



Conflicto empleo-familia y autopercepción de la salud desde una perspectiva de género

Employment-family conflict and self-perception of health from a gender perspective


María Emilia Cadena-Baquero^a

 <https://orcid.org/0000-0002-4720-5826>
E-mail: mariaemiliacadena@outlook.com


Elena Burgaleta Pérez^a

 <https://orcid.org/0000-0002-9413-7299>
E-mail: elena.burgaleta@uisek.edu.ec


Shirley Andrade Andrade^b

 <https://orcid.org/0000-0001-9784-7758>
E-mail: scandrade@uce.edu.ec


María Lopez-Ruiz^c

 <https://orcid.org/0000-0002-3663-3892>
E-mail: maria.lopez@upf.edu

Antonio Ramón Gómez García^d

 <https://orcid.org/0000-0003-1015-1753>
E-mail: agomezg@uees.edu.ec

Pamela Merino-Salazar^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3796-4706>
E-mail: dramerinos@gmail.com

^aUniversidad Internacional SEK, Facultad de Ciencias del Trabajo y Comportamiento Humano. Quito, Ecuador.

^bUniversidad Central del Ecuador, Carrera de Psicología Clínica, Facultad de Ciencias Psicológicas. Quito, Ecuador.

^cUniversitat Pompeu Fabra, Centro de Investigación en Salud laboral. Barcelona, España.

^dUniversidad Espiritu Santo, Facultad de Posgrado. Samborondón, Ecuador.

Correspondencia

Pamela Merino-Salazar

Universidad Internacional SEK, Campus Miguel de Cervantes. Calle Alberto Einstein, s/n y 5ta. transversal. Quito, Ecuador. CEP: 170120

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar las desigualdades de género en la relación del conflicto empleo familia (CEF) con el estado de salud de la población trabajadora de Quito y Guayaquil. Se trata de un estudio transversal de una muestra representativa de la población trabajadora no agrícola, con edad igual o mayor a 18 años y afiliada a la seguridad social, que fue entrevistada entre 2016-2017 en la I Encuesta sobre Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo de Quito y Guayaquil (n=1729). Se emplearon modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, separados por sexo, para calcular las razones de prevalencia ajustadas de seis indicadores de salud. En ambos sexos, el CEF se asoció con mala salud autopercebida, mala salud mental, dolor o molestias de cabeza y de espalda, aunque la magnitud de asociación fue mayor en las mujeres. Además, en las mujeres el CEF se asoció con problemas digestivos (RPa=1,65; IC 95%: 1,17-2,34). En ninguno de los dos sexos se observó asociación entre el CEF y los accidentes de trabajo. Los resultados del presente estudio muestran que el CEF se asocia con malas condiciones de salud en la población trabajadora, particularmente en las mujeres. Las políticas públicas e intervenciones en los centros de trabajo dirigidas a alcanzar un equilibrio entre el empleo y la vida familiar desde una perspectiva de género podrían resultar en una reducción en los daños a la salud y en las desigualdades de género en salud.

Palabras clave: Género y Salud; Disparidades en el Estado de Salud; Salud Laboral; Familia; Conflicto Psicológico; Países en Desarrollo.

Abstract

The objective of this study is to analyze gender inequalities in the relationship between employment-family conflict (EFC) and health status in the working population of Quito and Guayaquil. This is a cross-sectional study of non-agricultural employees, aged 18 or older and covered by social security, who were interviewed between 2016-2017 in the First Survey of Safety Conditions and Health at Work of Quito and Guayaquil ($n = 1729$). Poisson regression models with robust variance separated by sex were used to calculate adjusted prevalence ratios for six health indicators. In both sexes, EFC was associated with poor self-perceived health, poor mental health, and head or back pain or discomfort, although the magnitude of the association was greater in women. Furthermore, EFC was associated with digestive problems only in women (aPR=1.65; 95% CI: 1.17-2.34). In neither sex was there an association between EFC and occupational accidents. The results of this study show that EFC is associated with poor health conditions in the working population, particularly among women. Public policies and workplace interventions aimed at achieving a balance between employment and family life from a gender perspective could help reduce impairments to health and gender inequalities in health.

Keywords: Gender and Health; Health Status Disparities; Occupational Health; Family; Conflict Psychological; Developing Countries.

Introducción

Las relaciones de género se han constituido histórica y culturalmente reproduciendo una lógica de diferenciación de los roles sexuales en la familia tradicional heteronormativa, esto es, padre productor-proveedor y madre reproductora-cuidadora, dependiente del “cabeza de familia” (Sabater, 2014). Esta división por género del trabajo se fundamenta, entre otros principios, en la ausencia de autoridad de las mujeres, argumento que justifica que deban permanecer entregadas al espacio privado, de la reproducción y el cuidado, donde se perpetúa la lógica de la economía de los bienes simbólicos (Bourdieu; Jorda, 2000). De manera que, la división de género de los trabajos queda inscrita en una supuesta objetividad de las categorías sociales a través de la cual se configura la representación que consideramos “normal”.

