.¹⁴

El tipo de jornada laboral, en especial la jornada irregular, es un factor importante para el desarrollo de este tipo de conflicto. Se ha corroborado que las personas que trabajan en este tipo de modalidad se ven afectadas directamente en la salud

¹³ Montesinos Lopez José María, Conflictos de trabajo-familia en trabajos de enfermería a turnos, Universidad Miguel Hernandez. España. Junio 2015.

¹⁴ Álvarez Adaneys, Gómez B Ingrid Carolina, Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo, Universidad del Valle, Cali (Colombia), Pensamiento Psicológico. 2011, Volumen 9, No. 16, pp. 89-106,

física y mental, las relaciones familiares y sociales, y el desarrollo natural de sus actividades cotidianas. A nivel de familia y pareja, existe una disminución del tiempo disponible y la imposibilidad de realizar otras actividades por lo que repercuten negativamente a su bienestar.¹⁵

En lo que respecta a la relación entre el conflicto trabajo-familia medio/alto y una mala salud autopercebida, tenemos que tomar en cuenta que a este último se lo ha tomado como un indicador de suma importancia, ya que predice bien la mortalidad, la morbilidad, la discapacidad y la utilización de los servicios sanitarios.¹⁶ A pesar de que la salud autopercebida es un indicador subjetivo, se tiene que confiar en la evaluación de cada persona. Esta capacidad predictiva está altamente condicionada por el conocimiento que se tenga sobre la propia salud, el cual depende de diversos factores sociodemográficos entre los cuales destacan el sexo y el nivel educativo. Entre las implicaciones del conflicto y la afección de la salud, se ha visto que es más importante a nivel psicológico y físico lo que causa una sobrecarga adicional a la persona y causa que esta sienta una disminución de su estado de salud.¹⁷

Este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, la falta de significación estadística del estudio, lo que puede deberse a problemas estadísticos debido al tamaño reducido de la muestra que se obtuvo. Por esta falta de profundidad estadística se podría disminuir la fuerza con la que las variables se podían relacionar, como el estado de salud autopercebida y la interacción del conflicto

¹⁵ Feo Ardila, *Influencia del Trabajo por turnos en la Salud y la Vida Cotidiana*, Bogotá 2008.

¹⁶ Calzón Fernández Silvia, Fernández Ajuria Alberto, *DIFERENCIAS POR SEXO DE LA SALUD PERCIBIDA ANTES Y DURANTE LA CRISIS ECONÓMICA (2007 Y 2011)*, *Rev Esp Salud Pública*. 2017; Vol. 91; febrero e1-e12.

¹⁷ Álvarez Adaneys, Gómez B Ingrid Carolina, *Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo*, Universidad del Valle, Cali (Colombia), *Pensamiento Psicológico*. 2011, Volumen 9, No. 16, pp. 89-106.

trabajo-familia. En este caso una de las causas se debió al acceso a la población, ya que el Hospital se encontraba operando en su capacidad máxima y su personal no brindó la colaboración necesaria.

Por otro lado, hablando de si es posible concebir una relación casual en la que el efecto es temporalmente previo a su causa, nos ayuda averiguar hasta qué punto la conexión casual es dependiente del orden temporal y si hay una casualidad inversa entre la salud autopercebida y el conflicto trabajo-familia.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio nos ayuda a evidenciar los factores que podrían facilitar o predominar para desencadenar el conflicto trabajo-familia. Adicionalmente el tomar en cuenta que la salud autopercebida debe ser tomada como un indicador subjetivo que dependerá de la situación de la persona evaluada. La importancia que tiene el conflicto en las mujeres y los posibles estudios que se podrían realizar para evaluar los factores que pueden influir.

En conclusión, el conflicto trabajo-familia es mayor en el personal sanitario y está asociado al mayor número de horas de trabajo en la semana y el tipo de jornada. Adicionalmente, la probabilidad de la mala salud autopercebida es significativamente mayor en el personal que presenta el conflicto de trabajo-familia medio/alto.

El conflicto trabajo-familia es un riesgo psicosocial que perjudica tanto a trabajadores como a organizaciones, por ello los temas estudiados son de suma importancia en el ámbito hospitalario y en el de la salud en general, donde se ve más diferencia de carga horaria y diferencia de jornada laboral, adicional al tipo de trabajo y carga emocional que esto conlleva.

A pesar de que el estudio no tiene datos estadísticamente significativos, el realizar acciones de conciliación entre la vida familiar y laboral brinda un beneficio para la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, incidiendo en un buen ambiente laboral y una mejor salud. Nuevos estudios ayudarían a crear o apoyar políticas y programas laborales de intervención adecuadas que puede mejorar la interacción entre la vida familiar y laboral.¹⁸¹⁹

Las políticas de conciliación trabajo-familia en las organizaciones pueden incluir: 1) la flexibilidad laboral en relación con los horarios de trabajo; 2) Apoyo social para lograr la conciliación trabajo-familia; 3) La disposición de servicios familiares como guarderías, transporte, etc., y 4) el otorgamiento de otros beneficios como seguros familiares, etc.

El ser una Empresa Familiarmente Responsable beneficia principalmente a los trabajadores, pero adicionalmente la evidencia demuestra que las prácticas familiarmente responsables promueven una serie de beneficios como calidad en la gestión de los recursos, ahorros en gastos de personal, mayor productividad y rendimiento, y mejor imagen de la empresa.²⁰

¹⁸ Lapierre LM, Allen TD. Work-supportive family, family-supportive supervision, use of organizational benefits, and problem-focused coping: Implications for work-family conflict and employee well-being. *J Occup Health Psychol.* 2006; 11(2): 169-181.

