

FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO Y SU RELACIÓN CON LA DOBLE PRESENCIA DE LAS TRABAJADORAS MUJERES EN SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

PSYCHOSOCIAL FACTORS AT WORK AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE DOUBLE PRESENCE OF WOMEN WORKERS IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

Milena Toia Larsen^{1,2}, Mauricio Mattos Zegarra^{1,3}, Guadalupe Figueroa Alcázar^{1,4}, E. Aguilar Condori^{1,5}, V. Chavez Suaña^{1,5}, B. Del Carpio Calderón^{1,5}, S. Gamarra Núñez^{1,5}, K. García Carpio^{1,5}, G. Miranda Chamorro^{1,5}, L. Romero Aranibar^{1,5}, Agueda Muñoz del Carpio^{1,2,3,5}

(1) Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.

(2) Escuela de Postgrado

(3) Escuela de Derecho

(4) Escuela de Psicología

(5) Escuela de Medicina Humana

RESUMEN: Introducción: El riesgo psicosocial de la doble presencia, afecta a las mujeres trabajadoras y es considerado como un importante factor de riesgo psicosocial, siendo la situación más crítica en el sector salud, debido a que la mujer trabajadora debe responder a las altas exigencias del trabajo en los servicios de salud y retornar al hogar a seguir cumpliendo con labores domésticas de cuidados. **Objetivo:** Establecer la relación entre la doble presencia y riesgos psicosociales en mujeres trabajadoras de servicios de salud periféricos de Arequipa 2018. **Material y Métodos:** Se realizó una investigación de tipo descriptiva/relacional con diseño no experimental, muestra de tipo no probabilística e intencionada, conformada por 142 trabajadoras de centros y puestos de salud de la ciudad de Arequipa años durante el año 2018. Se utilizó la técnica de entrevista, mediante la utilización del instrumento psicológico "Istas21". **Resultados:** El 38.1% de las mujeres trabajadoras que realizan actividades en su hogar después del trabajo de 4 - 6 horas presentan un alto riesgo en la dimensión de doble presencia. Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=11.49$) muestra que el tiempo de doble presencia y el riesgo psicosocial de doble presencia presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). **Conclusión:** Conclusión: Existe relación significativa entre la doble presencia y la ocurrencia de riesgos psicosociales en mujeres trabajadoras de Servicios de atención primaria de la Salud de Arequipa.

Palabras clave: Doble presencia, riesgos psicosociales, mujeres trabajadoras, salud.

ABSTRACT: Introduction: The psychosocial risk of double presence affects working women and is considered an important psychosocial risk factor, being the most critical situation in the health sector, because working women must respond to the high demands of work in the far workplace, health services and return home and continue performing domestic care work. **Objectives:** To establish the relationship between the double presence and psychosocial risks in women workers of peripheral health services of Arequipa 2018. **Material and Methods:** A descriptive / relational research with a non-experimental design was carried out, a non-probabilistic and intentional sample, consisting of 142 workers from health centers and posts in the city of Arequipa during the months of September and October 2018 The communication technique was used, through the use of questionnaires. The instrument was questionnaire Istas 21, conformed by the risk prevalence limits. **Results:** 38.1% of working women who perform activities in their home after work of 4 - 6 hours present a high risk in the double presence dimension. According to the chi-squared test ($X^2 = 11.49$), it shows that the double presence time and the double presence of psychosocial risk have a statistically significant relationship ($P < 0.05$). **Conclusion:** There is a significant relationship between the double presence and the occurrence of psychosocial risks in women workers of peripheral health services in Arequipa during the study period.

Keywords: Double presence, psychosocial risks, women workers, health.

INTRODUCCIÓN

La evaluación integral de los trabajadores, incluye la identificación de los riesgos psicosociales debido a que la salud es un estado integral de goce de bienestar físico, mental y social, así, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad» (1)

La Salud Ocupacional de otro lado vigila las condiciones físicas y psicológicas del trabajador, la OMS define la salud ocupacional como: "una actividad eminentemente multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes" (2)

La Salud Ocupacional se encarga de vigilar que todo proceso de producción no tenga consecuencias negativas en la salud de los trabajadores y requiere del trabajo multidisciplinario (2)

Los riesgos psicosociales incluyen la doble presencia, situación que implica la sumatoria del trabajo realizado como "empleados/as remunerados/as, como el realizado

Correspondencia:
Milena Toia Larsen
E-mail: mtoialarsen@gmail.com

en las tareas familiares y domésticas, generalmente de cuidados" (3).

