Atencion Primaria 58 (2026) 103391

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

ORIGINAL

Conflicto trabajo-familia y su impacto en la salud de la mujer trabajadora: una revisión sistemática

Isabel García-Rodríguez[a], Juan Gómez-Salgado[a,b,*], Blanca Prieto-Callejero[c], Javier Fagundo-Rivera[d], Luis El Khoury-Moreno[e] y Juan Jesús García-Iglesias[a]

[a] *Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Huelva, España*
[b] *Programa de Posgrado en Seguridad y Salud. Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador*
[c] *Departmento de Enfermería, Universidad de Huelva, Huelva, España*
[d] *Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, Universidad de Sevilla, Sevilla, España*
[e] *Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España*

Recibido el 16 de junio de 2025; aceptado el 2 de septiembre de 2025
Disponible en Internet el 14 de enero de 2026

PALABRAS CLAVE
Condiciones laborales;
Doble presencia;
Mujeres trabajadoras;
Trabajo doméstico;
Salud mental;
Conflicto familia-trabajo

Resumen
Objetivo: Evaluar el impacto de la doble presencia (conflicto trabajo-familia) en la salud física y mental de las mujeres trabajadoras.
Diseño: Revisión sistemática de la literatura siguiendo la Declaración del *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).
Fuentes de datos: Se realizaron búsquedas en las bases de datos Web of Science, Scopus y PubMed.
Selección de estudios: La estrategia de búsqueda se basó en el modelo Población, Exposición, Comparación y Resultado (PECO), utilizando términos clave como «Women», «Working», «Health» y «Work-Family Conflict (WFC)», conflicto familia-trabajo. Se incluyeron estudios que analizaron la relación entre la doble presencia y la salud de las mujeres trabajadoras.
Extracción de datos: La calidad metodológica de los estudios fue evaluada mediante las herramientas de valoración crítica del *Joanna Briggs Institute* (JBI).
Resultados: Se incluyeron 21 estudios. La doble presencia se relacionó tanto con la carga de trabajo doméstico-familiar como con las condiciones del empleo remunerado, además de exposiciones psicosociales vinculadas a la organización del trabajo. Se observó un aumento del riesgo de problemas de salud física y mental, especialmente cuando la doble presencia se combina con otros factores de riesgo laboral.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: salgado@uhu.es (J. Gómez-Salgado).

https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103391
0212-6567/© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

Conclusiones: La doble presencia es un determinante clave en la salud de las mujeres trabajadoras. Es fundamental incluir esta variable en el diseño de políticas públicas y estrategias de salud laboral.
© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/).

KEYWORDS
Working conditions;
Double presence;
Working women;
Domestic work;
Mental health;
Work-Family Conflict

Work-Family Conflict and its Impact on Working Women's Health: A Systematic Review

Abstract
Objective: To evaluate the impact of dual presence (work-family conflict) on the physical and mental health of working women.
Design: Systematic literature review following the PRISMA Declaration (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses).
Data sources: Searches were conducted in Web of Science, Scopus, and PubMed.
Selection of studies: The search strategy followed the PECO model (Population, Exposure, Comparison, Outcome), using terms such as ''Women'', ''Working'', ''Health'', and ''Work-Family Conflict (WFC)''. Studies addressing the relationship between dual presence and women's health were included.
Data extraction: The methodological quality of studies was assessed using the Joanna Briggs Institute critical appraisal tools.
Results: A total of 21 studies were included. Dual presence was associated with both the volume of domestic-family work and paid employment conditions, as well as psychosocial exposures related to work organization. Dual presence may increase the risk of physical and mental health problems in women, particularly when combined with additional occupational risk factors.
Conclusions: Dual presence is a significant determinant of working women's health. Addressing this issue is essential in the development of occupational health and labor policies.
© 2025 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

La relación entre empleo y bienestar físico y mental ha sido clave en la historia[1]. Trabajo y salud se influyen mutuamente en procesos complejos, atravesados por factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, constituyendo fenómenos sociales de gran complejidad[2,3].

Con el tiempo, las condiciones laborales han mejorado en aspectos como jornada, ruido, ambiente e higiene, reduciendo enfermedades y accidentes[4]. Sin embargo, el cambio más relevante ha sido la evolución del concepto de salud laboral: de un problema individual a una responsabilidad social y empresarial. Su garantía beneficia tanto al trabajador como al bienestar colectivo y al rendimiento organizacional[5]. Hoy se reconoce como un derecho fundamental, lo que exige promover entornos laborales seguros y saludables.

La doble presencia, entendida como la necesidad de atender simultáneamente las demandas del trabajo remunerado y del doméstico-familiar, afecta principalmente a las mujeres y puede tener consecuencias negativas para su salud[6]. Estudios muestran que esta doble carga aumenta con las exigencias del ámbito doméstico y se agrava por prácticas laborales como horarios prolongados o atípicos y mayores exigencias[6]. Las mujeres que viven esta realidad enfrentan dificultades para descansar y recuperarse, lo que se traduce en mayores niveles de estrés, fatiga crónica y deterioro del sueño, factores que contribuyen a problemas de salud física y mental como enfermedades cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos (TME), ansiedad y depresión[7,8].

A ello se suma la carga mental, que abarca la planificación y organización del hogar, el cuidado de los hijos y la gestión de responsabilidades laborales. Este esfuerzo constante genera agotamiento emocional y cognitivo, afectando tanto la salud de las mujeres como su desempeño en el trabajo[9].

Factores estructurales y culturales perpetúan esta situación, ya que las normas de género siguen asignando a las mujeres la mayor parte de las responsabilidades del hogar, sin considerar su participación laboral. Esta desigualdad limita sus oportunidades de desarrollo personal y profesional[10]. Aunque ha habido avances, la persistencia de esta división del trabajo sigue siendo un desafío para alcanzar una verdadera igualdad de género en la sociedad española[10].

Pese al incremento en los niveles de cualificación profesional de las mujeres, persisten obstáculos para acceder a empleos de alta calidad, y continúan percibiendo salarios inferiores al de sus colegas masculinos por el mismo trabajo[11]. Esta situación se agrava con la carga de la doble presencia, que incrementa el estrés y repercute negativamente en su salud y bienestar[12]. A ello se suma la desigual distribución del trabajo doméstico, reflejo de los roles sociales tradicionales[13].

En cuanto a los riesgos laborales, la segregación de género influye en que hombres y mujeres enfrenten peligros

distintos: los hombres están más expuestos a riesgos físicos como lesiones por carga o exposición a sustancias tóxicas, mientras que las mujeres, sobre todo en empleos manuales, enfrentan entornos psicosociales desfavorables[13]. Así, los hombres se concentran en ocupaciones físicamente demandantes, con mayor exposición a lesiones y enfermedades físicas, mientras que las mujeres, especialmente en sectores como la limpieza, atención al cliente o cuidado de personas, enfrentan altos niveles de estrés emocional debido a la interacción constante con otros y las demandas afectivas del trabajo[10].

Por todo lo anterior, resulta crucial reunir estudios sobre la doble carga y sus efectos en la salud de las trabajadoras, de manera que, desde la Prevención de Riesgos Laborales, se contemple este fenómeno como un aspecto a evaluar. Esto permitiría evitar los riesgos mencionados en esta revisión sistemática, cuyo propósito es analizar, mediante investigaciones previas, el impacto de la doble presencia en la salud de la mujer trabajadora. Por ello, el objetivo de esta revisión fue evaluar el impacto de la doble presencia (conflicto trabajo-familia) en la salud física y mental de las mujeres trabajadoras.