La progresiva incorporación de las mujeres al espacio laboral remunerado podría interpretarse como una oportunidad de transformación de estos patrones sexualizados, generando una creciente igualdad de los roles de género, una mayor autonomía y la participación de las mujeres en los ejes sobre la toma de decisiones. Sin embargo, encontramos una realidad muy distinta, marcada por una doble segregación laboral (Campos-Serna et al., 2013). Por una parte, una segregación horizontal en la que las mujeres se concentran en determinados sectores de la producción, y por otra, una segregación vertical marcada por la división jerárquica del poder, donde las mujeres tienen asignadas ocupaciones menos calificadas. En este escenario las mujeres ingresan con una situación desfavorecida en el mercado laboral, ya que continúan gravadas por un “impuesto reproductivo” (Palmer, 1991) que fomenta su posición de dependencia en la familia. Resultado de este proceso es el modo en el que las instituciones sociales promueven la estructuración y sostén de una matriz de responsabilidades de provisión y de cuidado según el sexo/género, así como las representaciones que los sujetos construyen acerca de dicha estructura (Faur, 2006).

En definitiva, las instituciones que regulan las políticas de conciliación entre la familia

y el empleo se sustentan en representaciones sociales donde el sujeto de la conciliación no es un sujeto neutro, sino femenino. Por esta razón, las medidas frente al conflicto empleo-familia se han dirigido principalmente a las mujeres, lo que ha provocado una feminización del problema de conciliación. En estas condiciones, la conciliación, lejos de convertirse en un derecho para las personas trabajadoras, es una carga para las mujeres, que deben “conciliar” su faceta profesional con el trabajo no remunerado de cuidados que tradicionalmente les han sido atribuidos por su rol de género (Molina-Hermosilla, 2016).

Un ejemplo de esta regulación política de las representaciones sociales de los roles de género, es el estudio islandés del año 2010 sobre la relación empleo-familia (Rafnsdóttir, 2010), en el que se muestra cómo la mayoría de las mujeres expresan el conflicto que les supone el derecho y deseo de independencia, así como la liberación frente a la responsabilidad de apoyar a la familia. Esta situación se ve fomentada por unas políticas e instituciones públicas que definen a las mujeres como miembros de la familia en lugar de individuos autónomos.

Los primeros estudios sobre la conflictiva relación entre empleo-familia datan de finales de los años 70, con la teoría de la permeabilidad asimétrica (Pleck, 1977) basada en la asimetría existente en la frontera entre empleo y familia, a partir de ideas, emociones y, actitudes surgidas en cada uno de estos dominios. Aunque el concepto “conflicto empleo-familia” (CEF) no fue acuñado hasta mediados de los 80 como un conflicto de rol en el que las presiones que resultan del trabajo remunerado y las presiones familiares, son mutuamente incompatibles (Greenhaus; Beutell, 1985). Estas primeras teorías analizaban el CEF desde una perspectiva unidireccional enfatizando en la forma negativa en que las responsabilidades familiares afectaban al desarrollo laboral. Progresivamente estas teorías fueron incorporando una visión bidireccional donde el empleo puede interferir en la familia y la familia puede interferir en el empleo (Frone, 2000).

Estudios más recientes han prestado especial atención a la expresión en la salud de dicho conflicto,

así por ejemplo la “teoría de la conservación de recursos” (Hobfoll, 2001) argumenta que el CEF conduce a problemas de salud debido a que los recursos se pierden tratando de conseguir un equilibrio entre ambos espacios, dando lugar a un impacto negativo sobre el bienestar físico y psicológico, que se expresa en dolores de cabeza, fatiga, ansiedad, depresión e irritabilidad (Lapierre; Allen, 2006).

Siguiendo la propuesta de la “teoría de los roles sobre el estrés organizacional” (Kahn et al., 1965), los efectos negativos en el bienestar físico y psicológico, surgen cuando un rol se sobrepone a otro, por esta razón las dimensiones de la salud que más se ven afectadas por el CEF son las psicológicas, expresadas en un estado de ánimo cambiante e irritable; la salud física, con presencia de cansancio físico, dolores de cabeza y problemas gástricos, como también la salud social manifestando dificultades en las relaciones interpersonales, como discusiones frecuentes y retraimiento (Álvarez; Gómez, 2011). Desde la “teoría de los roles” (Kinnunen; Geurts; Mauno, 2004), se plantea que CEF se expresa de diferente manera según género. Esta diferenciación en la expresión del conflicto puede tener su origen en las diferentes expectativas creadas socialmente según los roles de género asignados. Así, las mujeres condicionadas y obligadas a asumir la mayor carga familiar, generan una determinada sintomatología frente al hecho de que su familia pueda verse alterada, por el tiempo que pasen en el trabajo remunerado, situación que no se reproduce en los roles masculinos (Cifre Galego; Vera Perea; Signani, 2015).

A la hora de investigar sobre el CEF en el contexto latinoamericano, conviene tener en cuenta que el incremento de la participación laboral femenina se ha generado a través distintas coyunturas convergentes: la reestructuración económica, la flexibilización de las relaciones laborales y la globalización de los mercados (Guadarrama, 2008). La desregulación y la inestabilidad laboral predominante, se manifiesta en relaciones más instrumentales con el empleo, así como en la emergencia de nuevos espacios de identificación de hombres y mujeres en los que la antigua separación entre el espacio de trabajo

remunerado y el espacio fuera del mismo, entre mundo doméstico y mundo extradoméstico, pierde sentido en la medida en que ambos espacios se superponen en múltiples combinaciones.

En Ecuador, la tasa de actividad femenina aumentó desde un 32% a un 53% entre 1990 y 2017 (CEPALSTAT..., 2018). Sin embargo, este incremento en la presencia de las mujeres en el mercado laboral no se ha visto reflejado en las políticas públicas. En este sentido, no se evidencian modificaciones en las leyes relacionadas con la conciliación empleo-familia, salvo las ya establecidas: licencia paternidad y maternidad, licencia de lactancia y licencia para funcionarios públicos por calamidad doméstica.

