

# RITMO DE TRABAJO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL DE TRABAJADORAS DOMÉSTICAS EN ARGENTINA

WORK RHYTHM AND ITS INFLUENCE ON MENTAL HEALTH OF HOUSEMAIDS IN ARGENTINA

María Fernanda Bauleo<sup>1ac</sup>,  
Frank van Dijk<sup>2bc</sup>,  
Katja Radon<sup>3c</sup>

<sup>1</sup>MSc., Lic. en Cs. Químicas, Esp. en Higiene y Seguridad en el Trabajo. Prof. en UBA y UCA.

<sup>2</sup> Em. prof., MD, PhD.

<sup>3</sup> Prof., PhD, MSc. Chairwoman & Director of CIH.

<sup>a</sup> MunBaus Consultores, Av. Mariano Acosta 1254, (1407), Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup> Foundation Learning and Developing Occupational Health (LDOH), Leiden, The Netherlands. VUmc department Public Health, Amsterdam, The Netherlands. Coronel Institute of Occupational Health, AMC, Amsterdam, The Netherlands.

<sup>c</sup> Center for International Health (CIH) LMU @ Institute and Outpatient Clinic for Occupational, Social and Environmental Medicine, University Hospital of Munich (LMU), Ziemssenstr. 1, D-80336 Munich

*RITMO DE TRABALHO E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A SAÚDE MENTAL DAS EMPREGADAS DOMÉSTICAS NA ARGENTINA*

## Resumen

**Objetivo:** analizar la asociación entre ritmo de trabajo y salud mental general en una población de trabajadoras del servicio doméstico en Argentina.

**Método:** se realizó un estudio de corte transversal en una muestra de 201 trabajadoras con un índice de respuesta del 94%. Las condiciones de trabajo y salud se evaluaron mediante la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo y Salud, la Escala de Goldberg (GHQ12) y un cuestionario ad hoc. La prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC) fue definida como  $GHQ12 \geq 5$ . El análisis estadístico requirió estadística descriptiva, análisis bivariado (test chi cuadrado) y regresión logística mutuamente ajustada.

**Resultados:** se encontró que el 45% de la población era menor de 29 años, contando con educación primaria solamente el 53%. El 65% de las trabajadoras era extranjera y un 22% manifestó trabajar aun ritmo de trabajo alto. Se halló una prevalencia de TMC para el 53% de las encuestadas, encontrándose como variables asociadas a TMC, trabajar a un alto ritmo de trabajo (4,4:1,4-14,1), tener entre 30 y 39 años (5,4:2,0-15,0), poseer una educación intermedia (4,4:1,5-13,1) y contar con más de 9 años de antigüedad (3,4:1,1-11,3).

Trabajo recibido: 05 de diciembre 2016.  
Aprobado: 28 de febrero 2017.

Conclusiones: el ritmo de trabajo es un importante factor de riesgo para TMC en empleadas domésticas, así como determinadas edades, antigüedad y educación.

**Palabras clave:** trabajadoras domésticas, trastornos mentales comunes, ritmo de trabajo, salud ocupacional.

## Abstract

Objective: To analyze the association between work rhythm and general mental health in a population of housemaids in Argentina. Method: cross sectional study. Sample of 201 housemaids (Answer 94%). European Survey on Working Conditions and Health, Goldberg Scale (GHQ12) and ad hoc questionnaire. Prevalence of common mental disorders (CMD) defined as  $GHQ12 \geq 5$ . Descriptive statistics, bivariate analysis (chi square test) and mutually adjusted logistic regression were used. Results: Population: 45% under 29 years old, 53% only primary education, 65% foreigner, 22% high work rhythm. CMD prevailing for 53%. High work rhythm (4.4: 1.4-14.1), age 30-39 (5.4:2.0-15.0), intermediate education (4.4:1.5-13.1) and more than 9 years of service (3.4:1.1-11.3) were associated with CMD. Conclusions: high work rhythm is an important predictor for CMD, as well as certain ages, length of service and education.

