Volumen **100** **e202611101** Recepción: **12/9/2026** Aceptación: **22/9/2026** Publicación: **24/11/2026**

REVISIÓN SISTEMÁTICA 29 páginas **VERSIÓN EN LÍNEA**

doi: 10.67113/resp.v100i1.2001

Riesgos psicosociales y desigualdades en profesionales de ayuda a domicilio: una revisión sistemática con perspectiva interseccional

Psychosocial risks and inequalities among home care workers: a systematic review from an intersectional perspective

AUTORES

(1) Patricia Ruiz-Ángel [ORCID: 0000-0003-2183-2220]

(2,3) Ninfa del Carmen Pulido-Moreno [ORCID: 0000-0002-9825-0037]

(4) Javier Fagundo-Rivera [ORCID: 0000-0002-8286-3381]

(5) José Antonio Climent-Rodríguez [ORCID: 0000-0001-7529-3854]

FILIACIONES

(1) Departamento de Sociología y Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social. Universidad de Huelva. HUELVA. ESPAÑA.

(2) Escuela de Psicología. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. TUNJA. COLOMBIA.

(3) Doctorado en Psicología. Universidad del Valle. CALI. COLOMBIA.

(4) Departamento de Medicina y Salud Pública. Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Huelva. HUELVA. ESPAÑA.

(5) Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación. Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Huelva. HUELVA. ESPAÑA.

FINANCIACIÓN

No hubo.

CORRESPONDENCIA

José Antonio Climent-Rodríguez **jose.climent@dpsi.uhu.es**

Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Huelva. Campus del Carmen. Avda. 3 de marzo, s/n. CP 21071. Huelva. España.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

CONCEPTUALIZACIÓN, DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN, DISEÑO METODOLÓGICO, SUPERVISIÓN, ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO, DESARROLLO DEL MARCO CONCEPTUAL INTERSECCIONAL: JA Climent-Rodríguez.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA, EXTRACCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS, ELABORACIÓN DE TABLAS: P Ruiz-Ángel.

EXTRACCIÓN Y VALIDACIÓN DE LOS DATOS: NC Pulido-Moreno.

INVESTIGACIÓN, SELECCIÓN DE ESTUDIOS: P Ruiz-Ángel, NC Pulido-Moreno.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS: P Ruiz-Ángel, NC Pulido-Moreno, J Fagundo-Rivera, JA Climent-Rodríguez.

METODOLOGÍA, VALIDACIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y EXTRACCIÓN, REVISIÓN CRÍTICA Y EDICIÓN DEL MANUSCRITO: J Fagundo-Rivera.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA Y DEL RIESGO DE SESGO: P Ruiz-Ángel, J Fagundo-Rivera.

REDACCIÓN DEL BORRADOR ORIGINAL: P Ruiz-Ángel, JA Climent-Rodríguez.

REVISIÓN Y EDICIÓN DEL MANUSCRITO: P Ruiz-Ángel, NC Pulido-Moreno, JA Climent-Rodríguez.

Todas las personas autoras revisaron críticamente el contenido intelectual del manuscrito, aprobaron su versión final y aceptan asumir la responsabilidad sobre la integridad y exactitud del trabajo.

CITA SUGERIDA

Ruiz-Ángel P, Pulido-Moreno NC, Fagundo-Rivera J, Climent-Rodríguez JA. Riesgos psicosociales y desigualdades en profesionales de ayuda a domicilio: una revisión sistemática con perspectiva interseccional. Rev Esp Salud Pública. 2026; 100: 24 de noviembre e202611101.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La ayuda a domicilio constituye un servicio esencial en los sistemas de atención a la dependencia, desarrollado por un colectivo altamente feminizado y expuesto a condiciones laborales que pueden comprometer su salud mental. Aunque las revisiones previas han abordado riesgos específicos, especialmente la violencia ocupacional, falta una síntesis integral que examine los riesgos psicosociales y su distribución desigual desde una perspectiva interseccional. El objetivo de este trabajo fue evaluar los riesgos psicosociales en profesionales de ayuda a domicilio, su relación con la salud mental y su distribución según el género y otros ejes interseccionales.