La doble presencia implica desigualdades entre hombres y mujeres en el rendimiento laboral, debido a que las mujeres además del trabajo asignado en el centro laboral, debe cumplir con múltiples obligaciones domésticas, situación que limita su crecimiento profesional, esto conlleva a difícil acceso a cargos directivos. (4). Esta desigualdad es también anotada por L. Balbo, como "la doble presencia implica también que las mujeres tengan menos tiempo extra que dedicar a las empresas" (5) El riesgo psicosocial de la doble presencia afecta con mayor frecuencia a las mujeres trabajadoras, siendo las tareas domésticas de cuidado y protección las más comunes y exigentes. (6)

El ritmo de trabajo, de una mujer que realiza además de su jornada laboral, horas extraordinarias en el hogar, lleva a "ahogamiento con el trabajo" (7), mayores exigencias psicológicas (8), desgaste laboral (9),(10).

Así mismo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) refiere como objetivo principal de la salud ocupacional, "la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y el bienestar social de los trabajadores en todas las ocupaciones" (11)

En el sector salud, los trabajadores tienen mayores exigencias debido a que diariamente tiene contacto con pacientes y las demandas de sus familiares. (12)

La exposición a riesgos psicosociales también tiene componentes de género debido a que una trabajadora mujer, podría exponerse a maternidad, a la crianza de hijos, cuidado de la familia y del hogar, etc. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud señala que existe desigualdades marcadas entre géneros a nivel laboral, haciéndose también presentes estas diferencias en la prevención y cuidados de los riesgos psicosociales. (13)

ASPECTOS LEGALES DE LA DOBLE PRESENCIA:

1. De la regulación del trabajo en el siglo XX a nuestros días

La regulación jurídica del trabajo es un fenómeno que data de mediados del siglo XIX y surge como consecuencia de la necesidad de establecer reglas que permitieran corregir la natural asimetría que existe en la contratación por parte de una persona llamada empleador, de los servicios y fuerza de trabajo de otra llamada trabajador.

Recordemos que hasta ese entonces las relaciones que implican la prestación de un servicio determinado se regían por dos normas básicas a saber: a) la ley de la oferta y la demanda a fin de determinar el precio del servicio y b) la absoluta libertad de las partes para poder determinar el contenido y alcances de los servicios a prestar marcadas por la regulación de tipo civil o mercantil. Cabe resaltar, que, en dicho momento, era el Estado Liberal producto de la Revolución Francesa de 1789 el marco constitucional sobre el que se construían este tipo de relaciones contractuales.

Sin embargo, con el advenimiento del fenómeno de la Revolución Industrial y la reorganización de la forma en que se laboraba, los Estados advirtieron la necesidad de establecer un conjunto de normas que, limitando la autonomía de la voluntad de las partes en el contrato de trabajo, buscaron dotar de cierto equilibrio a este tipo de relaciones.

En su momento también la participación activa de los propios trabajadores aglutinados a través de formaciones sociales denominadas sindicatos buscaron dotar de equilibrio a la asimétrica relación patrón – trabajador. En este contexto, el fenómeno de la creación del derecho del trabajo tuvo un fuerte impacto en la consolidación del Estado Social o Estado de Bienestar a inicios del siglo XX llegando a encontrar respaldo a nivel constitucional en las Constituciones de Querétaro de 1917 y de Weimar de 1919 y cuyo momento más importante se produciría con la creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1919 como consecuencia del pacto social surgido luego de la catástrofe que supuso la Primera Guerra Mundial y que quedó plasmado en el Tratado de Versalles de 1919. Cabe agregar sobre este punto que en el Perú las primeras normas de carácter social datan de 1911 (Ley N° 1378 sobre accidentes de trabajo) y 1913 (Decreto que regula el ejercicio de la huelga en el Perú) aunque la consagración de una legislación de corte social no llegaría sino hasta la Constitución Política de 1920.