De manera paralela, la falta de datos a nivel poblacional ha limitado el desarrollo de estudios epidemiológicos que analicen la prevalencia del CEF y su asociación con la salud desde una perspectiva de género, y que, a su vez, apoyen al diseño de las políticas de conciliación en el Ecuador. En el año 2016 se elaboró la I Encuesta sobre Seguridad y Salud en el Trabajo (I-ECSST) en Quito (Gómez-García, 2017) y en el 2017 en Guayaquil, con el objetivo de reconocer las condiciones de trabajo y el estado de salud de la población trabajadora. Así, el presente artículo pretende exponer a través del análisis de los datos de la I-ECSST, cómo estos desequilibrios entre la vida familiar y laboral se expresan en la autopercepción de la salud física y mental de la población trabajadora, particularmente en las mujeres.

Por todo lo anteriormente expuesto, los objetivos de este estudio son identificar las características personales y laborales asociadas con el CEF, analizar la relación entre el CEF y el estado de la salud, determinando del mismo modo si los patrones de asociación difieren según género.

Métodos

Diseño y población de estudio

La I-ECSST se elaboró con una muestra de 1790 personas trabajadoras afiliadas a la seguridad social de todos los sectores de actividad económica, con edad igual o mayor a 18 años y residentes en

las ciudades de Quito y Guayaquil. La selección de la muestra siguió un procedimiento aleatorio estratificado en múltiples etapas. El cuestionario fue administrado por personal capacitado a través de entrevistas personales en el domicilio de las personas participantes, entre abril y junio de 2016 en Quito, entre marzo y mayo de 2017 en Guayaquil. Para el presente estudio, se excluyó a las personas de quienes no se tenía información sobre su ocupación y a la población trabajadora agrícola, debido al número limitado de casos (n=33). La muestra finalmente analizada estuvo conformada por 854 mujeres y 875 hombres.

Variables

Conflicto empleo-familia

El CEF fue registrado en el cuestionario a través de la pregunta: “La realización de su trabajo ¿interfiere en su vida familiar?” Las opciones de respuesta fueron “sí”, “en parte” y “no”. La variable fue dicotomizada combinando las categorías “sí” o “en parte” para indicar exposición a CEF.

Estado de salud

Se incluyeron seis indicadores del estado salud. La salud autopercebida fue recogida con la pregunta: “¿Cómo considera usted que es su salud?” con seis opciones de respuesta. Las categorías de respuesta “excelente”, “muy buena” y “buena” se agruparon para indicar buena salud autopercebida, y las categorías “regular”, “mala” y “muy mala” para indicar mala salud. El estado de salud mental se midió con la pregunta dicotómica “La salud mental, que incluye tensión, depresión y problemas emocionales ¿durante el último mes ha sufrido algunos de estos problemas?” Adicionalmente, se determinó la presencia de los siguientes síntomas: 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

Las características sociodemográficas consideradas en el estudio fueron: edad

(categorizada en 18-30, 31-50 y más de 50 años), también se consideró la ciudad de residencia (Quito y Guayaquil). Las características laborales se establecieron en función de la categoría ocupacional, codificadas en tres esferas de acuerdo con las nueve grandes categorías originales de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO): (1) alta (Gerentes y Profesionales), (2) media (técnicos y profesionales de nivel medio, profesional administrativo, trabajadores de servicios o vendedor) y (3) baja (trabajadores en actividades agrícolas, ganaderas y pesca, trabajadores operarios o artesanos, operadores de maquinaria industrial, como también trabajadores en actividades elementales y de apoyo); las horas semanales de trabajo remunerado (<30, 30-40 y >40 horas); y el tipo de turno (diurno y nocturno/rotativo/extendido).

Análisis estadístico

En primer lugar, se examinaron las diferencias según el 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 empleo-familia mediante la aplicación de modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, incluyendo como variables principales la edad, ciudad, categoría ocupacional, horas semanales de trabajo remunerado y tipo de turno. Por último, para analizar la relación entre el CEF y los problemas de salud se aplicaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, obteniendo las razones de prevalencia crudas (R_{Pc}) y ajustadas por las condiciones sociodemográficas y laborales (R_{Pa}), con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%). 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. Los análisis se realizaron con el software estadístico Stata versión 11.

Resultados

En el Cuadro 1 se presentan las características generales de la población de estudio de acuerdo al

sexo. La mayor parte de la población es menor de 51 años y se concentraba en la categoría ocupacional media (63,6% de los hombres y 71% de las mujeres). Una mayor proporción de hombres trabajaban más de 40 horas semanales (29,5% frente al 18% de las mujeres) y en turnos de trabajo nocturnos, rotativos o extendidos (33,6% frente al 22,3% de las mujeres). El 36,9% de los hombres y el 35,8% de las mujeres declararon que su empleo interfiere con su vida familiar. La prevalencia de mala salud autopercebida fue de 10,2% en los hombres y 10,8% en las mujeres. Las mujeres reportaron con más frecuencia mala salud mental en relación a los hombres (20% 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 hombres en relación a las mujeres (15,2% vs 8,3%).

El Cuadro 2 muestra la relación entre las características sociodemográficas y laborales con el CEF. En ambos sexos, el CEF se asoció a los tipos de turno nocturno, rotativo o extendido (R_{Pa}=1,45; IC 95%: 1,16-1,8 en los hombres y R_{Pa}=1,36; IC 95%: 1,07-1,74 en las mujeres), pero no a la edad y la categoría ocupacional. En las mujeres, se observó un gradiente de aumento de la prevalencia de CEF conforme incrementa el número de horas de trabajo remunerado semanal.