MÉTODOS // Se realizó una revisión sistemática de etiología y riesgo conforme a las directrices *PRISMA 2020*, el marco PEO *(Population, Exposure, Outcome)* y las recomendaciones del *Joanna Briggs Institute* (JBI). La búsqueda en *PubMed/MEDLINE*, *Scopus*, *Web of Science* y *Gender Studies Database* identificó 2.805 registros, de los que se incluyeron 86 estudios. Dos investigadores realizaron independientemente la selección, resolviendo las discrepancias por consenso o mediante un tercer evaluador. Se extrajeron datos sobre características metodológicas, riesgos psicosociales, resultados y ejes de desigualdad. La calidad metodológica se evaluó mediante listas JBI específicas según el diseño y el riesgo de sesgo, mediante herramientas *ROBINS* apropiadas para cada tipología de estudio. Los resultados se integraron mediante una síntesis narrativa estructurada.

RESULTADOS // De los 86 estudios finalmente seleccionados, predominaron los diseños transversales. Los hallazgos se organizaron en seis dimensiones interrelacionadas: organización y carga; trabajo emocional; violencia y límites profesionales; aislamiento y apoyo; precariedad y tiempo; e interacción físico-psicosocial. Estas exposiciones se asociaron con estrés, *burnout*, ansiedad, depresión, síntomas postraumáticos, alteraciones del sueño, dolor, absentismo e intención de abandono. La exposición se concentró en una fuerza laboral feminizada y se intensificó al intersecar género, migración, racialización o etnicidad, precariedad, dependencia económica o administrativa, turnicidad, edad y responsabilidades familiares.

CONCLUSIONES // Los riesgos responden a la interacción entre condiciones domiciliarias, organizativas y estructurales. Se propone un marco interseccional que vincula la salud laboral con la seguridad, continuidad y calidad del cuidado y la sostenibilidad de los servicios sociales y sanitarios.

PALABRAS CLAVE // Atención domiciliaria; Cuidadores profesionales; Riesgos psicosociales; Género; Interseccionalidad; Salud ocupacional; Precariedad laboral.

ABSTRACT

BACKGROUND // Home care is an essential component of long-term care systems, provided by a predominantly female workforce exposed to working conditions that may adversely affect mental health. Although previous reviews have addressed specific occupational risks, particularly workplace violence, a comprehensive synthesis examining psychosocial risks and their unequal distribution from an intersectional perspective is lacking. The aim of this paper was to assess psychosocial risks among home care professionals, their relationship with mental health, and their distribution according to gender and other intersectional axes.

METHODS // A systematic review of aetiology and risk was conducted in accordance with the *PRISMA 2020* guidelines, the PEO *(Population, Exposure, Outcome)* framework, and the recommendations of the Joanna Briggs Institute (JBI). Searches in *PubMed/MEDLINE*, *Scopus*, *Web of Science*, and *Gender Studies Database* identified 2,805 records, of which 86 studies were included. Two researchers independently performed study selection, resolving disagreements through consensus or consultation with a third reviewer. Data were extracted on methodological characteristics, psychosocial risks, outcomes, and axes of inequality. Methodological quality was assessed using design-specific JBI checklists, and risk of bias was evaluated using *ROBINS* tools appropriate to each study design. Findings were integrated through a structured narrative synthesis.

RESULTS // Cross-sectional designs predominated among the 86 studies ultimately selected. The findings were organised into six interrelated dimensions: work organisation and workload; emotional labour; violence and professional boundaries; isolation and support; precarious employment and working time; and physical-psychosocial interaction. These exposures were associated with stress, burnout, anxiety, depression, post-traumatic symptoms, sleep disturbances, pain, absenteeism, and intention to leave. Exposure was concentrated in a female-dominated workforce and intensified at the intersections of gender, migration, racialisation or ethnicity, precarious employment, economic or administrative dependency, shift work, age, and family responsibilities.

CONCLUSIONS // These risks arise from the interaction between household, organisational, and structural conditions. An intersectional framework is proposed that links occupational health with the safety, continuity, and quality of care and with the sustainability of social and healthcare services.