No obstante, lo mencionado, la regulación laboral que ha primado en el mundo y en nuestro país durante todo el siglo XX y pervive aún en el siglo XXI es una regulación pensada para abordar un tipo particular de forma de trabajo que hoy ha cambiado drásticamente.

2. La regulación del trabajo en el siglo XX: Monopolio de fábricas y hombres

Como sabemos, el derecho parte siempre de la realidad buscando establecer un conjunto de normas que permitan asegurar una convivencia pacífica en una sociedad determinada.

Este ejercicio, sin duda alguna, no es ajeno al derecho del trabajo que como es lógico parte de la constatación fáctica de cómo se presta el trabajo en la práctica buscando su adaptación a la realidad. El problema es que la regulación laboral que pervive actualmente en nuestro país fue concebida para una concepción del trabajo típica de fines del siglo XIX e inicio del siglo XX. Veamos.

La regulación laboral en nuestro país y en gran parte de Estados en el mundo concibe el trabajo pensando en las características siguientes:

- 1) El trabajo es aquel que realiza fundamentalmente en una industria o una fábrica;
- 2) El trabajador es un hombre, pues en dicha concepción la mujer y los menores de edad se encuentran bajo la tutela de una legislación ampliamente proteccionista;
- 3) El trabajador hombre se dirige a un lugar o emplazamiento determinado para prestar sus servicios – la fábrica,
- 4) El empleador dispone de la fuerza de trabajo del trabajador por un tiempo determinado – la jornada de trabajo de 08 horas.

Hoy es impensable suponer que el trabajo se organiza de la manera en que fue concebido en el siglo XX. De hecho sabemos por ejemplo que el trabajo no supone necesariamente desplazamiento de quien presta el servicio pues este puede realizarse a través de medios electrónicos o de manera remota; de la misma forma sabemos que las relaciones laborales son hoy en día tan complejas que las jornadas de trabajo suelen ser más flexibles, aunque en algunos casos impliquen prestar servicios más allá de la jornada habitual de trabajo derivada de la necesidad de los trabajadores de

permanecer “conectados” a su trabajo a través del correo electrónico o las redes sociales.

Por otro lado, sabemos hoy en día también que las mujeres prestan sus servicios tal como lo realizan sus pares hombres, aunque lamentablemente esto no ha significado necesariamente mejores condiciones para estas tal como lo revisaremos en los puntos siguientes.

3. El trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres

Como lo hemos venido señalando, el derecho del trabajo fue concebido pensando en dos paradigmas ciertamente anacrónicos: a) El hombre es el que trabaja y la mujer permanece en casa cuidando los hijos; y b) El despliegue físico y social que realiza una mujer que cuida y conduce un hogar no es considerado realmente trabajo.

En este contexto, nuestro país reguló en el año 1918 a través de la Ley N° 2851, el trabajo de las mujeres equiparándolo en ese entonces al trabajo de los menores de edad. Es más, dicha norma - hoy derogada - señalaba expresamente en su artículo 1° que “el trabajo que en toda clase de ocupaciones por cuenta ajena realicen las mujeres y menores de edad, está sometido a las reglas de la presente ley. Exceptúense las ocupaciones, en donde, bajo la autoridad y vigilancia de los padres o tutores, trabajen los miembros de la familia, sin la colaboración de personas extrañas a ella; las del servicio doméstico (...)” Cabe resaltar que dicha norma estuvo vigente en nuestro país hasta el año 1995 fecha en la que fue derogada por la Ley N° 26513.

Como se habrá podido advertir, las primeras regulaciones sobre el trabajo de mujeres en el Perú estuvieron orientadas a brindar un marco de protección similar al que hasta el día de hoy brinda el Código del Niño y del Adolescente a los menores de edad. En segundo lugar, no reconocía el carácter laboral del trabajo doméstico y finalmente no se pronunciaba sobre la necesidad de que hombres y mujeres pudiesen ganar una misma remuneración por un mismo salario.