**Key words:** housemaids, Goldberg scale, mental health, work rhythm, occupational health.

## Resumo

Objetivo: Analisar a associação entre o ritmo de trabalho e a saúde mental em geral numa população de empregadas domésticas na Argentina. Método: estudo transversal. Amostra de 201 trabalhadoras (Resposta de 94%). Implementação da Enquete Europeia sobre as Condições de Trabalho e Saúde Escala Goldberg (GHQ12) e questionário ad hoc. Prevalência de transtornos mentais comuns (Common Mental Disorders - CMD)  $GHQ12 \geq 5$ . Empregou-se estatística descritiva, análise bivariada (teste X-quadrado) e de regressão logística mutuamente ajustada. Resultados: População: 45% menor de 29 anos 53% apenas com o ensino fundamental, 65% estrangeira, 22% de alto ritmo de trabalho . CMD prevalente para 53%. Elevado ritmo de trabalho (4,4: 1,4-14,1), com 30-39 anos (5,4: 2,0 a 15,0), ensino médio (4,4: 1,5 - 13, 1) e mais de 9 anos de antiguidade (3,4: 1,1-11,3) foram associados com CMD. Conclusões: o ritmo de trabalho é um importante meio de prever o CMD bem como certa idade, antiguidade e escolaridade.

**Palavras-chave:** empregadas domésticas, escala Goldberg, saúde mental, ritmo de trabalho, saúde ocupacional.

## Introducción

El trabajo doméstico asalariado emplea a millones de personas mundialmente, en su mayoría mujeres, observándose una demanda creciente tanto en países industrializados como en desarrollo. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el servicio doméstico ocupó a 52,6 millones de personas globalmente durante el año 2010 y representó el 3,5 % del empleo de mujeres. En América Latina, una de cada seis mujeres que trabajan son trabajadoras domésticas(1). En Argentina, las trabajadoras de este rubro fueron 803.436 en el año 2012, cuyo 17% provenía de países limítrofes. En la ciudad de Buenos Aires el 40% de ellas provienen de esos países o de Perú(2).

A pesar de la gran cantidad de empleadas involucradas, los riesgos de este trabajo son minimizados, puesto que el hogar de unos es el lugar de trabajo de otros. La función de

la empleada es reemplazar a la mujer en las tareas asignadas socialmente: el cuidado y limpieza del hogar, las compras, la comida y el cuidado de niños y ancianos, tareas de por sí económicamente invisibles e infravaloradas. Además, el hogar “es un lugar seguro” a donde llegar luego del trabajo, entonces ¿cómo podría ser considerado, al mismo tiempo, un lugar riesgoso para una trabajadora? En un ambiente de trabajo con alto grado de proximidad e intimidad con el empleador(3), los riesgos laborales de tipo psicosocial –estrés relacionado con el trabajo-(4) tienen gran importancia conjuntamente con otros riesgos de tipo biológico, físico o químico que pueden estar potencialmente presentes.

La O.M.S. señala al estrés relacionado con el trabajo como “un patrón de reacciones que ocurren cuando los trabajadores confrontan exigencias ocupacionales que no corresponden a su conocimiento, destrezas o habilidades y que retan su habilidad para hacer frente a la situación. Cuando existe un desequilibrio entre las exigencias ocupacionales y los recursos del entorno o personales con los que cuenta el trabajador, entonces, se presentan una serie de reacciones, que pueden incluir: respuestas fisiológicas, respuestas emocionales, respuestas cognitivas y reacciones conductuales”(4). Estos factores, cuando conllevan la probabilidad de afectar negativamente la salud y el bienestar del trabajador, se convierten en factores de riesgo psicosocial, comprendiendo variadas situaciones, entre ellas, violencia, acoso laboral, inseguridad contractual, conflicto familia-trabajo y trabajo emocional(5). En particular, la sobrecarga y el ritmo de trabajo, que incluyen: el exceso de trabajo, ritmo del trabajo, alta presión temporal y plazos urgentes de finalización(5).

Con respecto a la percepción de la trabajadora, tanto sus condiciones externas como internas, influyen en su condición de salud. Las trabajadoras domésticas generalmente pertenecen a clases sociales bajas y vulnerables, con alto porcentaje de inmigrantes, bajos salarios, gran cantidad de horas de trabajo, descansos semanales a discreción, largos viajes hacia el lugar de trabajo, problemas y cargas en el hogar y ocasionalmente pueden enfrentarse a abusos o a restricciones en su libertad de movimientos(1). Además, las realidades culturales y socioeconómicas de cada región definen particularmente el resultado de la evaluación de la relación laboral empleador-empleada (i. e., exigencias de empleador, estándares de limpieza, relaciones afectivas)(3).