Material y métodos

Preparación del estudio.

Se ha seguido un enfoque metodológico basado en los criterios de la Declaración del *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)[14]. Se formuló la pregunta de investigación haciendo uso del modelo Población, Exposición, Comparación y Resultado (PECO) (tabla 1). Esta revisión se ha registrado en PROSPERO con código CRD420251120987.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda de literatura se llevó a cabo en las bases de datos Web of Science, Scopus y PubMed, utilizando palabras clave derivadas del modelo PECO (Tabla Suplementaria 1). La búsqueda inicial se realizó durante el mes de abril de 2025 y se actualizó el 15 junio de 2025. La tabla 2 incluye la estrategia de búsqueda utilizada. Para asegurar una cobertura exhaustiva se utilizó el tesauro MeSH. Los términos empleados incluyeron «Women», «Working», «Women, Work», «Health» y «Work-Family Conflict (WFC)» conflicto familia-trabajo. Para ampliar el alcance de la búsqueda y garantizar que se capturan todos los estudios relevantes, se emplearon sinónimos de los descriptores MeSH (Tabla Suplementaria S1), combinados mediante operadores booleanos como OR y AND, en el caso de esta revisión no ha sido necesario utilizar el operador booleano AND NOT.

Esta estrategia permitió refinar los resultados y mejorar la precisión de la búsqueda. Adicionalmente, se utilizó el término libre «Double presence» para afinar aún más la búsqueda, enfocándose específicamente en el concepto de doble presencia. Esta combinación de técnicas y términos permitió una búsqueda sistemática y exhaustiva, garantizando que se incluyeran todos los estudios pertinentes sobre cómo la doble presencia afecta la salud de las mujeres trabajadoras y madres.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Idioma: estudios originales publicados en cualquier idioma.
- Tipología: estudios originales, metaanálisis, revisiones sistemáticas, comunicaciones breves y reportes de casos. No hubo límite por año de publicación.
- Población: La población de interés consistió en mujeres que enfrentan tanto cargas laborales como domésticas.
- Criterios de medición: Se seleccionaron artículos que evaluaran alguno de los siguientes aspectos y/o efectos:
  - Que aborden tanto las responsabilidades domésticas como el trabajo remunerado.
  - Que analicen las consecuencias en la salud de las mujeres.
  - Que incluyan una población de referencia compuesta por hombres en situaciones familiares y laborales similares.

Criterios de exclusión:

- Estudios que presenten baja calidad científico-técnica tras la aplicación de la herramienta de evaluación de calidad.
- Artículos que no respondan a la pregunta de investigación ni se relacionen con el objetivo de la revisión.
- Estudios que aborde el trabajo remunerado, pero no consideren la carga doméstica.
- Estudios que analicen las consecuencias en otro tipo de población, como hijos o cónyuges.
- Investigaciones que se centren en diferencias de la población tras haber sufrido un accidente o enfermedad.

Recopilación y extracción de datos.

Dos investigadores realizaron de forma independiente la búsqueda, la eliminación de los duplicados y la selección de artículos según los criterios establecidos, evaluando en primer lugar los títulos y resúmenes. Posteriormente, los mismos dos autores determinaron la inclusión de los estudios tras la lectura de los mismos a texto completo y decidieron por consenso la inclusión o exclusión de los estudios. Las posibles discrepancias fueron resueltas por un tercer autor.

Para facilitar la comparativa, se elaboraron resúmenes descriptivos de cada estudio, tabulando información como autor, año, país, diseño, participantes, instrumentos y resultados principales. También se incorporaron los resultados de la herramienta de valoración crítica del *Joanna Briggs Institute* (JBI), lo que facilitó el análisis preliminar de relaciones. Tras ello, se llevó a cabo una síntesis narrativa siguiendo las directrices de Popay et al.[15] que incluye: 1) desarrollo de una teoría sobre el impacto de la doble presencia en la salud de mujeres trabajadoras con cargas familiares; 2) síntesis preliminar de los hallazgos; 3) exploración de relaciones entre los datos; y 4) evaluación de la solidez de la síntesis. Finalmente, mediante análisis temático, se iden-

Tabla 1 Pregunta de investigación. Formato PECO

P	Población	Mujeres que pertenecen a la población activa, con trabajo remunerado y con cargas familiares.
E	Exposición	Exposición a la doble presencia (trabajo remunerado y cargas familiares).
C	Comparador	Hombres en edad activa con trabajo remunerado y cargas familiares
O	Resultados	Impacto sobre la salud física y mental (por ejemplo, estrés, ansiedad, fatiga, etc.)
Pregunta de investigación	¿Cómo afecta a la salud la doble presencia en mujeres trabajadoras con cargas familiares en comparación con hombres en condiciones similares?	

Tabla 2 Estrategia de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados
PubMed	((((domestic work[Title/Abstract] OR family work[Title/Abstract] OR Work-family[Title/Abstract] OR unpaid work[Title/Abstract] OR''work-family conflict''[Title/Abstract]) AND (paid work[Title/Abstract])) OR (Double presence[Title/Abstract] OR''work-family conflict''[Title/Abstract])) AND (women[Title/Abstract] OR woman[Title/Abstract] OR female*[Title/Abstract])) AND (worker*[Title/Abstract] OR employ*[Title/Abstract]) AND health [Title/Abstract]	155
Web of Science	TS = (''Double presence'' or ''paid work'') AND TS = (''domestic work'' or ''family work'' or ''Work-family'' or ''unpaid work'' or ''work-family conflict'') AND TS = (women or woman or female*) AND TS = (worker* or employ*) AND TS = (health)	173
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (''double presence'' OR ''paid work'' AND ''domestic work'' OR ''family work'' OR ''work-family'' OR''unpaid work'' OR''work-family conflict'') AND TITLE-ABS-KEY (women OR woman OR female*) AND TITLE-ABS-KEY (worker* OR employ*) AND TITLE-ABS-KEY (health))	108

tificaron de forma sistemática los temas más relevantes y recurrentes entre los estudios incluidos. Estos temas fueron: Conflicto trabajo-familia y familia-trabajo, Salud mental, estrés y otros riesgos psicosociales, y TME.

Evaluación del riesgo de sesgo y de la calidad metodológica

Dos revisores determinaron de forma independiente la calidad metodológica de los estudios seleccionados utilizando las herramientas de valoración crítica de estudios del JBI de la Universidad de Adelaida[16]. Estas herramientas permiten evaluar la calidad metodológica de un estudio y determinar hasta qué punto un estudio ha excluido o minimizado la posibilidad de sesgo en su diseño, realización y/o análisis. Se utilizaron las versiones para estudios descriptivos de corte transversal (ocho ítems)[17], para estudios longitudinales o de cohortes (11 ítems)[18] y para revisiones sistemáticas (11 ítems)[19], fijando el punto de corte en un 75% de las respuestas afirmativas (6/8 y 8/11) abordados apropiadamente para ser aceptado para su inclusión en esta revisión.