En el Cuadro 3 se puede apreciar la relación entre el CEF y el estado de salud según sexo. Tanto en hombres como mujeres, el CEF se asoció con mala salud autopercebida (R_{Pa}=1,68; IC 95%: 1,13-2,5 y R_{Pa}=1,88; IC 95%: 1,24-1,87, respectivamente), mala salud mental (R_{Pa}=1,94; IC 95%: 1,38-2,74 y R_{Pa}= 2,27; IC 95% 1,68-3,07, respectivamente), dolor de cabeza (R_{Pa}=1,37; IC 95%: 1,16-1,62 y R_{Pa}=1,50; IC 95%: 1,29-1,75, respectivamente) y dolor de espalda (R_{Pa}=1,21; IC 95%: 1,07-1,38 y R_{Pa}=1,38; IC 95%: 1,23-1,55), aunque en todos los casos la magnitud de la asociación fue mayor en las mujeres. En las mujeres, el CEF también se asoció a problemas digestivos (R_{Pa}=1,65; IC 95%: 1,17-2,34). En ninguno de los dos sexos, se observó una asociación estadísticamente significativa con los accidentes de trabajo.

Cuadro 1 – Descripción general (porcentajes) de la población de estudio de acuerdo al sexo. I Encuesta sobre Seguridad y Salud en el Trabajo de Quito y Guayaquil, 2016-2017

	Hombres (n=875)	Mujeres (n=854)	p
Edad			0,061
18-30	30,57	35,03	
31-50	57,11	55,65	
51-72	12,32	9,31	
Ciudad			0,92
Quito	56,49	62,26	
Guayaquil	43,51	37,74	
Categoría ocupacional			<0,001
Superior	11,42	12,63	
Media	63,59	70,99	
Inferior	24,98	16,39	
Horas de trabajo semanal			<0,001
<30	2,08	3,94	
30-40	68,37	78,08	
>40	29,47	17,97	
Tipo de turno			<0,001
Diurno	66,31	77,67	
nocturno/rotativo/extendido	33,6	22,26	
Conflicto empleo-familia			0,78
Sí	36,91	35,82	
No	63,09	64,18	
Mal estado de salud autopercebida			0,92
Sí	10,18	10,83	
No	89,82	89,17	
Mala salud mental			0,002
Sí	13,7	20,01	
No	86,3	79,74	
Dolor de cabeza			0,004
Sí	40,34	47,19	
No	59,66	52,81	
Dolor de espalda			0,076
Sí	56,46	60,66	
No	43,54	39,34	
Problemas digestivos			0,217
Sí	13,37	15,46	
No	86,63	84,54	
Accidentes de trabajo			<0,001
Sí	15,2	8,31	
No	84,8	91,57	

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

La variable con el porcentaje más elevado de valores perdidos es salud afectada por el trabajo en el caso de las mujeres (0,4%).

Valor de p de Ji cuadrado.

Cuadro 2 – Número (n), prevalencia (%) y asociación (razones de prevalencia) del conflicto empleo-familia según edad, ciudad de residencia, categoría ocupacional, horas de trabajo remunerado semanal y tipo de turno, de acuerdo al sexo. I Encuesta sobre Seguridad y Salud en el Trabajo de Quito y Guayaquil, 2016-2017

	Conflicto empleo-familia													
	Hombres							Mujeres						
	n	%	RPC	IC 95%	RPa	IC 95%	n	%	RPC	IC 95%	RPa	IC 95%		
Edad														
18-30	95	34,3	1		1		108	34,8	1		1			
31-50	182	37,9	1,1	(0,90-1,35)	1,04	(0,85-1,28)	165	35,9	1,03	(0,84-1,27)	1,04	(0,84-1,28)		
51-72	39	39	1,4	(0,84-1,54)	1,04	(0,78-1,4)	30	39,0	1,12	(0,80-1,58)	1,15	(0,81-1,64)		
Ciudad														
Quito	147	39,4	1		1		132	36,5	1		1			
Guayaquil	169	33,7	0,85	(0,72-1,02)	0,79	(0,66-0,95)*	171	34,8	0,95	(0,79-1,14)	0,87	(0,73-1,06)		
Categoría ocupacional														
Superior	40	43,4	1		1		36	33,2	1		1			
Media	200	35,6	0,82	(0,63-1,08)	0,82	(0,63-1,05)	230	36,8	1,11	(0,81-1,52)	1,11	(0,81-1,52)		
Inferior	76	37,3	0,85	(0,63-1,16)	0,76	(0,57-1,02)	37	33,6	1,01	(0,68-1,51)	0,98	(0,66-1,46)		
Horas de trabajo remunerado semanal														
<30	8	58,3	1		1		6	23,8	1		1			
30-40	174	29,9	0,51	(0,33-0,8)***	0,59	(0,39-0,89)*	209	31,8	1,34	(0,65-2,74)	1,36	(0,66-2,79)		
>40	134	51,7	0,89	(0,57-1,39)	0,89	(0,60-1,32)	88	56,1	2,36	(1,14-4,86)*	2,03	(0,97-4,24)		
Tipo de turno														
Diurno	169	29,9	1		1		205	31,3	1		1			
Nocturno, rotativo o extendido	147	50,8	1,7	(1,43-2,02)***	1,45	(1,16-1,8)**	97	51,4	1,64	(1,36-1,99)***	1,36	(1,07-1,74)*		
Total	316	36,9					303	35,8						