Una exhaustiva búsqueda bibliográfica muestra que la salud ocupacional de este grupo ha sido poco estudiada, encontrándose amplia bibliografía sobre sus condiciones sociales y económicas así como del abuso a sus derechos humanos(6,7). La gran informalidad y el ámbito laboral disperso de este colectivo hacen dificultosa la realización de estudios e investigaciones.

Aún se carece de datos cuantitativos acerca del estado de salud mental en relación con las exposiciones y riesgos ocupacionales de estas trabajadoras en Argentina. Por ello, el objetivo de este estudio fue analizar las condiciones de salud mental y su asociación con el ritmo de trabajo, teniendo en cuenta posibles factores de confusión en una población de trabajadoras del servicio doméstico colocadas por agencias de empleo en Buenos Aires, Argentina.

## Desarrollo

La investigación se llevó a cabo mediante un estudio de corte transversal de campo. Este estudio fue realizado en los meses de diciembre de 2010/enero de 2011 y diciembre de 2012/enero de 2013 en una población de trabajadoras dedicadas al servicio doméstico que concurrieron a agencias de empleo en la Ciudad de Buenos Aires. Estas agencias reclutan aspirantes a trabajadoras domésticas y las relacionan con potenciales empleadores, no existiendo una relación de trabajo entre la aspirante y la agencia. Las trabajadoras ocupadas o desocupadas que declararon haber obtenido al menos un empleo en el servicio doméstico fueron elegibles.

La muestra consistió en 217 trabajadoras elegidas aleatoriamente, dentro de dos agencias de empleo tomadas al azar. De estas invitadas, las agencias informaron que 16 trabajadoras en total (7,3%) devolvieron las encuestas vacías (n total = 201; índice de la respuesta 93,7%). Las razones de no participar incluyeron falta de colaboración, temor a no conseguir el empleo y en un caso, analfabetismo. Otras agencias fueron invitadas a participar del estudio, pero no estuvieron interesadas pues no obtenían ningún beneficio económico del mismo.

Se implementaron dos encuestas, la “Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo” del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT)(8) y una encuesta socio-laboral elaborada para este estudio. El primer cuestionario se enfocó en preguntas con respecto a las condiciones generales, condiciones de empleo, condiciones de trabajo, amenazas y violencia en el trabajo, percepción control-demanda y del estado de salud y estrés de las participantes. La segunda encuesta se abocó al nivel de educación, antigüedad en el servicio doméstico, nacionalidad, grupo familiar, tiempo de viaje hacia el lugar de trabajo, trabajo formal o informal y tareas específicas.

La encargada responsable de cada agencia explicó oralmente a cada participante el objetivo del estudio y el carácter voluntario de la participación. Las encuestas fueron anónimas y respondidas por el sujeto solo, quien prestó su consentimiento informado oral previamente. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario de Munich, Alemania y el Consejo Profesional de Ingeniería Química de Buenos Aires, Argentina.

Se realizó una doble entrada de datos comparativa, con control de error usando Epi Info Versión 3.5.4(9), a efectos de asegurar de la calidad de los datos. Las variables fueron definidas usando el enfoque sugerido por la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo.

El factor ritmo de trabajo se calculó como la suma de las frecuencias reportadas de seis cuestiones: “El trabajo de otra trabajadora”, “Las demandas directas de las personas”, “La cantidad de tareas a realizar”, “El tiempo que hay que cumplir”, “El control directo del dueño(o dueña) de la casa” y “El tráfico”. Se evaluó cada una de las variables en una escala de tipo Likert de 5 puntos (entre 4 y 0), desde “siempre”=4 hasta “nunca”=0. Luego se reagrupó cada variable en “siempre” y toda otra respuesta como “no siempre”. Se tomó como índice del ritmo de trabajo la sumatoria de todas las variables, considerando los cuartiles: 1º cuartile: 0-9 como bajo, 2º cuartile: 10-11 como medio bajo, 3º cuartile: 12-13 como medio alto y 4º cuartile: 14-20 como alto. Del cuestionario ad hoc se describieron las variables “cuidado de niños” y “cuidado de ancianos”.