El riesgo de sesgo se determinó mediante la herramienta Riesgo de Sesgo en Estudios No Aleatorizados de Exposiciones (ROBINS-E)[20], a través de una evaluación individualizada de cada estudio. Esta herramienta, valorando siete dominios (factores de confusión, la medición de la exposición, la selección de participantes, la medición posterior a la exposición, los datos faltantes, la medición de resultados y los resultados informados), clasifica el riesgo de sesgo como bajo, moderado o alto según las inconsistencias en los mismos. En esta revisión, el riesgo de sesgo se clasificó siguiendo el criterio más alto obtenido en cualquiera de los dominios y, en caso de riesgo de sesgo muy alto, se rechazó su inclusión. Al igual que para las herramientas del JBI, dos investigadores aplicaron la herramienta ROBINS-E de forma independiente y las posibles discrepancias las resolvió un tercer investigador.

Resultados

Selección de los estudios

La estrategia de búsqueda inicial identificó un total de 436 referencias. Tras eliminar los duplicados, quedaron 228

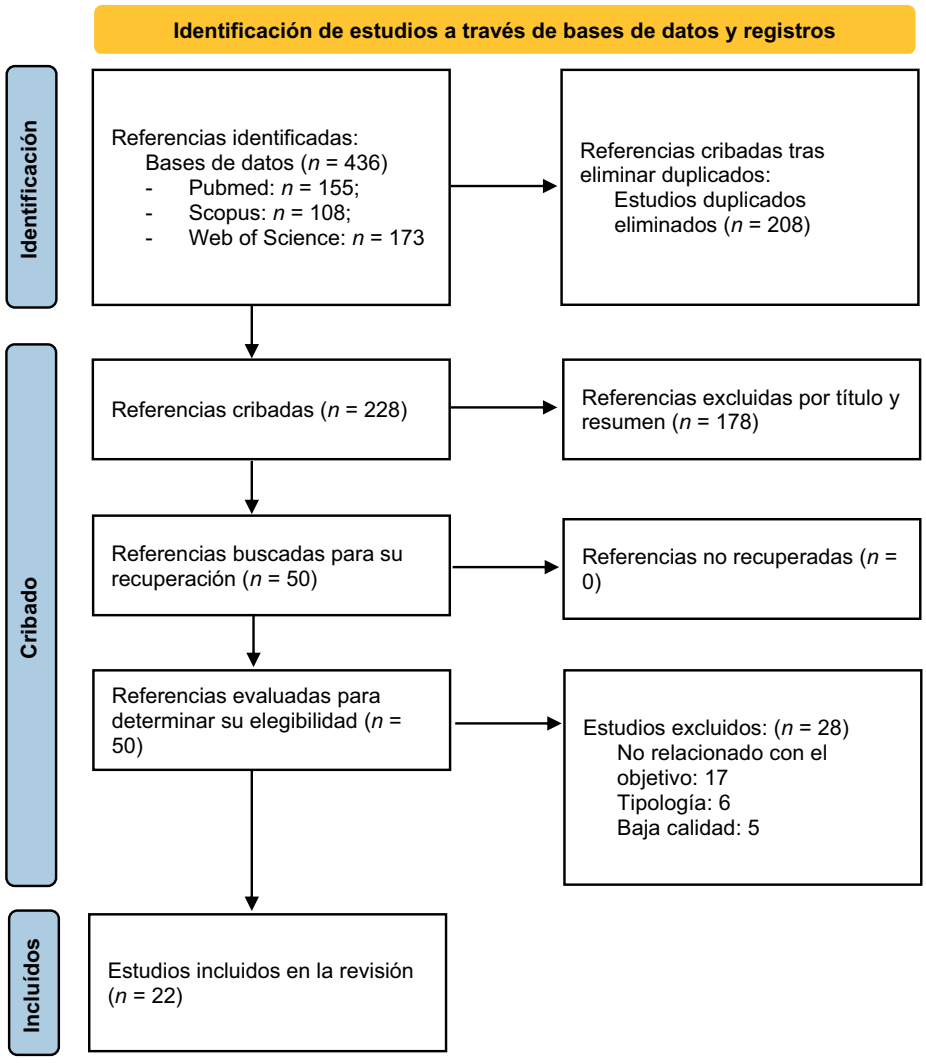

Figura 1 Diagrama de flujo PRISMA.

registros para la fase de cribado. Posteriormente, se excluyeron 178 estudios en función del título y el resumen. De los restantes, y tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos mediante la revisión a texto completo, se seleccionaron finalmente 21 estudios relevantes (fig. 1).

Características de los estudios

De los estudios finalmente seleccionados, 17 fueron estudios descriptivos de corte transversal[6,8,9,21–34], tres estudios longitudinales o de cohortes[35–37] y una revisión sistemática[38] (tabla 3).

La tabla 3 se basa en el Manual del Centro Cochrane Iberoamericano[39], donde se muestran las características de los estudios que se han incluido en la revisión. En la tabla, se agrupa la síntesis de la siguiente información: autores y fecha de publicación, contexto o país de realización del estudio, tipo de estudio, diseño, métodos e instrumentos, principales hallazgos de cada estudio y puntuación obtenida a través de la herramienta de evaluación crítica del JBI[16–19].

Las localizaciones donde fueron realizaron los estudios fueron diversas, contemplando países de cuatro continentes; se realizaron estudios en China[26], Japón[21,33], EE. UU.[27,36], Canadá[23], España[6,28,38], Suecia[9,24,25,29,34], Corea del Sur[31], Reino Unido[32], Australia[35,37], Turquía[22], Finlandia[8] y Brasil[30].

Síntesis de los resultados

En todos los estudios, las muestras incluyeron tanto hombres como mujeres, generalmente en proporciones similares. No obstante, los hallazgos destacan diferencias por género en relación con el WFC y conflicto familia-trabajo (FWC), la carga total de trabajo y los riesgos asociados a la salud mental y física. Uno de los hallazgos comunes fue la mayor prevalencia de WFC y FWC en mujeres, vinculado especialmente al reparto desigual de tareas domésticas y de cuidados. En este sentido, se han alcanzado valores del 28,5% frente al 17,9% en población trabajadora japonesa[21], tendencia similar a la encontrada en otros contextos culturales[33].

Tabla 3 Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Estudio	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad estudios
Koura et al.[21], 2017	Japón	Investigar diferencias del WFC según género para identificar factores diferenciadores, y buscar medidas preventivas para evitar riesgos en la salud.	Estudio descriptivo de corte transversal	2071 hombres y 982 mujeres	Cuestionario Postal (Estudio Whitehall II, ítems que contempla el cuestionario; variable dependiente WFC, y variables independientes características laborales, roles domésticos, funcionamiento físico-mental y características personales)	- WFC ALTO: hombres presentaron un 17,9% mientras que la tasa de mujeres con conflicto alto era de 28,5%, las mujeres tienen mayor probabilidad de tener conflicto trabajo-familia. -El estrés WFC (en mujeres) se reduce si se abordan los factores a nivel personal. -El tipo de trabajo de las mujeres tiene influencia en el WFC, ya que los empleos más cualificados presentaron menor índice.	8/8
Dinh et al.[35], 2017	Australia	Investigar horas de trabajo y salud mental, en relación con el género y recursos en el trabajo y fuera del mismo.	Estudio de cohorte	3.828 hombres y 4.062 mujeres	-Enfoque de datos longitudinal (estudio HILDA) con modelo de ecuaciones para analizar relación horas de trabajo-la salud mental. -Técnica de estimación de tres etapas (3 SLS). - Escala de Salud Mental SF-36	-Relación curvilínea entre horas de trabajo y salud mental. -Punto de inflexión en 39 horas semanales: mejora en salud mental por debajo, deterioro por encima. -Diferencia significativa entre hombres y mujeres: umbral más bajo para mujeres (35 horas). -Mujeres con mayores responsabilidades de cuidado y domésticas tienen umbrales aún más bajos (34 horas).	9/11
Tasyikan et al.[22], 2022	Turquía	Examinar el impacto del WFC en la SPH en hombres y en mujeres.	Estudio descriptivo de corte transversal	216 hombres y 191 mujeres	Escalas para medir el WTF y FTW, así como el apoyo social en el trabajo y en el hogar.	-Mayor % mujeres con poca salud percibida en comparación con los hombres. -Mujeres experimentan conflicto trabajo-familia > que hombres. -Tanto WFC se asocia a mala salud percibida en mujeres. -El WFC se reduce con apoyo social.	8/8