¹⁹ Abdelaziz Rhnima, Patrick Richard, Juan Francisco Núñez, El conflicto trabajo-familia como factor de riesgo y el apoyo social del supervisor como factor protector del agotamiento profesional. *Ciencia Ergo Sum.* Universidad Autónoma del Estado de México. 2016, vol. 23, núm. 3.

²⁰ Perry-Smith, J. & Blum, T. Work-family Human Resource Bundles and Perceived Organizational Performance. *Academy of Management Journal.* Estados Unidos, 2000, 43(6), 1107-1117

BIBLIOGRFÍA

1 Grennhaus JH, Powell GN. When work and family collide: deciding between competing role demands. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2003; 90: 291-303. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749597802005198>

2 Andrade Rodríguez, L. G. y Landero Hernández R. Bases teóricas del conflicto trabajo-familia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 2015; 7(1), pp 185-198.

3 Delgado Sánchez Ana, Saletti-Cuesta Lorena, Toro-Cárdenas Silvia, López-Fernández Luis Andrés, de Dios Luna del Castillo Juan. Validación de escala para evaluar la relación familia-trabajo en médicas y médicos de familia. *Revista Española de Salud Pública*. 2011, 85(2), 149-162. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200004&lng=es&tlng=es.

4 Mingote Adán C y Antón A. *El Estrés del médico*. Ed. Díaz de Santos. 1999. ISBN: 84-7989-407-5.

5 Estabrooks CA1, Cummings GG, Olivo SA, Squires JE, Giblin C, Simpson N. Effects of shift length on quality of patient care and health provider outcomes: systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2009 Jun;18(3):181-8. Recuperado de doi: 10.1136/qshc.2007.024232.

6 Greenhaus, J. H. y. Beutel, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management*, 10(1),76-88

7 Brun E, Milczarek M, Roskams N. *Expert Forecast on Emerging Psychosocial Risks Related to Occupational Safety and Health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007. Recuperado de: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/7807118>

8 Frone MR, Russell M, Cooper ML. Antecedent and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *J Appl Psychol*. 1991; 77: 65-78. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556042>

9 Frone MR, Russell M, Cooper ML. Antecedent and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *J Appl Psychol*. 1991; 77: 65-78. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556042>

10 Vivero Bass Adriana. *Conciliación de la vida laboral y familiar, comparación de las normas legales en España, Ecuador y Noruega*. Universidad Politécnica de Cataluña. Mayo 2017. Recuperado de: <https://upcommons.upc.edu/handle/2117/104516>

11 Vivero Bass Adriana. *Conciliación de la vida laboral y familiar, comparación de las normas legales en España, Ecuador y Noruega*. Universidad Politécnica de Cataluña. Mayo 2017. Recuperado de: <https://upcommons.upc.edu/handle/2117/104516>

12 Moreno Jiménez Bernardo, Sanz Vergel Ana Isabel, Rodríguez Muñoz Alfredo. Propiedades psicométricas de la versión española del Cuestionario de Interacción Trabajo-Familia (SWING). *Psicothema* 2009. Vol. 21, nº 2, pp. 331-337. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3635>

13 Montesinos Lopez José María. Conflictos de trabajo-familia en trabajos de enfermería a turnos, universidad Miguel Hernández. España. Junio 2015. Recuperado de: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2176/1/TFM%20Montesinos%20L%C3%B3pez%20de%20Rodas%20C%20Jes%C3%BA%20M.pdf>.

14 Álvarez Ramírez Adaneys, Guerra Testa Jesús Roberto. El conflicto trabajo-familia: Riesgo Psicosocial para la salud Laboral de los Trabajadores. *Revista Páginas. Jul-Dic 2012, N.92* Recuperado de: <http://biblioteca.ucp.edu.co/ojs/index.php/paginas/article/view/271/247>

15 Feo Ardila. *Influencia del Trabajo por turnos en la Salud y la Vida Cotidiana*, Bogotá 2008. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis38.pdf>

16 Calzón Fernández Silvia, Fernández Ajuria Alberto, DIFERENCIAS POR SEXO DE LA SALUD PERCIBIDA ANTES Y DURANTE LA CRISIS ECONÓMICA (2007 Y 2011), *Rev Esp Salud Pública*. 2017; Vol. 91; febrero e1-e12. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL91/ORIGINALES/RS91C_201702019.pdf

17 Álvarez Ramírez Adaneys, Guerra Testa Jesús Roberto. El conflicto trabajo-familia: Riesgo Psicosocial para la salud Laboral de los Trabajadores. *Revista Páginas. Jul-Dic 2012, N.92* Recuperado de: <http://biblioteca.ucp.edu.co/ojs/index.php/paginas/article/view/271/247>

18 Lapierre LM, Allen TD. Work-supportive family, family-supportive supervision, use of organizational benefits, and problem-focused coping: Implications for work-family conflict and employee well-being. *J Occup Health Psychol*. 2006; 11(2): 169-181. Recuperado de: DOI: 10.1037/1076-8998.11.2.169

19 Abdelaziz Rhnima, Patrick Richard, Juan Francisco Núñez, El conflicto trabajo-familia como factor de riesgo y el apoyo social del supervisor como factor protector del agotamiento profesional. *Ciencia Ergo Sum*. Universidad Autónoma del Estado de México. 2016, vol. 23, núm. 3. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076005>

20 Perry-Smith, J. & Blum, T. Work-family Human Resource Bundles and Perceived Organizational Performance. *Academy of Management Journal*. Estados Unidos 2000, 43(6), 1107-1117