Para evaluar el estado de salud mental autopercebido se usó el Cuestionario de Salud General de Goldberg, GHQ-12(10), que indica trastornos mentales comunes, en inglés, common mental disorders (CMD)(11). Para ello se calculó el estado de salud como la sumatoria de las respuestas obtenidas, en escala tipo bimodal: 0-0-1-1 y 1-1-0-0, considerando como punto de corte para prevalencia de TMC una puntuación mayor o igual a 5 en la suma de los valores obtenidos en las doce respuestas (rango 0-12)(12).

Las variables consideradas como posibles factores de confusión fueron: edad en las categorías “menos de 29”, “30-39” y “más de 40 años”; nivel de educación más alto categorizado en “primario incompleto o completo”, “secundario incompleto”, “secundario completo” y “superior”, país de origen: “Argentina” y “Extranjeros”, amenazas o violencia

en el trabajo, grupo familiar en las categorías “vive sola”, “vive en pareja”, “vive con hijos con o sin pareja” y “vive con un familiar” y antigüedad en el trabajo en servicio doméstica en “menor a dos años”, “entre 3 y 4 años”, “entre 5 y 8 años” y “entre 9 y 38 años”.

Dado que el estudio reflejó las condiciones de trabajo y salud autopercibidas (objetivo de la Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo y Salud), el sesgo de información no ha sido considerado problemático, aun cuando no se hayan incluido medidas de carácter objetivo de las condiciones reportadas.

Los datos fueron analizados con un análisis descriptivo y análisis por regresión logística usando Epi Info Versión 3.5.4(9). Se realizó el cálculo de frecuencias de todas las variables y se las sometió a un análisis bivariado con el test de chi-cuadrado para establecer posibles asociaciones con el índice de mala salud. Se aceptó un nivel de error de hasta un 5% ( $p < 0,05$ ) como corte para variables a analizar por regresión logística, con el objetivo de manejar un número limitado de ellas. Las asociaciones entre edad, nivel educativo, antigüedad en el trabajo y ritmo de trabajo, que presentaron esta condición, fueron analizadas por medio un análisis multivariado, con regresión logística mutuamente ajustada, método que presenta la ventaja de poder ser aplicado a un conjunto de múltiples variables de entrada aunque éstas nos sean linealmente independientes. Los riesgos relativos Odds Ratio (OR) crudos y ajustados fueron estimados con un intervalo de confianza del 95%.

## Resultados

La población del estudio era mayormente joven con un 45% menor a 29 años de edad (Tabla 1). Más de la mitad de las trabajadoras encuestadas reportaba un nivel de educación baja (53% primario incompleto/completo) y un 65% era extranjera, con preponderancia de nacionalidad paraguaya (86%). Dos de las tareas principales en este grupo de estudio eran el cuidado de niños (80%) y de ancianos (41%). La mediana de la antigüedad en el trabajo fue baja (4 años) con algunos “outliers” (hasta 38 años). Sólo el 13% reportó vivir sola. Menos del 5% indicó haber sufrido amenazas o violencia en el trabajo, pero más del 10% no contestó esta cuestión posiblemente por temor a responder.

En cuanto al ritmo de trabajo percibido por las trabajadoras, “el tiempo que hay que cumplir” y “el control directo del dueño/a de casa” fueron los factores determinantes más importantes, mientras que “el tráfico” fue el menos significativo. El 22% de la población estudiada reportó un nivel alto de ritmo de trabajo. La prevalencia de TMC resultó en el 53% de la población.

En el análisis bivariado, las variables edad, nivel educativo, antigüedad en el trabajo y ritmo de trabajo fueron asociadas de forma estadísticamente significativa con TMC ( $p < 0,05$ ; Tabla 2). Esta asociación se observó en la regresión logística mutuamente ajustada por todas las variables en el modelo: la década de los 30 años de edad fue asociada con esta percepción de mala salud (OR 5,4; IC95% 2,0-15,0). Una educación intermedia (secundario incompleto) también estuvo asociada a la mala salud (OR 4,4; IC95% 1,5-13,1). En esta línea, tener más de 9 años de antigüedad en el trabajo resultó en una asociación significativa con un índice de mala salud comparado con una antigüedad menor a 2 años (OR 3,4; IC95% 1,1-11,3). Un nivel medio bajo de ritmo de trabajo fue asociado con una mejor salud en comparación con un bajo nivel de ritmo de trabajo (OR 0,3; IC95% 0,1-0,9). Al contrario, un alto nivel de ritmo de trabajo resultó en una mala salud (OR 4,4; 1,4-14,1).