Tabla 3 (*continuación*)

Estudio	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad estudios
Frank et al.[36], 2021	Estados Unidos	Evaluar las diferencias de género en los factores trabajo-familia y la salud mental entre padres médicos durante la pandemia de COVID-19.	Estudio de cohorte	276 participantes (53,0% mujeres).	-Encuestas en línea (recopilar datos sobre experiencias laborales y familiares, así como síntomas de depresión y ansiedad) en agosto de 2018 y agosto de 2020. - Factores de trabajo-familia y los síntomas de salud mental. -Escalas validadas: PHQ-9 y GAD-7.	-Las mujeres experimentaron más WFC. - Las mujeres con doble carga también experimentaron más depresión y ansiedad, en comparación con los hombres.	9/11
MacDonald et al.[23], 2005	Canadá	Examinar las diferencias de género en el impacto de las actividades productivas remuneradas y no remuneradas en el bienestar, utilizando datos recientes de Canadá.	Estudio descriptivo de corte transversal	Hombres y mujeres en edad productiva (25-54 años).	-Instrumento: Cuestionarios estructurados con tiempo trabajo remunerado-doméstico, nivel de estrés percibido, y satisfacción entre equilibrio vida personal-laboral (Encuesta General Social de Estadísticas Canadá).	-Asociación positiva entre aumento de horas de trabajo (tanto remunerado como no remunerado) y el estrés (mayoritariamente en mujeres). -Nivel de estrés más alto en mujeres, relacionado con tareas de cuidado. -N.° económico, más acentuado como factor de estrés en hombres más que en mujeres.	7/8
Ervin et al.[37], 2022	Australia	Examinar la asociación entre el trabajo no remunerado y la salud mental desde una perspectiva de género entre adultos empleados.	Estudio de cohorte	Se incluyeron 19 cohortes con un total de 70.310 participantes.	-Instrumentos de medición: K10, CES-D y preguntas sobre tiempo de trabajo remunerado.	- Resultados negativos de salud mental (principalmente en mujeres) cuando aumentaban horas de trabajo doméstico no remunerado.	9/11

Tabla 3 (*continuación*)

Estudio	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad estudios
Boye[24], 2010	Suecia	Analizar si las diferencias de género en las horas dedicadas al trabajo remunerado y doméstico, se puede considerar una variable que determina la angustia psicológica entre hombres y mujeres.	Estudio descriptivo de corte transversal	1.277 mujeres y hombres (563 mujeres y 714 hombres).	-Instrumento: LNU, preguntas específicas sobre trabajo doméstico y trabajo remunerado -Mide índice de angustia psicológica.	-Horas de trabajo remunerado + trabajo doméstico asociado a angustia psicológica (principalmente en las mujeres). -Baja angustia psicológica en mujeres si se considera solo el trabajo doméstico, aumenta con muchas horas de trabajo doméstico o con la suma del trabajo doméstico más el remunerado.	8/8
Ahlgren et al.[25], 2012	Suecia	Evaluar las relaciones laborales y domésticas con TME y agotamiento emocional en hombres y mujeres.	Estudio descriptivo de corte transversal	813 trabajadores de cuello blanco (551 hombres y 262 mujeres) y 560 trabajadores de cuello azul (307 hombres y 253 mujeres).	-Instrumento: Cuestionario sobre aspectos laborales, familiares y de salud (Cuestionario Nórdico-Inventario de Agotamiento de Maslach)	-Mujeres con más TME y mayor participación en el trabajo doméstico. -Alta participación en trabajo doméstico no asociada a síntomas individualmente, pero sí cuando se une con trabajo remunerado (participación en trabajo doméstico + exposición laboral aumenta riesgo de TME y agotamiento emocional). -Desequilibrio trabajo-hogar asociado con trastornos de cuello/hombro en mujeres y agotamiento emocional en ambos sexos.	8/8
Moreno et al.[6], 2010	España	Investigar relación entre doble presencia incluyendo factores como carga laboral, doméstica y condiciones laborales.	Estudio descriptivo de corte transversal	5.946 participantes	-Instrumento: CoPsoQ-istas 21 -Preguntas específicas sobre el trabajo doméstico, las condiciones laborales y las demandas psicosociales en el trabajo. -Doble presencia	-Asociación entre trabajo doméstico-condiciones laborales y agotamiento emocional. -Tareas domésticas asociación más fuerte con ''doble presencia'' (más prevalencia en mujeres). -Factores como demandas psicológicas y falta apoyo social aumentan las consecuencias negativas de la ''doble presencia''.	6/8

Tabla 3 (*continuación*)

Estudio	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad estudios
Coverman[27], 1989	Estados Unidos	Examinar efectos de sobrecarga de roles y conflicto de roles, y su influencia en síntomas psicofísicos, bienestar y estrés, con enfoque de género.	Estudio descriptivo de corte transversal	687 hombres y 249 mujeres.	-Modelos de estructura de covarianza para evaluar cómo la sobrecarga de roles y el conflicto de roles afectan la satisfacción con varios dominios de roles e influye en el estrés (síntomas psicofísicos y bienestar). -Instrumentos: cuestionarios estandarizados sobre condiciones laborales y familiares (encuesta QES de 1977).	La satisfacción conyugal y laboral afecta significativamente tanto los síntomas psicofísicos como el bienestar. El conflicto de rol disminuye la satisfacción laboral en ambos sexos y la satisfacción conyugal en los hombres, y aumenta los síntomas psicofísicos en las mujeres. La sobrecarga de rol no afecta la satisfacción con el rol ni el estrés en ninguno de los dos sexos. Se concluye que la percepción del conflicto de rol disminuye la salud psicológica de las mujeres, pero la sobrecarga de rol no.	6/8
López-Ruiz et al.[28], 2016	Centroamérica.	Evaluar relación trabajo remunerado y características familiares con estado de salud de os trabajadores, teniendo en cuenta el género y empleo formal/informal.	Estudio descriptivo de corte transversal	8680 trabajadores de Centroamérica 4.225 mujeres 4.455 hombres.	Métodos e instrumento utilizado: - Análisis de datos de la Primera Encuesta Centroamericana de Condiciones de Trabajo y Salud de 2011. - Modelos de regresión de Poisson para calcular tasas de prevalencia ajustadas de mala salud mental y autopercepción de salud.	Empleo con malas condiciones relacionado con mala salud mental y mala autopercepción de la salud. Mujeres mayor prevalencia de mala salud mental y auto percibida (en comparación con hombres). Mujeres solteras o divorciadas peor salud mental.	7/8

Tabla 3 (*continuación*)