KEYWORDS // Home care; Caregivers; Psychosocial risks; Gender; Intersectionality; Occupational health; Precarious employment.

RESP

INTRODUCCIÓN

La ayuda a domicilio constituye un componente esencial del estado del bienestar y de los sistemas de atención a la dependencia, pues favorece que las personas con necesidades de apoyo permanezcan en su entorno habitual. Su relevancia aumenta con el envejecimiento poblacional, las necesidades de cuidados de larga duración y los modelos de atención centrados en la persona. Sin embargo, esta función se sostiene sobre un sector altamente feminizado, frecuentemente caracterizado por precariedad, elevada carga física y emocional, escasa autonomía y limitado reconocimiento profesional, condiciones asociadas con una mayor exposición a riesgos psicosociales **(1)**. En España, las auxiliares describen la coexistencia de satisfacción por el cuidado y la vulnerabilidad laboral, con independencia del modelo de gestión del servicio **(2)**.

El domicilio configura un escenario preventivo singular: la profesional suele trabajar sola, sin supervisión inmediata, en espacios no controlados por la organización y dentro de relaciones en las que usuarios y familiares pueden modificar tareas, tiempos y límites profesionales. En este contexto convergen presión temporal, sobrecarga, aislamiento, demandas emocionales, ambigüedad de rol, violencia, inseguridad contractual y dificultades de conciliación. Una revisión anterior identificó la agresión, el abuso verbal, las cargas exigentes, los entornos cambiantes y la dificultad para mantener límites profesionales como riesgos relevantes, especialmente entre profesionales migrantes **(3)**.

Las revisiones publicadas se han centrado principalmente en aspectos específicos de la violencia ocupacional: su prevalencia **(4)**; la violencia sexual **(5)**; sus factores asociados **(6)** y las experiencias de quienes la han sufrido **(7)**. Aunque han permitido conocer su magnitud y características, no integran el conjunto de riesgos psicosociales del trabajo domiciliario ni examinan específicamente su relación con la salud mental y su distribución según el género y otros ejes de desigualdad.

Esta limitación resulta relevante en un colectivo feminizado y heterogéneo. La perspectiva interseccional permite analizar cómo el género interactúa con la migración, la racialización, la clase social, la edad, la contratación, la situación administrativa y las responsabilidades familiares, generando exposiciones diferenciadas **(8)**. Las trabajadoras migrantes internas pueden acumular aislamiento, dependencia de la familia empleadora, menor protección jurídica y dificultades para rechazar tareas o denunciar abusos **(9)**. No obstante, estas características suelen analizarse como variables descriptivas independientes.

En respuesta a este vacío, esta revisión evaluó los principales riesgos psicosociales en profesionales de ayuda a domicilio, su relación con la salud mental y tanto su distribución según el género como su intersección con otros ejes

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita). https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

sociales y laborales. Su aproximación integral pretende fundamentar evaluaciones preventivas, políticas laborales y medidas de protección adaptadas a las condiciones domiciliarias, organizativas y estructurales del sector.

MATERIAL Y MÉTODOS

Preparación del estudio. Se realizó una revisión sistemática orientada a preguntas de etiología y riesgo, siguiendo los criterios de la declaración del *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020*, y las recomendaciones metodológicas del *Joanna Briggs Institute* (JBI). La pregunta se estructuró mediante el modelo PEO *(Population, Exposure, Outcome)* **[Tabla 1]**.

Población: Profesionales remunerados de ayuda o atención domiciliaria: *home care workers* (trabajadores/as de ayuda a domicilio); *home health aides* (auxiliares de atención sanitaria domiciliaria); *domiciliary care workers* (profesionales de atención domiciliaria) y *personal care aides* (auxiliares de cuidados personales), así como otras denominaciones profesionales equivalentes.

Exposición: Riesgos psicosociales laborales, interpretados desde una perspectiva interseccional de género.

Resultado: Prevalencia o intensidad de los riesgos y su distribución según género, edad, migración/racialización, posición socioeconómica, educación, precariedad, condiciones de trabajo y estructura familiar.