Tabla 1: Características socio-demográficas y ritmo de trabajo en la población estudiada.

| Características  | Total                                  |      | NC  |
|--|--|------|-----|
|  | %                                      | (n)  |     |
| N= 201   |  |      |     |
| <b>Edad (años)</b>                                     |  |      | 0   |
|  | < 29                                   | 45,3 | 91  |
|  | 30-39                                  | 25,9 | 52  |
|  | >40                                    | 28,9 | 58  |
| <b>Educación</b>                                       |  |      | 6   |
|  | Primario incompleto/completo           | 52,8 | 103 |
|  | Secundario incompleto                  | 16,4 | 32  |
|  | Secundario completo/superior           | 30,8 | 60  |
| <b>Pais de origen</b>                                  |  |      | 2   |
|  | Argentina                              | 35,2 | 70  |
|  | Extranjero                             | 64,8 | 129 |
| <b>Cuidado de niños (si)</b>                           |  | 80,1 | 161 |
| <b>Cuidado de ancianos (si)</b>                        |  | 41,3 | 83  |
| <b>Antigüedad en el trabajo (años)</b>                 |  |      | 7   |
|  | <2                                     | 36,6 | 71  |
|  | 3-4                                    | 21,6 | 42  |
|  | 5-8                                    | 17,5 | 34  |
|  | 9-38                                   | 24,2 | 47  |
| <b>Grupo familiar</b>                                  |  |      | 6   |
|  | Vive sola                              | 13,3 | 26  |
|  | Vive en pareja                         | 33,3 | 65  |
|  | Vive con hijos (con o sin pareja)      | 27,7 | 54  |
|  | Vive con un familiar                   | 25,6 | 50  |
| <b>Amenazas o violencia en el trabajo (ha sufrido)</b> |  | 4,6  | 8   |
| <b>Ritmo de trabajo determinadosiempre por:</b>        |  |      |     |
|  | El trabajo de otra trabajadora         | 4,1  | 8   |
|  | Las demandas directas de las personas  | 7,2  | 14  |
|  | La cantidad de tareas a realizar       | 8,6  | 17  |
|  | El tiempo que hay que cumplir          | 21,2 | 41  |
|  | El control directo del dueño/a de casa | 18,3 | 36  |
|  | El tráfico                             | 4,6  | 9   |
| <b>Indice de ritmo de trabajo</b>                      |  |      | 12  |
|  | Bajo (1° cuartile)                     | 28,6 | 54  |
|  | Medio bajo (2° cuartile)               | 31,7 | 60  |
|  | Medio alto (3° cuartile)               | 18,0 | 34  |
|  | Alto (4° cuartile)                     | 21,7 | 41  |
| <b>Indice de GHQ-12 <math>\geq 5</math> (TMC)</b>      |  | 53,2 | 99  |

NC: no contesta (no se tuvieron en cuenta para el cálculo de los porcentajes).

Tabla 2: Asociación bivariada y multivariada entre factores individuales, del trabajo y ser un caso en el GHQ-12 (TMC).