Hoy sabemos que las mujeres y hombres pueden desempeñarse en funciones equiparables y deben percibir un mismo salario por un mismo trabajo y aunque aún la brecha salarial entre trabajadores hombres y mujeres sea alta, existe en nuestro país un esfuerzo legislativo a través de la Ley N° 30709 – Ley que prohíbe la discriminación salarial entre trabajadores hombres y mujeres y su reglamento, aprobado mediante D.S. 002-2018-TR para que todos los empleadores del Perú reduzcan y eliminen las diferencias salariales no justificadas entre hombres y mujeres. Así mismo, y tal como lo manifestamos, la regulación que brindaba un marco legal de excesivo proteccionismo a la trabajadora mujer fue derogada en el año 1995, pero ¿qué sucede con las mujeres que realizan un doble rol laboral prestando servicios para un empleador determinado y en seguida prestando servicios domésticos no remunerados? ¿Qué sucede con aquellas mujeres que realizan un trabajo familiar no remunerado?

Es una realidad palpable que mientras los roles en el trabajo se han hecho cada vez más democráticos al permitir un ingreso de fuerza laboral femenina importante, no ha sucedido lo mismo con el rol en el hogar que ha recaído históricamente y en una mayoría casi absoluta en las mujeres.

Esto ha traído como consecuencia que muchas de las mujeres trabajadoras al culminar su jornada de trabajo deban reiniciar una nueva jornada laboral en sus hogares, que no sólo no remunerada al no ser reconocida como laboral, sino que además puede afectar profundamente a la trabajadora exponiéndola a riesgos físicos, psíquicos y sociales que podrían acarrear en un accidente o el desarrollo de una enfermedad.

Así, el derecho del trabajo ha sido incapaz de abordar el fenómeno de una manera jurídicamente adecuada, dejando en evidencia la falta de respuesta frente a algunos casos como los siguientes:

- a. El hecho que la trabajadora deba postergar o suspender el desarrollo de su actividad profesional al verse obligada a asumir mayores responsabilidades en el gobierno y conducción del hogar, con la consiguiente pérdida de un empleo formal para ingresar a una zona gris que el derecho del trabajo todavía no termina de asumir como laboral.
- b. La existencia de un trabajo formal no remunerado en aquellas trabajadoras mujeres que se dedican exclusivamente a la conducción del hogar, lo que trae como consecuencia la ausencia de protección social frente a riesgos sociales típicos tales como la vejez, pues la trabajadora familiar no remunerada no tendrá derecho a una pensión de jubilación, la invalidez, pues la trabajadora tampoco tendrá derecho a una pensión de invalidez, y las atenciones médicas y hospitalarias producto de un detrimento en su estado de salud, sin contar con las demás prestaciones previstas por el Convenio N° 102 de la OIT – Norma Mínima sobre seguridad social.
- c. El incremento exponencial de riesgos de accidentes de trabajo o desarrollo de enfermedades profesionales como consecuencia de un trabajo remunerado seguido por un trabajo no remunerado sin descanso, en el cual la trabajadora no tiene pausas y descansos adecuados prolongando la jornada de trabajo a límites muy superiores a los límites máximos establecidos por la OIT, recordando sobre este punto que el estándar legal máximo de prestación de servicios por parte de un trabajador sea hombre o mujer es de 08 horas diarias o 48 horas a la semana como máximo, jornada legal máxima acogida por la legislación laboral peruana a través de los D.S. 007-2002-TR (T.U.O. del Decreto Legislativo N° 854) y D.S. 008-2002-TR.

El artículo presenta a continuación, los resultados más significativos del estudio, cuyo objetivo era identificar la relación entre riesgos psicosociales y la doble presencia en mujeres trabajadoras de servicios de salud periféricos de atención primaria de la salud de Arequipa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nivel de investigación: Se llevó a cabo un estudio de campo, transversal, descriptivo, relacional con diseño no experimental; de tipo encuesta aplicada en centros y postas de Salud de atención primaria de la salud de la ciudad de Arequipa. La técnica de muestreo fue accidental no probabilístico, nivel de investigación relacional. Población: Las unidades de estudio fueron 142 trabajadoras mujeres de centros y puestos de salud de atención primaria de la ciudad de Arequipa.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Para el proceso de recolección de datos se utilizó la técnica de

comunicación mediante la aplicación de una encuesta. Los criterios de inclusión fueron: Mujer, trabajadora de centros y puestos de Salud de la ciudad de Arequipa con un año de antigüedad, que consientan ingresar al estudio. Se excluyeron a los trabajadores de sexo masculino de centros y puestos de Salud de la ciudad de Arequipa, a las trabajadoras sin carga familiar.