Estudio	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad estudios
Canivet et al.[29], 2010	Suecia	Investigar cómo los conflictos entre el WFC y entre FWC afectan el agotamiento entre hombres y mujeres vocacionalmente activos	Estudio descriptivo de corte transversal	2.726 hombres y 2.735 mujeres (edades comprendidas entre 45 y 64 años)	Métodos e instrumentos: - Encuesta. -Escala de vitalidad del SF-36 para medir agotamiento. -Preguntas específicas de características laborales y familiares. -Cuestionario laboral del Job Content Questionnaire (evaluar demandas laborales y apoyo laboral). -Escalas WFC y FWC	-Agotamiento mayor en mujeres (15.6%) que en hombres (8.3%). -WFC mayor en hombres, pero más asociado al agotamiento de las mujeres. -FWC mayor en mujeres. -El agotamiento, y el estrés ha de considerarse tanto con factores laborales como familiares.	7/8
Väänänen et al.[8], 2004	Finlandia	Investigar la relación entre la doble carga de trabajo (trabajo doméstico y trabajo remunerado a tiempo completo) y la salud.	Estudio descriptivo de corte transversal	6.442 -4.952 mujeres (77%) -1.490 hombres (23%)	-Cuestionarios de evaluación de horas de trabajo doméstico y remunerado. -Registros de ausencias en las empresas. -GHQ-12	-Horas totales de trabajo (doméstico + remunerado) asociado con peor salud, que únicamente un tipo de trabajo - Carga de ambas responsabilidades asociadas a peor salud psicológica y ausentismo mayormente en mujeres. -Superar 50 horas de trabajo remunerado y tareas domésticas asociado con peor salud.	8/8
Rocco et al.[30], 2019	Brasil	Investigar la asociación entre el WFC y las puntuaciones ideales de CVH según las métricas de la American Heart Association.	Estudio descriptivo de corte transversal	11.391 trabajadores activos (5.424 hombres y 5.967 mujeres) de 35 a 74 años.	- Análisis de cohorte basado en datos del estudio ELSA-Brasil. -Instrumentos: Cuestionario WFC. -Evaluación de salud cardiovascular criterios de la AHA. -Datos sociodemográficos y de salud.	-Mujeres puntuación más baja de salud cardiovascular ideal por WFC y la falta de tiempo para cuidado personal.	8/8

Tabla 3 (*continuación*)

Estudio	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad estudios
Cabezas-Rodríguez et al.[38], 2021	Europa	Identificar y describir el papel del trabajo y las condiciones laborales, el trabajo doméstico, el cuidado y el apoyo social en las desigualdades de género en salud mental.	Estudio de revisión	Población general de entre 25 y 65 años.	Se realizó una revisión siguiendo PRISMA de artículos publicados entre 2010 y 2019 en PubMed, Scopus, Web of Science y PsycInfo.	La salud mental de los hombres estuvo más influenciada por las condiciones laborales, mientras que la de las mujeres por las condiciones laborales, la doble presencia (trabajo y hogar) y el estado civil. -Factores como el tamaño del hogar en mujeres y el desempleo en hombres afectaron más a las personas de clases sociales bajas.	9/11
Kim et al.[31], 2017	Corea del sur	Investigar la relación WFC y TME para evaluar si desequilibrio entre trabajo remunerado y responsabilidades domesticas predisponen a sufrir TME.	Estudio descriptivo de corte transversal	50.032 (28.640 hombres y 21.392 mujeres)	-Encuesta de Condiciones de Trabajo de Corea (2011). -Preguntas sobre WFC, condiciones de trabajo, TME y variables sociodemográficas.	-El WFC está asociado con los TME tanto en hombres como en mujeres (OR hombres: 1,49, OR mujeres; 1,50). -Empleo (remunerado y tareas domésticas) + estrés, también se relacionó con TME.	7/8
Krantz et al.[9], 2005	Suecia	Analizar cómo el trabajo remunerado unido a las tareas doméstica y el cuidado de los niños tienen relación con síntomas de estrés, con un enfoque de género.	Estudio descriptivo de corte transversal	743 mujeres y 595 hombres (32-35 años).	-Cuestionarios sobre factores socioeconómicos, carga total de trabajo e índices subjetivos de estrés.	-Mujeres con mayor TWL -Mujeres peor salud mental y síntomas que los hombres. -Asociación entre alta carga de trabajo total y alto estrés (en ambos géneros).	6/8
Li et al.[32], 2022	Reino Unido	Investigar si iniciativas para compatibilizar el empleo con las responsabilidades domesticas-familiares mejoran la salud mental. Y si existen diferencias en cuanto al género.	Estudio descriptivo de corte transversal	34.484 trabajadores	-Estudio de cohorte longitudinal. -GHQ-12	-Las iniciativas mejoraron la salud mental en ambos géneros, pero principalmente en mujeres por la flexibilidad del horario y el teletrabajo. -Los hombres se beneficiaron de esta mejora de condiciones, pero no con el enfoque u objetivo real de las medidas.	6/8

Tabla 3 (*continuación*)

Estudio	Contexto	Objetivo del estudio	Tipo de estudio	Participantes	Métodos	Principales hallazgos	Calidad estudios
Fujimura et al.[33], 2014	Japón	Examinar los factores que acentúan el WFC y cómo afecta según el género.	Estudio descriptivo de corte transversal	3.594 participantes, 2.332 hombres y 1.262 mujeres	-Cuestionarios para medir el WFC.	-Mujeres mayor nivel de WFC. -Tener hijos implica mayor nivel de WFC en mujeres.	7/8
Molarius et al.[34], 2021	Suecia	Evaluar e investigar asociación entre trabajo doméstico y depresión.	Estudio descriptivo de corte transversal	Mujeres (n = 7.981) y hombres (n = 6.203) de 30 a 69 años	-Cuestionarios para evaluar trabajo doméstico. -Cuestionarios para evaluar la autopercepción de la depresión.	-Asociación entre trabajo doméstico y depresión en ambos géneros. -Débil asociación entre horas dedicadas al trabajo doméstico y la depresión en mujeres (en hombres no hubo asociación).	7/8
Ma et al.[26], 2025	China	Investigar asociación entre variables de Trabajo-Familia conflictos, sobretrabajo y salud mental.	Estudio descriptivo de corte transversal	393 mujeres con carrera profesional	Se utilizó el PROCESO de Hayes para examinar los modelos de mediación moderados.	El WFC se asocia significativamente con el AE y con problemas de salud mental en mujeres profesionales. El AE actúa como mediador entre el WFC y la salud mental. El exceso de trabajo se vincula positivamente con el AE e influye en la relación entre ambos. El exceso de trabajo también modera el efecto mediador del WFC en la salud mental a través del AE, lo que amplifica dicho efecto cuando las mujeres profesionales están sobrecargadas laboralmente.	7/8

AE: agotamiento emocional; AHA: *American Heart Association*; CES-D: escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; CoPsoQ-istas 21: cuestionario estandarizado para medir factores psicosociales: CVH: salud cardiovascular; ENCT: IV Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo; FWC: conflicto familia-trabajo; GAD-7: ansiedad, Escalas validadas; GHQ-12: cuestionario de salud general de Goldberg; K10: escala de distrés psicológico de Kessler; LNU: encuesta sueca de nivel de vida; OR: *Odds Ratio*; PHQ-9: síntomas depresivos, Escalas validadas; QES: *Quality of Employment Survey*; SF-36: cuestionario de salud de 36 ítems; SPH: autopercepción de la salud; TME: trastornos musculoesqueléticos; TWL: carga de trabajo total; WFC: *work-family conflict*.