|  | Indice GHQ-12 ≥ 5 |                   |                          |                                     |
|--|-------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|  | % (n)             | pChi <sup>2</sup> | OR crudo (IC 95%)        | OR ajustado (IC 95%) <sup>a,b</sup> |
| <b>Edad (años)</b>                       |                   | <b>0,0003</b>     |                          |                                     |
| < 29 (n=91)                              | 41,2 (35)         |                   | 1                        | 1                                   |
| 30-39 (n=52)                             | 76,5 (39)         |                   | <b>4,64 (2,13-10,11)</b> | <b>5,41 (1,95-14,97)</b>            |
| >40(n=58)                                | 50,0 (25)         |                   | 1,43 (0,71-2,88)         | 1,27 (0,49-3,33)                    |
| <b>Educación</b>                         |                   | <b>0,007</b>      |                          |                                     |
| Primario incompleto/completo (n=103)     | 43,8 (42)         |                   | 1                        | 1                                   |
| Secundario incompleto (n=32)             | 75,0 (24)         |                   | <b>3,86 (1,57-9,45)</b>  | <b>4,40 (1,48-13,08)</b>            |
| Secundario completo /Superior (n=60)     | 57,4 (31)         |                   | 1,73 (0,88-3,40)         | 1,96 (0,83-4,62)                    |
| <b>País de origen</b>                    |                   | 0,67              |                          |                                     |
| Argentina (n=70)                         | 55,4 (36)         |                   | 1                        | -                                   |
| Extranjero (n=129)                       | 52,1 (63)         |                   | 0,87(0,48-1,60)          | -                                   |
| <b>Grupo familiar</b>                    |                   | 0,16              |                          |                                     |
| Vive sola (n=26)                         | 75,0 (18)         |                   | 1                        | -                                   |
| Vive en pareja (n=65)                    | 48,4 (30)         |                   | <b>0,31 (0,11-0,89)</b>  | -                                   |
| Vive con hijos (con o sin pareja) (n=54) | 51,9 (27)         |                   | 0,36 (0,12-1,05)         | -                                   |
| Vive con un familiar (n=50)              | 52,3 (23)         |                   | 0,36 (0,12-1,09)         | -                                   |
| <b>Antigüedad en el trabajo (años)</b>   |                   | <b>0,001</b>      |                          |                                     |
| <2 (n=71)                                | 37,3 (25)         |                   | 1                        | 1                                   |
| 3-4 (n=42)                               | 51,2 (21)         |                   | 1,76 (0,80-3,88)         | 0,98 (0,37-2,60)                    |
| 5-8 (n=34)                               | 54,8 (17)         |                   | 2,04 (0,86-4,84)         | 1,32 (0,43-4,01)                    |
| 9-38 (n=47)                              | 76,2 (32)         |                   | <b>5,38 (2,26-12,78)</b> | <b>3,44 (1,05-11,25)</b>            |
| <b>Tareas</b>                            |                   |                   |                          |                                     |
| <b>Cuidado de niños</b>                  |                   | 0,07              |                          |                                     |
| No (n=40)                                | 66,7 (24)         |                   | 1                        | -                                   |
| Sí (n=161)                               | 50,0 (75)         |                   | 0,50 (0,23-1,07)         | -                                   |
| <b>Cuidado de ancianos</b>               |                   | 0,67              |                          |                                     |
| No (n=118)                               | 54,7 (58)         |                   | 1                        | -                                   |
| Sí (n=83)                                | 51,3 (41)         |                   | 0,87 (0,49-1,56)         | -                                   |
| <b>Indice de ritmo de trabajo</b>        |                   | <b>&lt;0,001</b>  |                          |                                     |
| Bajo (1º cuartile, n=54)                 | 60,4 (29)         |                   | 1                        | 1                                   |
| Medio bajo (2º cuartile, n=60)           | 27,6 (16)         |                   | <b>0,25 (0,11-0,56)</b>  | <b>0,30 (0,11-0,86)</b>             |
| Medio alto (3º cuartile, n=34)           | 50,0 (17)         |                   | 0,66 (0,27-1,59)         | 0,65 (0,22-1,89)                    |
| Alto (4º cuartile, n=41)                 | 79,5 (31)         |                   | 2,54 (0,96-6,69)         | <b>4,39 (1,37-14,10)</b>            |

a N=171 debido a missing values

b Se tomaron como variables de ajuste sólo aquellas con pChi<sup>2</sup><0,05



## Discusión

En concordancia con lo hallado en este estudio, otros han encontrado que ser empleada doméstica está asociado positivamente con “tristeza/cansancio”(13) y que esta ocupación presenta un bajo porcentaje de generar sentimientos de realizar un trabajo bien hecho y sensación de hacer un trabajo útil(14). Asimismo el ritmo de trabajo, en un alto nivel resulta ser un predictor para mala salud por su alta carga de estrés, y por el contrario, un nivel medio bajo deviene en un factor de protección ya que este nivel resultaría estimulante para la trabajadora(15).

La antigüedad en el trabajo significa un factor de riesgo para la salud cuando es mayor a 9 años. Ello coincide con otros estudios que muestran que las trabajadoras ingresarían al servicio doméstico como un primer empleo, transitorio, con el objetivo conseguir más adelante un empleo de mayor calidad. Sin embargo, cuando el cambio no ocurre, la situación causa malestar en la trabajadora(16, 17). Esto podría relacionarse con que la franja etaria entre 30 y 39 años también está asociada a una condición de mala salud. En principio esto no tendría una explicación simple, ya que se ha observado que la salud auto percibida se deteriora con la edad(18), pero podría relacionarse con la antigüedad puesto que las trabajadoras domésticas comienzan con estas labores desde muy jóvenes (45% de la población estudiada es menor a 29 años), pudiendo contar a partir de 30 años con una antigüedad apreciable. No obstante, se requieren otros estudios para profundizar en esta asociación.