El instrumento utilizado fue el cuestionario Ista 21, que consta de 30 preguntas de opción múltiple conformado por los límites de prevalencia de riesgo.

Todas las preguntas de riesgos psicosociales se evaluaron por una escala de tipo Likert con puntuación de 0 a 4, donde el mayor puntaje indica mayor riesgo, se deberá calcular cada subdimensión de manera independiente.

En cuanto a las Técnicas de procesamiento y análisis de datos, se elaboró una matriz de Excel para el vaciado de datos.

Se procesaron los datos según las variables identificadas y según la valoración final de cada test de las trabajadoras de servicios de salud de atención primaria de la salud. El procesamiento y los cálculos estadísticos fueron realizados con el programa informático estadístico para ciencias sociales (por sus siglas en inglés SPSS) versión 18.0 para Windows.

En todos los casos se consideró una $p < 0,05$ como límite de significación estadística. Para estudiar la relación o asociación entre dos variables cualitativas se utilizó la Prueba de Chi Cuadrado (X^2) tras su distribución en tablas de contingencia.

RESULTADOS

Se entrevistaron 142 trabajadoras mujeres de servicios de salud periféricos de atención primaria de salud de la ciudad de Arequipa. El 40.0% de las mujeres trabajadoras de Servicios de Salud periféricos de Arequipa 2018 trabajan en casa luego de jornada laboral entre 4 – 6 horas, mientras que el 18.4% lo hacen > de 10 horas. (Fig.1)

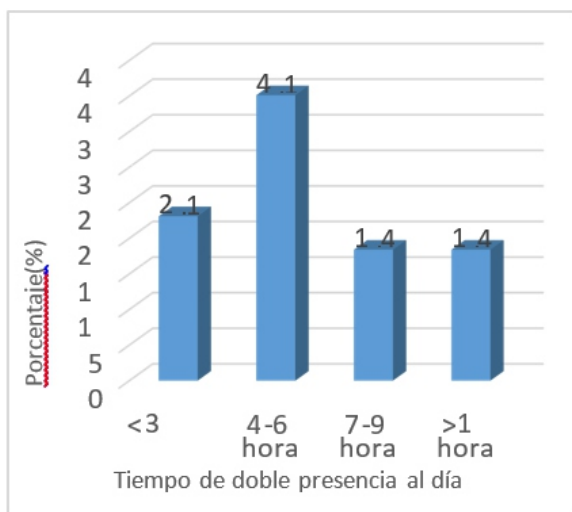


Fig. 1. Tiempo de doble presencia en mujeres trabajadoras de servicios de salud periféricos de Arequipa

El 69.9% de las mujeres trabajadoras de Servicios de Salud periféricos de Arequipa 2018 trabajan en casa luego de su jornada laboral realizan actividades de limpieza, mientras que el 17.8% cuidan de otros familiares. (Tabla 1)

Tabla 1. Tipo de actividades de doble presencia en mujeres trabajadoras de Servicios de salud periféricos de Arequipa

Tipo de actividades de doble presencia	Nº.	%
Limpieza	102	69,9
Cocina	75	51,4
Lavado y planchado de ropa	65	44,5
Cuidado de los hijos	56	38,4
Acompañamiento en las tareas	37	25,3
Compras	66	45,2
Cuidado de otros familiares	26	17,8
Cuidado de la pareja	35	24,0
Protección de los hijos	30	20,5
Otros	16	11,0

Los resultados muestran que el 40.7% de las mujeres trabajadoras de Servicios de Salud periféricos de Arequipa 2018 realizan actividades extra de importancia académica fuera de las actividades del trabajo y el hogar, mientras que el 16.6% realizan viajes de turismo. (Fig. 2)



Fig. 2. Actividades extras fuera del trabajo y del hogar en mujeres trabajadoras de Servicios de Salud Periféricos de Arequipa 2018

El 59.2% de las mujeres trabajadoras de Servicios de Salud periféricos de Arequipa 2018 presentan un nivel de riesgo alto en cuanto a las exigencias psicológicas, el 93.2% presentan también una nivel de riesgo alto en el trabajo activo, el 100.0% tienen nivel de riesgo alto en el apoyo social de la empresa, el 3.4% presentan nivel de riesgo medio con respecto a las compensaciones, mientras que el 93.9% de las mujeres trabajadoras presentan un nivel de riesgo alto en la dimensión de doble presencia. (Tabla 2)