De acuerdo con la salud mental, algunos estudios encontraron que las mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad, depresión, angustia psicológica y agotamiento emocional cuando se enfrentaban a altas demandas tanto laborales como familiares[21–23,35,36]. La revisión también evidenció que la doble presencia se relaciona directamente con los problemas cardiovasculares, y la menor posibilidad de autocuidado y ocio en las mujeres[6,8,9,30].

Asimismo, la carga total de trabajo (remunerado y no remunerado) fue mayor en mujeres, con diferencias significativas en el tiempo dedicado a tareas de cuidado. Las mujeres también reportaron niveles más altos de estrés y menor satisfacción con la vida cuando trabajaban a tiempo completo, en comparación con cuando lo hacían a tiempo parcial[23]. Por otro lado, se ha observado que el estado civil (mujeres solteras o divorciadas) pueden llegar a ser moduladores de un empeoramiento de la salud física y mental[38]. Estas desigualdades se asociaron con una peor percepción de salud general, mayor absentismo laboral y riesgo de deterioro de la salud mental, especialmente en mujeres que superan las 50 horas de dedicación combinada (trabajo remunerado y doméstico)[8,30]. Otros autores[32] coinciden en que la flexibilidad horaria y el teletrabajo pueden generar beneficios para minimizar esas consecuencias al permitir compatibilizar demandas laborales y familiares.

En cuanto a los riesgos relacionados con la carga física, se identificó una mayor prevalencia de TME en mujeres, atribuida a la combinación de trabajo remunerado y trabajo doméstico no remunerado[25,31]. Este hallazgo contrasta con la idea de que los hombres, al desempeñar trabajos físicos más exigentes, estarían más expuestos a este tipo de patologías.

En resumen, los hallazgos de los 21 estudios seleccionados muestran que la doble presencia impacta de forma diferencial a las mujeres, exponiéndolas a mayores riesgos psicosociales y físicos, al tiempo que revelan la necesidad de intervenciones preventivas con enfoque de género.

Calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios seleccionados

La calidad metodológica evaluada mediante la herramienta JBI arrojó puntuaciones medias-altas entre los estudios (Tablas S2, S3 y S4) y el riesgo de sesgos de los estudios evaluados a través de ROBIN-E indicó un riesgo bajo-moderado (Figura Suplementaria S5).

Discusión

El propósito de esta revisión fue analizar, a través de literatura científica, el impacto de la doble presencia en la salud de las mujeres trabajadoras, entendida esta como la necesidad de responder simultáneamente a las exigencias del trabajo remunerado y las tareas doméstico-familiares. Los resultados confirman que esta doble carga representa un riesgo significativo para la salud física y mental de las mujeres, situándolas en una posición de mayor vulnerabilidad frente a los hombres. Se observa un patrón persistente en el que la combinación de trabajo remunerado y no remunerado agrava las condiciones de salud y genera consecuencias negativas, especialmente cuando no existen mecanismos de conciliación adecuados.

Conflicto trabajo-familia y familia-trabajo

La mayoría de los estudios revisados coinciden en que el conflicto entre las demandas laborales y familiares es un factor clave en la aparición de problemas de salud. El WFC y el FWC afectan a ambos géneros, pero su impacto es más perjudicial para las mujeres, quienes reportan niveles más altos de ambos tipos de conflicto[21,22,36]. Autores como Frank et al.[36] y Koura et al.[21] destacan que la sobrecarga de tareas en mujeres se traduce en una mayor prevalencia de depresión, ansiedad y agotamiento emocional. Este último estudio[21] indicó el tipo de trabajo (más cualificado) reduce el WFC en mujeres lo que podría justificarse por un mayor poder adquisitivo para poder comprar recursos[40]. Solo en un estudio[29], los autores sugieren que los hombres pueden percibir más WFC, aunque también mostraron mayores niveles de agotamiento lo que podría justificar esta asociación.

Además, los factores psicosociales relacionados con el entorno laboral, como la insatisfacción laboral, el trabajo por turnos o las largas jornadas, también actúan como potenciadores del conflicto[21]. De hecho, se ha observado que las mujeres trabajadoras que tienen jornadas laborales más largas gastan más recursos psicológicos reduciendo así recursos disponibles para gestionar el WFC, lo que a su vez intensifica el agotamiento emocional[41]. Esto pone de relieve la importancia de diseñar políticas preventivas desde un enfoque de género, que contemplen las diferencias en el impacto del conflicto rol laboral-familiar entre hombres y mujeres. Estudios como el de Väänänen et al.[8] evidencian que, aunque las tasas de absentismo por WFC pueden no diferir por sexo, las consecuencias en términos de angustia psicológica y mala salud autoevaluada sí lo hacen, afectando más intensamente a las mujeres.

Salud mental, estrés y otros riesgos psicosociales

La doble presencia se relaciona estrechamente con la salud mental de las mujeres. Investigaciones como las de Dinh et al.[35] y Cabezas et al.[38] revelan que las mujeres se ven más afectadas por la combinación de carga laboral y doméstica, a diferencia de los hombres, cuya salud mental parece estar más influida por las condiciones laborales estrictamente remuneradas. El mayor número de horas dedicadas al trabajo doméstico y de cuidados, junto con una menor flexibilidad laboral, incrementan el estrés, la ansiedad y la insatisfacción[23,28,37]. Entre los diferentes estudios, se establecen umbrales de riesgo diferentes. En el estudio de Dinh et al.[35] se sitúa en 39 horas a la semana para hombres y 35 horas a la semana para mujeres, mientras que para Väänänen et al.[8] el umbral lo sitúa en 50 horas sumando trabajo remunerado y doméstico. Esta diferencia podría explicarse por las diferencias contextuales, una menor cualificación y las políticas de conciliación entre países[42].

En este contexto, estudios como el de MacDonald et al.[23] son especialmente reveladores al mostrar que las mujeres experimentan más estrés cuando aumentan las horas de trabajo remunerado, debido a la ya elevada carga de trabajo no remunerado. Asimismo, las mujeres reportan mayor satis-

facción cuando trabajan a tiempo parcial, lo que sugiere que una menor exposición al conflicto trabajo-familia mejora su bienestar emocional. Factores como el tamaño familiar en mujeres y el desempleo en hombres afectaron más a las personas de clases sociales bajas[38], algo en la línea de otros estudios anteriormente realizados, donde las condiciones laborales en hombre y la conjunción trabajo-familia en mujeres condicionarían la salud mental[43].

Del mismo modo, Boye[24] y Moreno et al.[6] relacionan el tiempo dedicado al trabajo doméstico con el malestar psicológico y el agotamiento emocional, especialmente en ausencia de apoyo social. En conjunto, estos hallazgos consolidan la noción de que el reparto desigual de tareas sigue siendo un eje central en la aparición de problemas de salud mental en mujeres trabajadoras[44].