Población trabajadora no agrícola, de 18 años o más, cubierta por la seguridad social, de Quito y Guayaquil.
 Razones de prevalencia ajustadas por características sociodemográficas y laborales (RPa) e intervalo de confianza del 95% (IC 95%).
 *: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

Cuadro 3 – Asociación (razones de prevalencia) entre el conflicto empleo-familia y el estado de salud de la población trabajadora de acuerdo al sexo. I Encuesta sobre Seguridad y Salud en el Trabajo de Quito y Guayaquil, 2016-2017

	Mala salud autopercibida		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 empleo- familia												
No	8,1	1	14	1	39,8	1	52,6	1	12,5	1	7,6	1
Si	15,7	1,88 (1,24-2,87)**	30,8	2,27 (1,68-3,07)***	58	1,5 (1,29-1,75)***	70,6	1,38 (1,23-1,55)***	21,2	1,65 (1,17-2,34)**	10,6	1,37 (0,85-2,21)
Hombres												
Conflicto empleo- familia												
No	7,9	1	10,1	1	35,4	1	50,2	1	11,8	1	16	1
Si	14,1	1,68 (1,13-2,50)*	19,9	1,94 (1,38-2,74)***	45,6	1,37 (1,16-1,62)***	58,8	1,21 (1,07-1,38)**	17,1	1,24 (0,87-1,76)	14,2	0,81 (0,57-1,15)

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 del 95% (IC 95%).
 *: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

Discusión

Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto que la proporción de hombres y de mujeres que perciben que el empleo interfiere con su vida familiar es similar. Además, muestran un claro gradiente de aumento de la prevalencia de CEF en las mujeres según incrementa el número de horas de trabajo remunerado. Por otro lado, el CEF se asocia a la mayor parte de problemas de salud en ambos sexos, aunque esta asociación es mayor en el caso de las mujeres.

Los resultados del presente estudio coinciden con la mayoría de estudios previos que han encontrado muy poca o ninguna diferencia en el CEF percibido entre hombres y mujeres (Byron, 2005; Shockley et al., 2017). Se han discutido múltiples teorías sobre la relación entre el género y el CEF percibido. Un reciente metaanálisis basado en más de 350 estudios respalda dos de las diversas perspectivas teóricas existentes que explican esta relación: la visión racional y la perspectiva de la permeabilidad asimétrica (Shockley et al., 2017). De acuerdo con ambas teorías, es más probable que los hombres en relación a las mujeres experimenten CEF debido a que, por un lado, ellos dedican una mayor cantidad de horas al trabajo remunerado y, por otro lado, crean límites más débiles en torno a la esfera familiar, permitiendo que esta se vea afectada por los problemas en la esfera laboral. Dado que estas teorías por sí solas no explican la falta de diferencias entre mujeres y hombres en el CEF percibido, este metaanálisis además propone teorías complementarias, que incluyen mediadores con efectos opuestos a las horas de trabajo y a los límites familiares. Por ejemplo, en concordancia con un metaanálisis previo que incluyó 142 estudios (Michel et al., 2011), observó que la autonomía laboral, que es más frecuente entre los hombres, tiene una asociación negativa con el CEF. Asimismo, en línea con los hallazgos del presente estudio, este metaanálisis propone que a pesar de que los hombres le dedican más horas al trabajo remunerado, finalmente no experimentan más CEF que las mujeres debido a que la asociación entre las largas horas de trabajo de remunerado y el CEF es mayor en ellas. Otros estudios incluso han cuestionado la ausencia de

diferencias entre hombres y mujeres observadas en estudios previos, ya que al analizar únicamente a la población que trabaja a tiempo completo, han encontrado que son las mujeres quienes presentan una mayor dificultad en compaginar la vida laboral y familiar (Hämmig; Bauer, 2009).

La inexistencia de diferencias en la frecuencia de CEF percibido entre hombres y mujeres debe interpretarse en un contexto en el que las responsabilidades de “conciliar” están diferenciadas. Es decir, el mayor grado de responsabilidad en el trabajo del hogar asumido por las mujeres frente al realizado por los hombres, está claramente definido en la lógica de la división por género del trabajo. En el marco de una sociedad patriarcal, no se considera que los hombres deban organizar su tiempo en función del trabajo doméstico y de cuidados. Por ejemplo, en el caso de la opinión de la sociedad española sobre el reparto del trabajo y la crianza, el Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2010), muestra cómo ante el dilema de que uno de los dos miembros de la pareja tenga que trabajar menos horas para ocuparse de las labores domésticas y de la descendencia, el 45,7% de las personas encuestadas afirmaban que debería ser la mujer; frente al 20,9% que optaba por “cualquiera, indistintamente” y un 10,2% que opinaba que “quien tuviera el trabajo peor remunerado”. En el contexto latinoamericano, el escenario no es más alentador. A pesar de los cambios significativos en los arreglos familiares durante las últimas décadas, incluido el aumento de los hogares encabezados por mujeres y parejas con dobles ingresos, el diseño de las políticas sociales se basa aún en el modelo tradicional de sostén de familia (Arriagada, 2007). En consecuencia, mientras los hombres destinan más tiempo al trabajo remunerado, las mujeres continúan realizando la gran mayoría del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, independientemente de su situación en el mercado laboral. Según la Encuesta de 2012 sobre el Uso del Tiempo en Ecuador, mientras las mujeres dedican 31 horas a la semana al trabajo no remunerado, los hombres dedican 9 horas (INEC, 2018). En este contexto de una clara división de género del trabajo y de acuerdo a la “teoría de las expectativas de los roles

de género” (Duxbury; Higgins, 1991), posiblemente, los hombres y las mujeres en el presente estudio otorgan distintos valores a la familia y al empleo, siendo ellos menos sensibles a las intrusionas en el rol familiar en relación a las mujeres. En este sentido, se esperaría que las mujeres refieran con mayor frecuencia CEF, en contraposición a las teorías de la visión racional y la perspectiva de la permeabilidad asimétrica.