Tabla 2. Riesgos psicosociales en mujeres trabajadoras de servicios de Salud Periféricos de Arequipa

Riesgos Psicosociales	Nº.	%
Exigencias Psicológicas		
Bajo	22	15,0
Medio	38	25,9
Alto	87	59,2
Trabajo activo		
Bajo	2	1,4
Medio	8	5,4
Alto	137	93,2
Apoyo social en la empresa		
Bajo	0	0,0
Medio	0	0,0
Alto	147	100,0
Compensaciones		
Bajo	0	0,0
Medio	5	3,4
Alto	142	96,6
Doble presencia		
Bajo	0	0,0
Medio	9	6,1
Alto	138	93,9
TOTAL	147	100

Sobre características sociodemográficas, el 40.8% de las mujeres trabajadoras de Servicios de Salud periféricos entrevistadas viven con sus parejas e hijos, el 49.7% de las mujeres trabajadoras de Servicios de Salud periféricos de Arequipa 2018 son casadas, el 29.9% son solteras, mientras que el 2.0% de las trabajadoras son viudas, el 33.3% de las mujeres trabajadoras tienen entre 21 – 30 años, el 23.8% tienen entre 31 – 40 años, mientras que el 4.8% de las mujeres trabajadoras son <20 años. Sobre el lugar de trabajo, el 81.6% de las mujeres trabajadoras entrevistadas laboran en Centro de Salud, mientras que el 18.4% lo hacen en un Puesto de Salud.

Sobre el perfil profesional, 28.6% de las mujeres trabajadoras entrevistadas son enfermeras, el 23.8% son técnicas, el 16.3% de las mujeres tienen otra profesión, mientras que el 0.7% son biólogas.

En cuanto a años de servicio, el 25.2% de las mujeres tenían entre 6 – 10 años trabajando en el servicio, mientras que el 10.2% trabajan

Un 38.1% de las mujeres trabajadoras presentaron nivel de riesgo alto en cuanto a las exigencias psicológicas realizan estudios de importancia académica fuera del trabajo y el hogar, mientras que el 3.4% de mujeres con nivel de riesgo medio realizan actividad física. (Tabla 5) Según la prueba de chi cuadrado (X²=11.49) muestra que el tiempo de doble presencia y el riesgo psicosocial de doble presencia presentan relación estadística significativa (P<0.05). Asimismo, se observó que el 38.1% de las mujeres trabajadoras de Servicios de Salud periféricos de Arequipa 2018 que realizan actividades en su hogar después del trabajo de 4 – 6 horas presentan un alto riesgo en la dimensión de doble presencia.

Tabla 5. Relación entre los riesgos psicosociales y el tiempo de doble presencia en mujeres trabajadoras de servicios de salud

Riesgos Psicosociales	Tiempo de doble presencia								X ²	P
	< 3 horas		4 - 6 horas		7 - 9 horas		≥10 horas			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Exigencias Psicológicas										
Bajo	6	4,1	10	6,8	3	2,0	3	2,0	2.76	P>0.05 P=0.84
Medio	6	4,1	16	10,9	9	6,1	7	4,8		
Alto	22	15,0	33	22,4	15	10,2	17	11,6		
Trabajo activo									7.92	P>0.05 P=0.24
Bajo	0	0,0	2	1,4	0	0,0	0	0,0		
Medio	1	0,7	6	4,1	0	0,0	1	0,7		
Alto	33	22,4	51	34,7	27	18,4	26	17,7		
Apoyo social en la empresa										
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Medio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Alto	34	23,1	59	40,1	27	18,4	27	18,4		
Compensaciones									2.52	P>0.05 P=0.47
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Medio	0	0,0	2	1,4	2	1,4	1	0,7		
Alto	34	23,1	57	38,8	25	17,0	26	17,7		
Doble presencia									11.49	P<0.05 P=0.01
Bajo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Medio	6	4,1	3	2,0	0	0,0	0	0,0		
Alto	28	19,0	56	38,1	27	18,4	27	18,4		
TOTAL	34	23,1	59	40,1	27	18,4	27	18,4		

en el servicio entre 11 – 20 años, cumpliendo mayoritariamente con el turno de trabajo en las mañanas (95.9%).