Trastornos musculoesqueléticos

Los TME representan el problema de salud laboral más común y costoso[45]. La alta prevalencia de los TME no solo afecta la salud y el bienestar de los trabajadores, sino que también impacta negativamente en la productividad y la eficiencia operativa de las empresas, aumentando los costos por absentismo, tratamientos médicos y compensaciones laborales[46]. Varios estudios han examinado los factores de riesgo de TME centrándose en los impactos de las exposiciones físicas o factores ergonómicos en el lugar de trabajo. Más recientemente, los investigadores también han considerado las condiciones psicosociales en el lugar de trabajo y el estrés laboral como factores de riesgo para los TME, porque el número de trabajadores en la industria de servicios ha aumentado progresivamente[47].

Investigaciones como las de Kim et al.[31] y Ahlgren et al.[25] coinciden en que las mujeres presentan una tasa más alta de TME, atribuible a la combinación del trabajo remunerado y no remunerado. Esta situación contradice la hipótesis tradicional que atribuye mayor prevalencia de TME a los hombres por su vinculación con trabajos físicamente intensos[10]. Así, se propone que la sobrecarga física y mental derivada de la doble presencia es un factor clave en la aparición de estos trastornos en mujeres, lo que también representa un reto para la prevención en salud laboral con perspectiva de género.

Limitaciones

Una limitación relevante de esta revisión es la heterogeneidad de los estudios incluidos: se han analizado investigaciones desarrolladas en distintos países y contextos socioculturales, aplicando metodologías y herramientas de medición diversas, muchas de ellas validadas únicamente en contextos específicos. En el caso del contexto sociocultural se pueden observar diferencias en las condiciones laborales, las estructuras familiares, las políticas de conciliación y los marcos legales de cada región. Por su parte, el uso de instrumentos no homogéneos dificulta la síntesis cuantitativa y puede introducir sesgos al interpretar la magnitud real de los fenómenos estudiados. Cabe añadir que, aunque inicialmente se valoró la posibilidad de realizar un metaanálisis, la falta de datos homogéneos y la escasa proporción de estudios que aportaban información suficiente lo hicieron inviable. Esta circunstancia refuerza la decisión metodológica de centrar el análisis en una síntesis cualitativa y en la identificación de factores relevantes para comprender el impacto del conflicto trabajo-familia en la salud de las mujeres. Por último, al ser muchos de los estudios incluidos estudios descriptivos de corte transversal se limita la posibilidad de establecer relaciones causales claras, restringiendo las inferencias a asociaciones observadas en un momento puntual. Por tanto, esta variabilidad puede afectar la capacidad de extrapolación de los hallazgos y limita la posibilidad de establecer conclusiones universalmente aplicables. No obstante, la coherencia en los resultados a través de diferentes contextos refuerza la solidez de las conclusiones generales.

Fortalezas

Entre las principales fortalezas de esta revisión se encuentra la amplia variabilidad de factores que pueden influir en la doble presencia. Este aspecto permite centrar la atención en aquellos factores que han mostrado mayor relevancia y dejar en un segundo plano los que resultan menos significativos para orientar futuras investigaciones. Asimismo, identificar estos factores puede ayudar a las empresas y a la Administración Pública a diseñar políticas y actividades que favorezcan la conciliación, lo que, a su vez, contribuiría a una mayor satisfacción de las personas trabajadoras y a un incremento en la calidad y el rendimiento en el ejercicio profesional.

Otra fortaleza destacable es la diversidad de países en los que se han realizado estudios sobre esta variable, lo cual abre la posibilidad de realizar adaptaciones culturales o de aprender de las experiencias aplicadas en otros contextos. Aunque la heterogeneidad pueda representar una limitación para la extrapolación universal de los hallazgos, resulta especialmente relevante observar la coherencia de las tendencias identificadas en distintos contextos y metodologías. Este hecho aporta solidez a las conclusiones generales, si bien se recomienda interpretarlas con cautela y siempre considerando las particularidades de cada entorno sociocultural y laboral.

Conclusiones

Teniendo en cuenta que las mujeres sobrellevan una carga doméstica superior, la doble presencia estaría asociada conflictos de rol, fatiga física, estrés y agotamiento, incidiendo en la salud mental y física de las mujeres. El desequilibrio entre trabajo y familia afecta de manera más significativa a la salud de las mujeres y la mejora en las condiciones laborales y domésticas tiene una influencia mayor en las mujeres debido a la mayor carga que tienen estas en ambos ámbitos. Por tanto, la prevención de factores psicosociales en contextos ocupacionales siguiendo una perspectiva de género y la mejora en la conciliación incidiría de una manera sustancial en la calidad de vida, salud mental y física de las mujeres trabajadoras.

Lo conocido sobre el tema

- La doble presencia estaría asociada conflictos de rol, fatiga física, estrés y agotamiento, incidiendo en la salud mental y física de las mujeres.
- El desequilibrio entre trabajo y familia afecta de manera más significativa a la salud de las mujeres.

Qué aporta este estudio

- La mejora en las condiciones laborales y domésticas tiene una influencia mayor en las mujeres debido a la mayor carga que tienen estas en ambos ámbitos
- La prevención de factores psicosociales en contextos ocupacionales siguiendo una perspectiva de género y la mejora en la conciliación incidiría de una manera sustancial en la calidad de vida, salud mental y física de las mujeres trabajadoras

Declaración de disponibilidad de datos

Todos los datos están disponibles en este artículo.

Financiamiento

No se ha percibido financiamiento para este estudio.

Aprobación ética

Este estudio estuvo exento de aprobación ética.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.aprim.2025.103391.

Bibliografía

1. Soren A, Ryff CD. Meaningful Work Well-Being, and Health: Enacting a Eudaimonic Vision. Int J Environ Res Public Health. 2023;20:6570, http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20166570.
2. Coles E, Anderson J, Maxwell M, Harris FM, Gray NM, Milner G, et al. The influence of contextual factors on healthcare quality improvement initiatives: a realist review. Syst Rev. 2020;9:94, http://dx.doi.org/10.1186/s13643-020-01344-3.
3. Catalina-Romero C, Sainz JC, Pastrana-Jiménez JI, García-Diéguez N, Irízar-Muñoz I, Aleixandre-Chiva JL, et al. The impact of poor psychosocial work environment on non-work-related sickness absence. Soc Sci Med. 2015;138:210–6, http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.009.
4. Benson C, Obasi IC, Akinwande DV, Ile C. The impact of interventions on health, safety and environment in the process industry. Heliyon. 2023;10:e23604, http://dx.doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e23604.
5. Adams JM. The Value of Worker Well-Being. Public Health Rep. 2019;134:583–6.
6. Moreno N, Moncada S, Llorens C, Carrasquer P. Double presence, paid work, and domestic-family work [Doble presencia, trabajo asalariado, y trabajo doméstico-familiar]. New Solut. 2010;20:511–26, http://dx.doi.org/10.2190/NS.20.4.h.
7. Killien MG. Nurses' health: work and family influences. Nurs Clin North Am. 2004;39:19–35, http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2003.11.002.
8. Väänänen A, Kevin MV, Ala-Mursula L, Pentti J, Kivimäki M, Vahtera J. The double burden of and negative spillover between paid and domestic work: associations with health among men and women. Women Health. 2004;40:1–18, http://dx.doi.org/10.1300/j013v40n03_01.
9. Krantz G, Berntsson L, Lundberg U. Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. Eur J Public Health. 2005;15:209–14, http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cki079.
10. Artazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajos y salud en España. Gac Sanit. 2004;18(S2):24–35.
11. Toczek L, Bosma H, Peter R. The Gender Pay Gap: Income Inequality Over Life Course - A Multilevel Analysis. Front Sociol. 2021;6:815376, http://dx.doi.org/10.3389/fsoc.2021.815376.
12. Cerrato J, Cifre E. Gender Inequality in Household Chores and Work-Family Conflict. Front Psychol. 2018;9:1330, http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01330.
13. Lidwall U. Gender composition in occupations and branches and medically certified sick leave: a prospective population study. Int Arch Occup Environ Health. 2021;94:1659–70, http://dx.doi.org/10.1007/s00420-021-01672-4.
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71.
15. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews. ESRC Methods Programme. United Kingdom: Lancaster University; 2006, http://dx.doi.org/10.13140/2.1.1018.4643.
16. Jordan Z, Lockwood C, Munn Z, Aromataris E. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. Int J Evid Based Healthcare. 2019;17:58–71.
17. Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Tools. JBI.; 2020. p. 2–6. [consultado 23 Ago 2025]. Disponible en: https://jbi.global/critical-appraisal-tools
18. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, et al. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. En: Aromataris E, Munn Z, editores. Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020. [consultado 23 Ago 2025]. Disponible en: https://synthesismanual.jbi.global
19. Porritt K, Gomersall J, Lockwood C. JBI's Systematic Reviews: Study selection and critical appraisal. Am J Nurs. 2014;114:47–52, http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ. 0000450430.97383.64.
20. Higgins JPT, Morgan RL, Rooney AA, Taylor KW, Thayer KA, Silva RA, et al. A tool to assess risk of bias in non-randomized follow-up studies of exposure effects (ROBINS-E). Environ Int. 2024;186:108602, http://dx.doi.org/10.1016/j.envint.2024.108602.
21. Koura U, Sekine M, Yamada M, Tatsuse T. Work, family, and personal characteristics explain occupational and gender differences in work-family conflict among Japanese civil servants. Public Health. 2017;153:78–90, http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.08.010.