En el presente estudio, el trabajo a turnos, en ambos sexos, y los largos horarios de trabajo, sólo en el caso de las mujeres, se asociaron al CEF. En este sentido, destaca el claro gradiente de incremento de la prevalencia de CEF conforme aumenta el número de horas de trabajo remunerado, sólo en las mujeres. En concordancia, la mayor parte de estudios previos han observado una asociación entre los largos horarios de trabajo y un pobre equilibrio entre el trabajo remunerado y la vida privada, siendo esta asociación más consistente para las mujeres (Artazcoz et al., 2013). Asimismo, existe amplia evidencia sobre el impacto del trabajo a turnos sobre el CEF tanto para los hombres como para las mujeres (Albertsen et al., 2008). Las largas horas de trabajo remunerado y los trabajos a turnos han sido reconocidos como uno de las principales fuentes de CEF dada la dificultad que generan en el cumplimiento de las demandas familiares. Así, las largas horas de trabajo remunerado no permiten cumplir físicamente con las expectativas de las demandas familiares y, a su vez, generan tensión por la preocupación de no cumplir con dichas expectativas (Greenhaus; Beutell, 1985). Estos hallazgos, en conjunto con las perspectivas consideradas, sugieren que los factores que contribuyen al desarrollo del CEF son distintos para los hombres y las mujeres. Sin embargo, parece ser que estas múltiples y complejas relaciones entre el trabajo y la familia, determinan que hombres y mujeres perciban con similar frecuencia que el trabajo interfiere en su vida familiar.

Cabe destacar que a pesar de que en ambos sexos se observó asociación entre el CEF y diversos problemas de salud, esta asociación fue mayor en las mujeres. Los estudios disponibles no muestran resultados

concluyentes sobre desigualdades de género en la relación CEF y la autopercepción de la salud. Varios estudios han observado asociación entre el CEF con diversos indicadores de la salud física, mental y salud autopercebida, pero no han encontrado desigualdades según género (Frone, 2000; Winter et al., 2006). Sin embargo, estudios prospectivos más recientes muestran que el CEF predice una mala salud autopercebida, sólo en el caso de las mujeres (Leineweber et al., 2012). Otros estudios han observado que las mujeres tienen una mayor probabilidad, en relación a los hombres, de presentar peores indicadores de salud mental (incluyendo cansancio emocional, ansiedad y depresión) (Leineweber et al., 2012; Magnusson Hanson et al., 2013), dolores de cabeza y problemas musculoesqueléticos (Griep et al., 2016; Hämmig et al., 2011).

Existen diferentes mecanismos que podrían estar operando en la relación observada entre el CEF y los daños a la salud en la población de estudio. Por ejemplo, según la anteriormente mencionada “teoría de la conservación de recursos” (Hobfoll, 2001), tanto hombres como mujeres pueden presentar reacciones relacionadas con el estrés cuando se pierden recursos valiosos; como por ejemplo, tiempo, dinero o empleo, al tratar de alcanzar el equilibrio entre la esfera laboral y familiar. No obstante, el mayor efecto en contra de la salud en las mujeres que perciben CEF podría explicarse en base a dos teorías no excluyentes entre sí: la teoría de los roles (Duxbury; Higgins, 1991) y el modelo esfuerzo-recuperación (Van Hooff et al., 2005). En este sentido, la salud de las mujeres estaría afectada por la tensión experimentada, que resulta de la dificultad de cumplir con las expectativas sociales asignadas a las mujeres; así como por la falta de oportunidades de recuperación luego del esfuerzo designado al trabajo remunerado. En correspondencia, estudios previos (Arias-de la Torre et al., 2016), sugieren que el peor estado de salud física y mental observado en las mujeres que tienen que combinar el trabajo remunerado y no remunerado podría deberse al conflicto de rol y la sobrecarga de trabajo que ellas enfrentan. De hecho, en Ecuador, cuando se tienen en cuenta tanto el trabajo remunerado como el no remunerado, las mujeres trabajan 22 horas más que los hombres

(INEC, 2018). Ello sugiere que esta doble carga de trabajo se traduce tanto en la ejecución de mayor cantidad de actividades, que resulta en menor tiempo para descansar, como en estrés ante la preocupación de la responsabilidad de cuidar una familia y trabajar de manera remunerada, incrementándose así el riesgo de desarrollar problemas de salud en las mujeres.