Sobre el tipo de ayuda que reciben las mujeres trabajadoras en el hogar, el 80.3% reciben ayuda para por parte de los miembros del hogar para realizar las tareas cotidianas, mientras que el 5.3% reciben ayuda para atender a algún miembro del hogar que se encuentra enfermo. (Tabla 3)

Tabla 3. Tipo de ayuda de los miembros del hogar de las mujeres trabajadoras de servicios de salud periféricos de Arequipa

Ayuda de los miembros del hogar	Nº.	%
Ayuda brindada en tareas cotidianas	106	80,3
Atender a algún miembro del hogar enfermo	7	5,3
Asistencia para cumplir con estudios	29	22,0

El 35.7% de las mujeres trabajadoras siempre reciben ayuda para por parte de los miembros del hogar mientras que el 6.3% de las mujeres solo reciben ayuda cuando tienen guardias en el trabajo. Los resultados también mostraron que el 45.2% de las mujeres trabajadoras entrevistadas, reciben ayuda de miembros de otro hogar para preparación de alimentos en actividades, mientras que el 6.1% la reciben para el cuidado de miembros del hogar que presentan alguna enfermedad o malestar. (Tabla 4)

Tabla 4. Ayuda por parte de miembros de otro hogar a las mujeres trabajadoras de servicios de salud periféricos de Arequipa

Ayudas de personas de otro hogar	Nº.	%
Preparación de alimentos	52	45,2
Aseo de la vivienda	48	41,7
Cuidado de ropa	17	14,8
Cuidado de niños y adolescentes	29	25,2
Cuidado familiar enfermo	7	6,1
Compras, Pagos del hogar	21	18,3

DISCUSIÓN

Se puede colegir que el estrés y el riesgo psicosocial por doble presencia son altamente frecuentes en las mujeres trabajadoras de servicios de salud periféricos de atención primaria de la salud en Arequipa, dado que en el presente estudio el 59.2% presentan un nivel de riesgo alto en cuanto a las exigencias psicológicas, el 93.2% presentan también una nivel de riesgo alto en el trabajo activo, el 100.0% tienen nivel de riesgo alto en el apoyo social de la empresa, el 3.4% presentan nivel de riesgo medio con respecto a las compensaciones, mientras que el 93.9% de las mujeres trabajadoras presentan un nivel de riesgo alto en la dimensión de doble presencia.

Nuestros resultados coinciden con los hallazgos del estudio de Canales, Valenzuela & Paravic del año 2016, quienes describieron el escenario laboral a partir de los riesgos psicosociales evidenciados en la labor de enfermería, encontrándose en el grupo “carga mental, fatiga laboral y malestar psicofisiológico, como causas o precursores de estrés crónico, que asociado al ejercicio de un rol doble o múltiple traen consigo mayores índices de agotamiento, desgaste físico y psicológico, que se relaciona con el hecho de que las cargas domésticas familiares, se ven interferidas por la sobrecarga laboral y las extensas jornadas de trabajo”. (14)

Sobre la alta prevalencia de riesgo psicosocial en trabajadoras de servicios de salud, existe evidencia que los riesgos psicosociales por doble presencia, se hacen presentes por las exigencias laborales, domésticas y familiares y la situación aún es más frecuente en personal de salud debido a las grandes exigencias propias de su profesión.

Así un estudio, llevado a cabo con profesionales médicos en España, concluye que los sujetos de estudio, presentaron varios factores de riesgo psicosocial y que estaban vinculados a exigencias psicológicas por la toma de decisiones de la profesión médica tales como “contacto con el sufrimiento y con la muerte, sentirse responsable de vidas humanas, incertidumbre ante el diagnóstico y el tratamiento, organización del trabajo, sobrecarga de trabajo y falta de personal” (15)

Por último, en el presente estudio, el 38.1% de las mujeres trabajadoras entrevistadas que realizan actividades en su hogar después del trabajo de 4 – 6 horas presentaron un alto riesgo por la doble presencia, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Acevedo en Argentina, quien concluyó que la doble presencia fue la dimensión con mayor proporción de riesgo alto, siendo la mujer la más afectada con un gran margen. (8) Similares resultados fueron encontrados tanto en hospitales, como en hospitales (16), (17) y servicios de urgencias (18), atención ambulatoria (19), en todos ellos, prevalece la relación entre el desgaste laboral y el género (20).