Se observa que un nivel de educación de secundario incompleto muestra una prevalencia en la condición de mala salud respecto de los otros niveles educativos. Esta situación no se refleja en otros trabajos, que indican que a menor nivel educativo en las mujeres es mayor la condición de mala salud(19). Esto podría relacionarse con poseer una situación educativa intermedia o inconclusa, es decir, que se está a poco de obtener el título secundario, pero no se posee. Esta falta le impide a la trabajadora acceder aún a los empleos formales más simples en Argentina, dado que se requiere este título para el ingreso.

En cuanto a las limitaciones del estudio, el tamaño de la muestra debe considerarse si se estima que la población trabajadora es de más de 800.000 personas y se ha tomado una muestra menor al 0.025%. Por otro lado, el efecto del trabajador sano como sesgo de selección debe tenerse en cuenta, dado que las encuestas fueron respondidas por trabajadoras actuales o en búsqueda de trabajo en las agencias de empleo, quedando fuera aquellas trabajadoras que por razones de salud mental o física, no se encuentran trabajando, consecuentemente podría estar subestimándose la prevalencia. En cuanto al sesgo de información, se trata de cuestionarios de autopercepción y no se ha considerado como un problema, sin embargo, esto limita las comparaciones y validez externa de los resultados, ya que no se cuenta con parámetros objetivos de medición. Otra limitación que cabe mencionar es el uso del cuestionario GHQ12 con valor de corte validado en Chile(12), puesto que no ha sido sometido a este proceso en Argentina. Los valores de corte para determinar prevalencia de TMC pueden diferir entre países, a consecuencia de sus diferencias sociales y culturales(20). Finalmente, tratándose de un estudio transversal, no se pueden establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas(21), recomendándose estudios de cohorte o su combinación con estudios cualitativos.

Dentro de las fortalezas podemos mencionar contar con datos primarios, el alto índice de respuesta de la población (94%) debido principalmente a su carácter anónimo y fuera del ámbito laboral. Así también el uso de cuestionarios europeos validados y utilizados internacionalmente en su versión en español, lo cual permite su comparación con estudios de Europa y de América Latina(8).

Es importante observar que el trabajo doméstico depende fuertemente de la situación



económica en Argentina(22). El presente trabajo se realizó en una situación de mediano crecimiento económico, de modo que los resultados de autopercepción podrían cambiar en otro contexto económico tal como una crisis o un alto crecimiento(22).

## Conclusiones

Los resultados del presente estudio confirman que el ritmo de trabajo es un factor de riesgo para la salud mental ocupacional de las trabajadoras domésticas. Dado que el lugar de trabajo es el hogar, la gestión de las tareas queda a cargo y discreción del dueño de casa en una relación, generalmente, sin testigos. En este sentido la nueva normativa argentina tendería a mejorar esta situación ya que obliga a una mayor formalidad en la contratación del personal doméstico, legalizando los eventuales reclamos laborales. Asimismo, este blanqueo permitiría contar con el respaldo de un sindicato, reduciendo la percepción de vulnerabilidad.

La prevalencia de la antigüedad mayor a 9 años como factor de riesgo, así como determinada franja etaria (30-39 años) y la educación secundaria incompleta, requieren estudios más detallados para su confirmación. Se manifiesta la necesidad de un mayor conocimiento científico multidisciplinario sobre las condiciones de trabajo y salud mental ocupacional de las trabajadoras domésticas para distinguir los factores de riesgo ocupacionales de los socio-económicos provenientes de situaciones como la inmigración o la baja clase social. Estudios de cohortes y/o cualitativos comparativos de colectivos con las mismas condiciones socio-económicas podrían echar más luz sobre este tema. Luego debería ser considerada la aplicación de un proyecto de intervención.

Sin duda los avances en la normativa laboral tienden a minimizar las vulnerabilidades ocupacionales de esta población, no obstante, observamos su compleja instrumentación, dado que se deben equilibrar dos derechos fundamentales: los derechos laborales de la trabajadora doméstica con el derecho a la privacidad del empleador y su familia(23). Como consecuencia el control laboral dentro de los hogares se torna de alta complejidad(23) y en Argentina no se ha llevado a cabo.