Contexto: Prestación de cuidados en el domicilio particular de la persona usuaria.

La pregunta fue: *¿cuáles son los principales riesgos psicosociales laborales en profesionales de ayuda a domicilio y cómo se distribuyen cuando se considera la intersección del género con otros ejes sociales y laborales?*

Esta revisión se registró en *PROSPERO* con código CRD420261479018.

Variables de interés y resultados evaluados. Las variables principales de interés fueron los riesgos psicosociales relacionados con la organización y el contenido del trabajo de ayuda a domicilio. A partir de la pregunta de investigación y de los criterios de elegibilidad, se consideraron los siguientes dominios:

a) Demandas cuantitativas, carga de trabajo y presión temporal.

b) Demandas emocionales, trabajo emocional y disonancia emocional.

c) Autonomía, control y capacidad de decisión.

d) Aislamiento laboral, apoyo social y apoyo organizativo.

e) Violencia, abuso o acoso ejercidos por las personas usuarias o sus familiares.

f) Ambigüedad, conflicto y ampliación informal del rol.

g) Precariedad, inseguridad laboral y condiciones contractuales.

h) Conflicto entre el trabajo y la vida personal o familiar.

Para cada dominio se extrajeron, cuando estaban disponibles, su prevalencia o frecuencia, la intensidad, los ▸

Tabla 1
Pregunta de investigación. Formato PEO.

P	Población	Cuidadores/as formales de ayuda a domicilio (auxiliares, gerocultoras/es, personal del Servicio de Ayuda a Domicilio-SAD), colectivo altamente feminizado.
E	Exposición	Riesgos psicosociales laborales (sobrecarga emocional, aislamiento, ambigüedad de rol, violencia ocupacional, precariedad contractual) analizados desde un enfoque interseccional de género, considerando su intersección con la edad, el origen migrante, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el nivel de precariedad, las condiciones laborales y la estructura familiar.
O	Resultados	Prevalencia o intensidad de los riesgos psicosociales; asociación con indicadores de salud mental y bienestar psicológico; y distribución de las exposiciones y sus consecuencias según género, edad, migración o racialización, posición socioeconómica, educación, precariedad laboral, modalidad de empleo y estructura familiar.
Pregunta de investigación		¿Cuáles son los principales riesgos psicosociales laborales en profesionales auxiliares del servicio de ayuda a domicilio, y como afecta a la prevalencia e intensidad considerando su intersección de género con la edad, el origen migrante, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el nivel de precariedad, las condiciones laborales y la estructura familiar?

factores asociados y las relaciones con los resultados de salud.

Los principales resultados asociados fueron los indicadores de salud mental y bienestar psicológico, incluidos estrés percibido, malestar psicológico, *burnout*, agotamiento emocional, ansiedad, sintomatología depresiva, síntomas postraumáticos y alteraciones del sueño. Se registraron tanto las puntuaciones obtenidas mediante instrumentos estandarizados como las prevalencias y medidas de asociación comunicadas por los estudios. Debido a la diversidad de instrumentos y definiciones empleadas, estos resultados se organizaron por constructos conceptualmente equivalentes, sin asumir la equivalencia directa de sus puntuaciones.

Como variables secundarias o complementarias se recogieron:

a) Resultados de salud física y recuperación, como fatiga, dolor, lesiones y problemas de sueño, cuando estos últimos se abordaban como indicadores de recuperación.

b) Resultados relacionados con el funcionamiento laboral, como satisfacción laboral, compromiso, capacidad para el trabajo, absentismo, intención de abandono y rotación.

c) Recursos potencialmente protectores, entre ellos la autonomía, el apoyo de supervisores y compañeros, el reconocimiento, la formación, la disponibilidad de recursos organizativos y las estrategias de afrontamiento.

Asimismo, se extrajeron las variables utilizadas para examinar la distribución desigual de las exposiciones y sus consecuencias. Estas comprendieron sexo y género, edad, origen migrante, racialización o pertenencia étnica, nivel educativo y socioeconómico, situación administrativa, modalidad contractual, antigüedad, régimen de trabajo interno o externo, turnicidad, jornada laboral y responsabilidades familiares. Estas variables se consideraron ejes de estratificación o posibles modificadores de las asociaciones, y no riesgos psicosociales en sí mismos. Se registró si los estudios se limitaban a describirlas, realizaban análisis estratificados o comparativos, las introducían como covariables o evaluaban explícitamente su interacción.