CONCLUSIÓN

Existe relación significativa entre la doble presencia y la ocurrencia de riesgos psicosociales en mujeres trabajadoras de servicios de salud periféricos de Arequipa en el periodo de estudio. Se determinó que más de la mitad de las encuestadas realizan actividades de limpieza en casa luego de jornada laboral entre 4 – 6 horas, que la mayoría trabajan en el turno de mañana y reciben ayuda para por parte de los miembros del hogar para realizar las tareas cotidianas.

REFERENCIAS

- [1]. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional OMS, 1948
- [2]. Tudón J. La medicina del trabajo y la salud ocupacional. *Latinoamericana de la Salud y el Trabajo* 2004; 4(2): 45
- [3]. Ramos, E. (2008). Doble Presencia: Salud y Prevención. *Clave Sindical*, Vol. 5, 16-18
- [4]. Moreno-Jiménez, B., y Garrosa Hernández, E. (2013). *Salud laboral*. Madrid: Pirámide.
- [5]. Balbo, L., & Balbo, M. P. M. (1978). La condición de las mujeres: el caso de Italia después de la guerra. *Papers: revista de sociología*, (9), 217-238
- [6]. Borderías, C. (1994). *Las mujeres y el trabajo: rupturas conceptuales* (Vol. 11). Ed. Icaria-Fuhem, Madrid, 1994
- [7]. Calera, A. (2003). *Tiempos y ritmos de trabajo. Incidencias en la salud*. Madrid: CCOO.
- [8]. Acevedo, Gabriel Esteban, et al. Riesgos psicosociales en el equipo de salud de hospitales públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Ciencia & trabajo*, 2013, vol. 15, no 48, p. 140-147.
- [9]. Catsicaris, Cristina, et al. La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos argentinos de pediatría*, 2007, 105 (3): 236-240.
- [10]. Marín-Lluch, P., et al. Detección de riesgos psicosociales en profesionales sanitarios de un área de salud. *Atención Primaria*, 2006, 37(5): 302-303.
- [11]. Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1986). *Methods used in Establishing Permissible Levels in Occupational Exposure to Harmful Agents*. Technical Report No. 601. Ginebra: OIT
- [12]. Vásquez, Paula Ceballos; Suazo, Sandra Valenzuela; Klijn, Tatiana Paravic. Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Avances en enfermería*, 2014, vol. 32, no 2, p. 271-279.
- [13]. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Temas de salud. Género* [página principal en Internet]. 2014, 279 Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- [14]. Canales-Vergara, M.; Valenzuela-Suazo, S.; Paravic-Klijn, T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería universitaria*, 2016, 13 (3): 178-186.
- [15]. Gómez, Viviola, et al. Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. 2010, 39 (2): 311-325.
- [16]. Escriba Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16(6):487-496.
- [17]. Jimenez, Cristian Arley; Orozco, Margarita María; Caliz, Nelly Esther. Psychosocial Risk Factors In Personal Assistant Hospital Nursing Care Of Second Level In The City Of Bogota, Colombia. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*, 2017, Vol. 20, No 1, P. 23-32.
- [18]. Fernández-Prada, María, et al. Riesgos psicosociales y estrés como predictores del burnout en médicos internos residentes en el Servicio de Urgencias. *Gaceta Médica de México*, 2017, vol. 153, no 4, p. 452-460
- [19]. Bastidas, Keelsy, et al. Prevalencia de Síndrome de Burnout, riesgo de exposición, atención médica, Ambulatorio San Francisco. Barquisimeto. Estado Lara. 2016. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 2017, vol. 5, no 2, p. 27-34.
- [20]. Dickinson Bannack, María E., et al. Burnout en enfermeras y su asociación con algunas características del rol de género. *Atención Familiar*, 2018, vol. 17, no 3.

Recibido el 04 de mayo del 2018 y aceptado para su publicación el 19 de junio del 2018