Finalmente, es fundamental incorporar la capacitación, a través de organizaciones gubernamentales o sindicales, y como obligación del empleador, para que las trabajadoras puedan estar concientes de los riesgos laborales y de salud ocupacional, mejorando su propia percepción, salud mental autopercebida y jerarquizando este trabajo en el ámbito doméstico.

Financiación: el estudio fue financiado con fondos propios, del Center for International Health (CIHLMU) y DAAD/exceed/BMZ Alemania.

Agradecimientos: los autores agradecen a Guillermo Stecher, María Lahitte y Cristina Fernández por su colaboración en la recolección de las encuestas, a las trabajadoras del servicio doméstico que han participado en este estudio, a Gustavo Muñoz y María del Rosario Diarte por su contribución en la entrada de datos.

Conflicto de intereses: no existen conflictos de intereses de ninguna naturaleza.

Autor correspondiente:

María Fernanda Bauleo

Av. Mariano Acosta 1254, (1407), Buenos Aires, Argentina

mfauleo@hotmail.com / info@munbaus.com.ar

0054 11 3531 7840

## Bibliografía

1. ILO. Domestic workers across the world, Global and regional statistics and the extent of protection. Ginebra: International Labour Office; 2013.
2. INDEC. Encuesta Permanente de Hogares. Argentina: INDEC; 2012.
3. Canevaro S. Empleadas domésticas y empleadoras en la configuración del trabajo doméstico en la Ciudad de Buenos Aires: entre la administración del tiempo, la organización del espacio y la gestión de las maneras de hacer. *Campos-Revista de Antropología Social*. 2010;10(1).
4. Houtman I, Jettinghof K, Cedillo L, Organization WH. Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo: un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. 2008.
5. Moreno Jiménez B, Báez León C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: INSHT; 2010.
6. Gorban D. Empleadas y empleadoras, tensiones de una relación atravesada por la ambigüedad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2012;140(1):29-48.
7. Pacecca MI, Courtis C. Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el AMBA. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población Asociación Argentina de Estudios de Población (AEP), Córdoba. 2007.
8. Benavides FG, Zimmermann M, Campos J, Carmentate L, Baez I, Nogareda C, et al. Conjunto mínimo básico de ítems para el diseño de cuestionarios sobre condiciones de trabajo y salud. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010;13(1):13-22.
9. CDC.EpiInfo Versión 3.5.4. [Ultimo acceso 15/7/2013]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>.
10. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Llandrich JO. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2011;11(1):125-39.
11. Rocha K, Perez K, Rodriguez-Sanz M, Obiols JE, Borrell C. Perception of environmental problems and common mental disorders (CMD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Oct;47(10):1675-84. PubMed PMID: 22273631. Epub 2012/01/26. eng.
12. MINSAL. Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión. Chile: Ministerio de Salud; 2013.
13. Sales EC, Santana VS. Depressive and anxiety symptoms among housemaids. *American Journal of Industrial Medicine*. 2003 Dec;44(6):685-91. PubMed PMID: 14635246.
14. INSHT. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. España: INSHT; 2007.
15. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar. Madrid: Editorial Pirámide; 2005.
16. Escrivá Á. ¿Empleadas de por vida? Peruanas en el servicio doméstico de Barcelona. *Papers Revista de Sociología*. 2000;60:327-42.
17. Tizziani A. De la movilidad ocupacional a las condiciones de trabajo: Algunas reflexiones en torno a diferentes carreras laborales dentro del servicio doméstico en la ciudad de Buenos Aires. *Trabajo y sociedad*. 2011; (17):309-28.
18. Alazraqui M, Roux AVD, Fleischer N, Spinelli H. Self-rated health and social inequalities, Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1990-2000.
19. Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*.

- 2010;22(3):389-95.
20. Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, García-Benavides F, et al. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (Proyecto ITSAL). *Gaceta Sanitaria*. 2009;23:115-21.
  21. Hernández B, Velasco-Mondragón HE. Encuestas transversales. *Salud Pública de México*. 2000;42:447-55.
  22. Valenzuela ME, Mora C. Trabajo doméstico: un largo camino hacia el trabajo decente. Organización Internacional del Trabajo; 2009.
  23. Valenzuela ME. Trabajo doméstico remunerado en América Latina. *Revista del Observatorio Brasil de la Igualdad de Género*. 2010:49-62.