Estrategia de búsqueda. La búsqueda de literatura se llevó a cabo en las bases de datos *PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science* y *Gender Studies Database*, utilizando palabras clave derivadas del modelo PEO. La búsqueda inicial se realizó durante los meses de junio y julio de 2026 y se actualizó el 6 de agosto de 2026. La **Tabla 2** incluye la estrategia de búsqueda utilizada. Para asegurar una cobertura exhaustiva se utilizaron los tesauros *MeSH (Medical Subject Headings)* y *DeCS* (Descriptores en Ciencias de la Salud). La búsqueda combinó términos de población (por ejemplo, *home care worker*, home health aide*, domiciliary care worker* y personal care aide**) con términos de exposición y desigualdad (por ejemplo, *psychosocial risk*, occupational stress, job strain, burnout, emotional demands, workplace violence, harassment, isolation, role conflict, job insecurity, gender, intersectionality* y *migrant status*). Se emplearon descriptores *MeSH* y *DeSH* cuando correspondía y operadores *OR/AND*; en el caso de esta revisión no fue necesario utilizar el operador *booleano AND NOT*. También se previó revisar las referencias de los estudios incluidos. Esta estrategia permitió refinar los resultados y mejorar la precisión de la búsqueda.

Criterios de elegibilidad y de exclusión. Se incluyeron artículos originales revisados por pares, en español, inglés o portugués, realizados con profesionales que prestaban atención directa en domicilios particulares a personas usuarias. Los estudios debían evaluar al menos un riesgo psicosocial o un resultado asociado, y aportar información sobre sexo/género o algún eje interseccional relevante. Se admitieron diseños observacionales, longitudinales, de métodos mixtos y evaluaciones de intervención. Se excluyeron cuidadores informales, estudios exclusivamente institucionales sin resultados desagregados para atención domiciliaria, trabajos sin exposición psicosocial pertinente y publicaciones no originales. El protocolo no fijó inicialmente un periodo determinado de búsqueda; sin embargo, el resultado final de la extracción incorporó trabajos publicados desde 1998.

Selección de los estudios. Tras la eliminación de los registros duplicados, la selección de los estudios fue realizada de manera independiente por dos investigadores. En una primera fase, ambos revisores evaluaron los títulos y resúmenes de los registros recuperados mediante la aplicación de los criterios ▶

Tabla 2
Estrategia de búsqueda.

Base de datos y plataforma	Ecuación completa de búsqueda	Campos consultados	Fecha de búsqueda	Límites aplicados	Resultados
PubMed/ MEDLINE *National Library of Medicine*	*("Home Health Aides"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Caregivers"[Mesh] OR "home care worker*" OR "home health aide*" OR "domiciliary care worker*" OR "personal care aide*" OR "home care personnel" OR "direct care worker*" OR "in-home care worker*" OR "personal care worker*") AND ("Occupational Stress"[Mesh] OR "Workplace Violence"[Mesh] OR "Sexism"[Mesh] OR "Gender Identity"[Mesh] OR "Burnout, Professional"[Mesh] OR "psychosocial risk*" OR "psychosocial factor*" OR "psychosocial hazard*" OR "occupational stress" OR "job strain" OR burnout OR "emotional demands" OR "emotional labor" OR "emotional labour" OR "workplace violence" OR harassment OR abuse OR isolation OR "role conflict" OR "job insecurity" OR "precarious employment" OR gender OR intersectionality OR "migrant status" OR prevalence OR intensity OR "gender differences" OR disparities OR "subgroup analysis")*	Descriptores *MeSH* y términos libres procesados mediante el mapeo automático de términos de *PubMed*.	Búsqueda inicial: junio-julio de 2026. Actualización: 06/08/2026.	Sin restricción temporal ni filtros automáticos por idioma, diseño o disponibilidad del texto completo. Los criterios de elegibilidad se aplicaron durante la selección.	**541**
Scopus *Elsevier*	*TITLE-ABS-KEY(("home care worker*" OR "home health aide*" OR "domiciliary care worker*" OR "personal care aide*" OR "home care personnel" OR "direct care worker*" OR "in-home care worker*" OR "personal care worker*") AND ("psychosocial risk*" OR "psychosocial factor*" OR "psychosocial hazard*" OR "occupational stress" OR "job strain" OR burnout OR "emotional demands" OR "emotional labor" OR "emotional labour" OR "workplace violence" OR harassment OR abuse OR isolation OR "role conflict" OR "job insecurity" OR "precarious employment" OR gender OR intersectionality OR "migrant status" OR prevalence OR intensity OR "gender differences" OR disparities OR "subgroup analysis"))*	Título, resumen y palabras clave (TITLE-ABS-KEY).	Búsqueda inicial: junio-julio de 2026. Actualización: 06/08/2026.	Sin restricción temporal ni filtros automáticos por idioma, tipo documental o área temática. Los criterios de elegibilidad se aplicaron durante la selección.	**459**