Los hallazgos de este estudio deben ser interpretados tomando en cuenta algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, su diseño transversal no permite descartar un sesgo de causalidad inversa. Además, la única pregunta empleada en la IECCTS para medir CEF no permitió distinguir entre la clase del conflicto (basado en el tiempo, originado en la tensión o relativo al comportamiento), lo cual se ha encontrado que difiere según el género (Shockley et al., 2017). Otra limitación importante es la falta de estratificación en el análisis según clase social ocupacional dado el reducido número de casos estudiados. En este sentido, se ha observado un mayor impacto del CEF en la autopercepción de la salud en las mujeres con menor nivel socioeconómico (Kobayashi et al., 2017). Adicionalmente, no se examinaron dimensiones que permitirían obtener una mayor comprensión de los determinantes de la percepción del CEF en hombres y mujeres, así como de su relación con el estado de salud en ambos sexos. Por ejemplo, numerosos estudios han encontrado que la exposición a los factores de riesgo psicosocial, tales como, como el conflicto de rol, ambigüedad de rol, apoyo social de compañeros y de supervisores están asociados al CEF (Michel et al., 2011). Dada la persistente segregación de género del mercado, como se ha observado en revisiones previas (Campos-Serna et al., 2013), los hombres y las mujeres del presente estudio podrían estar expuestos a una desigual distribución en la exposición a los factores de riesgo psicosocial, lo que podría explicar, en parte, la manera en que ambos sexos experimentan el CEF. Tampoco fue posible analizar varios factores de la esfera familiar, tales como: el conflicto de rol, la ambigüedad de rol, la sobrecarga de trabajo, el apoyo familiar y el apoyo de la pareja, que en anteriores estudios han mostrado estar asociados con el CEF (Michel et al., 2011). Finalmente, hay que

tener en cuenta que, debido a las características de la población objeto de la encuesta, este estudio no incluyó a las personas con empleos informales, que generalmente tienen peor estado de salud y peores condiciones de trabajo, así como de empleo que quienes tienen arreglos formales (Ludermir; Lewis, 2003). Al mismo tiempo, se ha identificado que la informalidad interacciona con los trabajos no remunerados de cuidados (claramente relacionados con el CEF), generando importantes desigualdades de género en la salud (López-Ruiz et al., 2016). Pese a las anteriores limitaciones, este es el primer estudio sobre la prevalencia del CEF percibido y su relación con la salud de la población ecuatoriana, que toma en cuenta las desigualdades de género. Además, se basa en una muestra representativa de las ciudades con mayor densidad poblacional del Ecuador e incluye distintos sectores de actividad y ocupaciones.

Consideraciones finales

En definitiva, este estudio muestra que la frecuencia con que hombres y mujeres perciben que el empleo interfiere con su vida familiar es similar. Además, observó una clara asociación entre el CEF y diferentes indicadores de la salud, siendo esta situación más desfavorable para las mujeres. Estos resultados alertan sobre la necesidad de generar políticas y medidas por parte de todos los agentes implicados, especialmente las empresas y las instituciones públicas, para lograr una corresponsabilidad real en los cuidados. De esta manera, tanto mujeres como hombres podrían conciliar de una mejor manera la vida laboral y familiar, teniendo como resultado la desaparición o mitigación tanto de los problemas de salud como de las desigualdades en salud encontradas.

La reflexión crítica sobre el impacto del CEF en la salud de hombres y mujeres que ofrece este artículo, reconoce las limitaciones de la metodología utilizada. En este sentido, es necesario contar con investigaciones que incorporen escalas diseñadas para medir el conflicto en sus diferentes formas, lo que permitiría profundizar en los distintos antecedentes del CEF en hombres y mujeres. De la misma forma, se requieren futuros

estudios que incluyan a la población con empleo informal y que consideren la intersección del género con la clase social. Adicionalmente, dada la compleja relación entre la esfera laboral y familiar, se deberían examinar las diferentes fuentes de conflicto en ambas esferas. Por ejemplo, en línea con anteriores propuestas metodológicas para estudios de trabajo, género y salud (Artazcoz, 2014), se sugiere incluir variables que permitan abordar la división sexual del trabajo doméstico y familiar, tales como, estado civil o de convivencia, responsabilidad principal en el cuidado de las personas dependientes, número de horas de trabajo doméstico y de cuidados, y persona que aporta más ingresos al hogar. La evidencia generada a partir de estos estudios permitirá un enfoque y conocimiento más integral del CEF en los hombres y las mujeres, así como de su impacto en la salud.