22. Arik Tasyikan H, Demiral Y. Work-family imbalance, social support and health: a population-based study. Occup Med (Lond). 2022;72:614–21.
23. MacDonald M, Phipps S, Lethbridge L. Taking Its Toll: The Influence of Paid and Unpaid Work on Women's Well-Being. Feminist Economics. 2005;11:63–94, http://dx.doi.org/10.1080/1354570042000332597.
24. Boye K. Time Spent Working: Paid work, housework and the gender difference in psychological distress. European Societies. 2010;12:419–42.
25. Ahlgren C, Malmgren Olsson EB, Brulin C. Gender analysis of musculoskeletal disorders and emotional exhaustion: interactive effects from physical and psychosocial work exposures and engagement in domestic work. Ergonomics. 2012;55:212–28, http://dx.doi.org/10.1080/00140139.2011.646319.
26. Ma J, Xu L, Zhang X. Work-family conflict, overwork and mental health of female employees in China. Front Public Health. 2025;13:1483746, http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2025.1483746.
27. Coverman S. Role Overload, Role Conflict, and Stress: Addressing Consequences of Multiple Role Demands. Social Forces. 1989;67:965–82.
28. López-Ruiz M, Benavides FG, Vives A, Artazcoz L. Informal employment, unpaid care work, and health status in Spanish-speaking Central American countries: a gender-based approach. Int J Public Health. 2017;62:209–18, http://dx.doi.org/10.1007/s00038-016-0871-3.
29. Canivet C, Ostergren PO, Lindeberg SI, Choi B, Karasek R, Moghaddassi M, et al. Conflict between the work and family domains and exhaustion among vocationally active men and women. Soc Sci Med. 2010;70:1237–45, http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.029.
30. Rocco PTP, Bensenor IM, Griep RH, Barreto SM, Moreno AB, Alencar AP, et al. Work-Family Conflict and Ideal Cardiovascular Health Score in the ELSA-Brasil Baseline Assessment. J Am Heart Assoc. 2019;8:e012701, http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.119.012701.
31. Kim YM, Cho SI. Work-Life Imbalance and Musculoskeletal Disorders among South Korean Workers. Int J Environ Res Public Health. 2017;14:1331, http://dx.doi.org/10.3390/ijerph14111331.
32. Li LZ, Wang S. Do work-family initiatives improve employee mental health? Longitudinal evidence from a nationally representative cohort. J Affect Disord. 2022;297:407–14, http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.112.
33. Fujimura Y, Sekine M, Tatsuse T. Sex differences in factors contributing to family-to-work and work-to-family conflict in Japanese civil servants. J Occup Health. 2014;56:485–97, http://dx.doi.org/10.1539/joh.14-0045-OA.
34. Molarius A, Metsini A. Domestic Work Self-Reported Diagnosed Depression and Related Costs among Women and Men-Results from a Population-Based Study in Sweden. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:9778, http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18189778.
35. Dinh H, Strazdins L, Welsh J. Hour-glass ceilings: Work-hour thresholds, gendered health inequities. Soc Sci Med. 2017;176:42–51, http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.024.
36. Frank E, Zhao Z, Fang Y, Rotenstein LS, Sen S, Guille C. Experiences of Work-Family Conflict and Mental Health Symptoms by Gender Among Physician Parents During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open. 2021;4:e2134315, http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.34315.
37. Ervin J, Taouk Y, Hewitt B, King T. The association between unpaid labour and mental health in working-age adults in Australia from 2002 to 2020: a longitudinal population-based cohort study. Lancet Public Health. 2023;8:e276–85, http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00030-0.
38. Cabezas-Rodríguez A, Utzet M, Bacigalupe A. Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health?: A scoping review. Int J Soc Psychiatry. 2021;67:1005–25, http://dx.doi.org/10.1177/00207640211015708.
39. Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5. 1. 0 [updated March 2011]. Cochrane; 2011. [consultado 23 Ago 2025]. Disponible en: www.handbook.cochrane.org
40. Salonsalmi A, Kouvonen A, Rahkonen O, Lahelma E, Lallukka T. Work-family conflicts and sickness absence-a register-linked cohort study among young and early midlife employees. Eur J Public Health. 2024;34:316–21, http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckae012.
41. Grzywacz JG, Marks NF. Reconceptualizing the work-family interface: an ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. J Occup Health Psychol. 2000;5:111–26, http://dx.doi.org/10.1037//1076-8998.5.1.111.
42. Choi E. Health Inequalities Among Korean Employees. Saf Health Work. 2017;8:371–7, http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2017.03.002.
43. Bildt C, Michélsen H. Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up. Int Arch Occup Environ Health. 2002;75:252–8, http://dx.doi.org/10.1007/s00420-001-0299-8.
44. Xue B, McMunn A. Gender differences in unpaid care work and psychological distress in the UK Covid-19 lockdown. PLoS One. 2021;16:e0247959, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0247959.
45. Evanoff B, Dale AM, Descatha A. A conceptual model of musculoskeletal disorders for occupational health practitioners. Int J Occup Med Environ Health. 2014;27:145–8, http://dx.doi.org/10.2478/s13382-014-0232-5.
46. Greggi C, Visconti VV, Albanese M, Gasperini B, Chiavoghilefu A, Prezioso C, et al. Work-Related Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2024;13:3964, http://dx.doi.org/10.3390/jcm13133964.
47. Bezzina A, Austin E, Nguyen H, James C. Workplace Psychosocial Factors and Their Association With Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review of Longitudinal Studies. Workplace Health Saf. 2023;71:578–88, http://dx.doi.org/10.1177/21650799231193578.