Tabla 2 (continuación)
Estrategia de búsqueda.

Base de datos y plataforma	Ecuación completa de búsqueda	Campos consultados	Fecha de búsqueda	Límites aplicados	Resultados
Web of Science Core Collection *Clarivate*	*TS=(("home care worker*" OR "home health aide*" OR "domiciliary care worker*" OR "personal care aide*" OR "home care personnel" OR "direct care worker*" OR "in-home care worker*" OR "personal care worker*") AND ("psychosocial risk*" OR "psychosocial factor*" OR "psychosocial hazard*" OR "occupational stress" OR "job strain" OR burnout OR "emotional demands" OR "emotional labor" OR "emotional labour" OR "workplace violence" OR harassment OR abuse OR isolation OR "role conflict" OR "job insecurity" OR "precarious employment" OR gender OR intersectionality OR "migrant status" OR prevalence OR intensity OR "gender differences" OR disparities OR "subgroup analysis"))*	Campo temático (TS): título, resumen, palabras clave de autor y *Keywords Plus*.	Búsqueda inicial: junio-julio de 2026. Actualización: 06/08/2026.	Sin restricción temporal ni filtros automáticos por idioma, tipo documental o categoría temática. Los criterios de elegibilidad se aplicaron durante la selección.	652
Gender Studies Database *EBSCOhost*	*(TI("home care worker*" OR "home health aide*" OR "domiciliary care worker*" OR "personal care aide*" OR "home care personnel" OR "direct care worker*" OR "in-home care worker*" OR "personal care worker*") OR AB("home care worker*" OR "home health aide*" OR "domiciliary care worker*" OR "personal care aide*" OR "home care personnel" OR "direct care worker*" OR "in-home care worker*" OR "personal care worker*")) AND (TI("psychosocial risk*" OR "psychosocial factor*" OR "psychosocial hazard*" OR "occupational stress" OR "job strain" OR burnout OR "emotional demands" OR "emotional labor" OR "emotional labour" OR "workplace violence" OR harassment OR abuse OR isolation OR "role conflict" OR "job insecurity" OR "precarious employment" OR gender OR intersectionality OR "migrant status" OR prevalence OR intensity OR "gender differences" OR disparities OR "subgroup analysis") OR AB("psychosocial risk*" OR "psychosocial factor*" OR "psychosocial hazard*" OR "occupational stress" OR "job strain" OR burnout OR "emotional demands" OR "emotional labor" OR "emotional labour" OR "workplace violence" OR harassment OR abuse OR isolation OR "role conflict" OR "job insecurity" OR "precarious employment" OR gender OR intersectionality OR "migrant status" OR prevalence OR intensity OR "gender differences" OR disparities OR "subgroup analysis"))*	Título (TI) y resumen (AB).	Búsqueda inicial: junio-julio de 2026. Actualización: 06/08/2026.	Sin restricción temporal ni filtros automáticos por idioma, tipo documental o disponibilidad del texto completo. Los criterios de elegibilidad se aplicaron durante la selección.	1.153
TOTAL					**2.805**