Referencias

- ALBERTSEN, K. et al. Workhours and worklife balance. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health Supplements*, Helsinki, v. 5, p. 14-21, 2008.
- ÁLVAREZ, A.; GÓMEZ, I. Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensamiento Psicológico*, Cali, v. 9, n. 16, p. 89-106, 2011.
- ARIAS-DE LA TORRE, J. et al. Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 30, n. 5, p. 339-344, 2016.
- ARRIAGADA, I. Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. *Papeles de población*, Toluca, v. 13, n. 53, p. 9-22, 2007.
- ARTAZCOZ, L. Aspectos metodológicos en la investigación sobre trabajo, género y salud. *Areas: revista internacional de ciencias sociales*, Murcia, v. 33, p. 139-153, 2014.
- ARTAZCOZ, L. et al. Long working hours and health status among employees in Europe: between-country differences. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Helsinki, v. 39, n. 4, p. 369-378, 2013.
- BOURDIEU, P.; JORDÀ, J. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, 2000.
- BYRON, K. A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, Amsterdã, v. 67, n. 2, p. 169-198, 2005.
- CAMPOS-SERNA, J. et al. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, Londres, v. 12, n. 1, p. 57, 2013.
- CEPALSTAT Portada. *Cepal*, Santiago, 15 jan. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2WmRPRq>. Acesso em 15 maio 2018.
- CIFRE GALEGO, E.; VERA PEREA, M.; SIGNANI, F. *Género, salud y trabajo*. Madrid: Pirámide, 2015.
- CIS - CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. *Barómetro de septiembre: Estudio nº 2.884*. Madrid, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2SArSNn>. Acesso em: 15 maio 2018.
- DUXBURY, L.; HIGGINS, C. Gender differences in work-family conflict. *Journal of Applied Psychology*, Washington, DC, v. 76, n. 1, p. 60-74, 1991.
- FAUR, E. *Género, masculinidades y políticas de conciliación familia-trabajo*. Bogotá: Fundación Universidad Central, 2006.
- FRONE, M. Work-family conflict and employee psychiatric disorders: The national comorbidity survey. *Journal of Applied Psychology*, Washington, DC, v. 85, n. 6, p. 888-895, 2000.
- GÓMEZ-GARCÍA, A. I Encuesta sobre seguridad y salud en el trabajo para Ecuador: I-ESST. *CienciaAmérica*, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 77-80, 2017.
- GREENHAUS, J.; BEUTELL, N. Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*, Briarcliff Manor, v. 10, n. 1, p. 76, 1985.
- GRIEP, R. et al. 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*, Hoboken, v. 59, n. 11, p. 987-1000, 2016.
- GUADARRAMA, R. Los significados del trabajo femenino en el mundo global: propuesta para un debate desde el campo de la cultura y las identidades laborales. *Estudios Sociológicos de El Colegio de México*, Cidade do México, v. 26, n. 77, p. 321-342, 2008.
- HÄMMIG, O.; BAUER, G. Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health*, Basileia, v. 54, n. 2, p. 88-95, 2009.
- HÄMMIG, O. et al. Work-life conflict and musculoskeletal disorders: a cross-sectional study of an unexplored association. *BMC Musculoskeletal Disorders*, Londres, v. 12, n. 1, 2011.
- HOBFOLL, S. The influence of culture, community, and the nested self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, Hoboken, v. 50, n. 3, p. 337-421, 2001.
- INEC - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. *Encuesta de uso del tiempo*. Ecuador, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3dhRZ3t>. Acesso em: 8 ago. 2018.
- KAHN, R. et al. Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity. *Administrative Science Quarterly*, Thousand Oaks, v. 10, n. 1, p. 125, 1965.
- KINNUNEN, U.; GEURTS, S.; MAUNO, S. Work-to-family conflict and its relationship with satisfaction and well-being: a one-year longitudinal study on gender differences. *Work & Stress*, Abingdon, v. 18, n. 1, p. 1-22, 2004.
- KOBAYASHI, T. et al. Work-family conflict and self-rated health among Japanese workers: how household income modifies associations. *PLOS ONE*, São Francisco, v. 12, n. 2, p. e0169903, 2017.
- LAPIERRE, L.; ALLEN, T. Work-supportive family, family-supportive supervision, use of organizational benefits, and problem-focused coping: Implications for work-family conflict and employee well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, Washington, DC, v. 11, n. 2, p. 169-181, 2006.
- LEINEWEBER, C. et al. Work-family conflict and health in Swedish working women and men: a 2-year prospective analysis (the SLOSH study). *The European Journal of Public Health*, Oxônia, v. 23, n. 4, p. 710-716, 2012.
- LOPEZ-RUIZ, M. et al. Informal employment, unpaid care work, and health status in Spanish-speaking Central American countries: a gender-based approach. *International Journal of Public Health*, Basileia, v. 62, n. 2, p. 209-218, 2016.
- LUDERMIR, A.; LEWIS, G. Informal work and common mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Berlim, v. 38, n. 9, p. 485-489, 2003.
- MAGNUSSON HANSON, L. et al. Work-home interference and its prospective relation to major depression and treatment with antidepressants. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Helsinque, v. 40, n. 1, p. 66-73, 2013.
- MICHEL, J. et al. Antecedents of work-family conflict: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, Washington, DC, v. 32, n. 5, p. 689-725, 2011.
- MOLINA-HERMOSILLA, O. Igualdad efectiva entre mujeres y hombres: de la conciliación a la corresponsabilidad social. *Antropología Experimental*, Xaém, n. 16, 2016.
- PALMER, I. Gender and population in the adjustment of African economies. Planning for change. Genebra: International Labour Organization, 1991. (Women, Work and Development Series, n. 19).
- PLECK, J. The work-family role system. *Social Problems*, Berkeley, v. 24, n. 4, p. 417-427, 1977.
- RAFNSDÓTTIR, L. The family - a site of safety or oppression? *NIKK*, [S.l.], v. 3, n. 10, p. 28-31, 2010.
- SABATER, M. La interacción trabajo-familia. La mujer y la dificultad de la conciliación laboral. *Lan Harremanak*: revista de relaciones laborales, Lejona, v. 30, p. 163-198. 2014.
- SHOCKLEY, K. et al. Disentangling the relationship between gender and work-family conflict: an

integration of theoretical perspectives using meta-analytic methods. *Journal of Applied Psychology*, Washington, DC, v. 102, n. 12, p. 1601-1635, 2017.

VAN HOOFF, M. et al. Disentangling the causal relationships between work-home interference and employee health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Helsinque, v. 31, n. 1, p. 15-29, 2005.

WINTER, T. et al. Work-family conflicts and self-rated health among middle-aged municipal employees in Finland. *International Journal of Behavioral Medicine*, Berlim, v. 13, n. 4, p. 276-285, 2006.

Recibido: 18/01/2019
Re-presentado: 12/02/2020
Aprobado: 20/02/2020