Nota: Las ecuaciones se adaptaron a la sintaxis y los campos específicos de cada base de datos. No se establecieron restricciones temporales ni se aplicaron filtros automáticos por idioma. Los criterios relativos al idioma (español, inglés o portugués), el diseño y el tipo de publicación se aplicaron durante el proceso de selección de los estudios. La última actualización de las búsquedas se realizó el 6 de agosto de 2026. ▶

de elegibilidad previamente establecidos. Los artículos considerados potencialmente pertinentes pasaron a una segunda fase, en la que los dos investigadores examinaron de forma independiente los textos completos. En esta evaluación se comprobó que los estudios incluyeran profesionales remunerados que prestaban atención directa en domicilios particulares, analizaran al menos un riesgo psicosocial o un resultado asociado y proporcionaran información sobre sexo, género o algún otro eje de desigualdad relevante.

La concordancia entre los dos investigadores se estimó antes de resolver las discrepancias, tanto en el cribado de títulos y resúmenes como en la evaluación de los textos completos. Para ello, se calculó el porcentaje de acuerdo observado y el coeficiente kappa de Cohen (κ), que corrige el acuerdo atribuible al azar, junto con su intervalo de confianza del 95%, obtenido mediante la aproximación asintótica basada en el error estándar de κ. Las decisiones de ambos investigadores se codificaron de forma dicotómica como *incluir* o *excluir*. En el cribado de títulos y resúmenes **[Tabla 3]**, ambos revisores coincidieron en 1.945 de los 2.306 registros evaluados, lo que representó un acuerdo del 84,3% y un coeficiente κ=0,49 (IC del 95%: 0,44-0,53). Se registraron 361 discrepancias, equivalentes al 15,7% de los registros examinados. En la evaluación a texto completo **[Tabla 4]**, realizada sobre 273 artículos, se alcanzó un acuerdo del 90,5%, con un coeficiente κ=0,79 (IC del 95%: 0,71-0,87), y se identificaron 26 discrepancias, equivalentes al 9,5% de los artículos examinados.

Las discrepancias se resolvieron inicialmente mediante discusión y consenso entre los dos investigadores. Cuando no fue posible alcanzar un acuerdo, una tercera persona investigadora examinó el registro y adoptó la decisión definitiva. Los motivos de exclusión identificados durante la evaluación a texto completo se registraron en la matriz de selección y se presentan de forma agregada en el diagrama de flujo *PRISMA* **[Figura 1]**.

Dos personas revisoras realizaron de forma independiente la valoración crítica de los estudios incluidos mediante las listas de comprobación del *Joanna Briggs Institute* específicas para cada diseño. Se utilizaron las herramientas correspondientes para estudios transversales analíticos, estudios de cohortes, estudios cuasiexperimentales y ensayos aleatorizados, según procediera. Los ítems se clasificaron como *sí, no, no está claro* o *no aplicable*. No se estableció una puntuación mínima ni un punto de corte JBI para determinar la inclusión de los estudios. La valoración crítica se realizó por dominios y se utilizó para identificar las fortalezas y limitaciones metodológicas de cada estudio y ponderar la interpretación de sus resultados, pero no como criterio de exclusión. En consecuencia, todos los estudios que cumplieron los criterios de elegibilidad preestablecidos fueron incorporados a la síntesis, independientemente del resultado de la valoración JBI. La valoración se interpretó atendiendo a los dominios metodológicos evaluados, y no únicamente mediante una puntuación sumatoria global. Se prestó especial atención a: la selección de participantes; la validez de la medición de las exposiciones y los resultados; la identificación y el control de los factores de confusión; la temporalidad y completitud del seguimiento; y la adecuación del análisis estadístico. Las discrepancias se resolvieron mediante

Tabla 3
Coeficiente Kappa-Cribado de títulos y resúmenes.

Decisiones	Revisor 2: incluir	Revisor 2: excluir	TOTAL
Revisor 1: incluir	256	180	436
Revisor 1: excluir	181	1.689	1.870
TOTAL	437	1.869	2.306

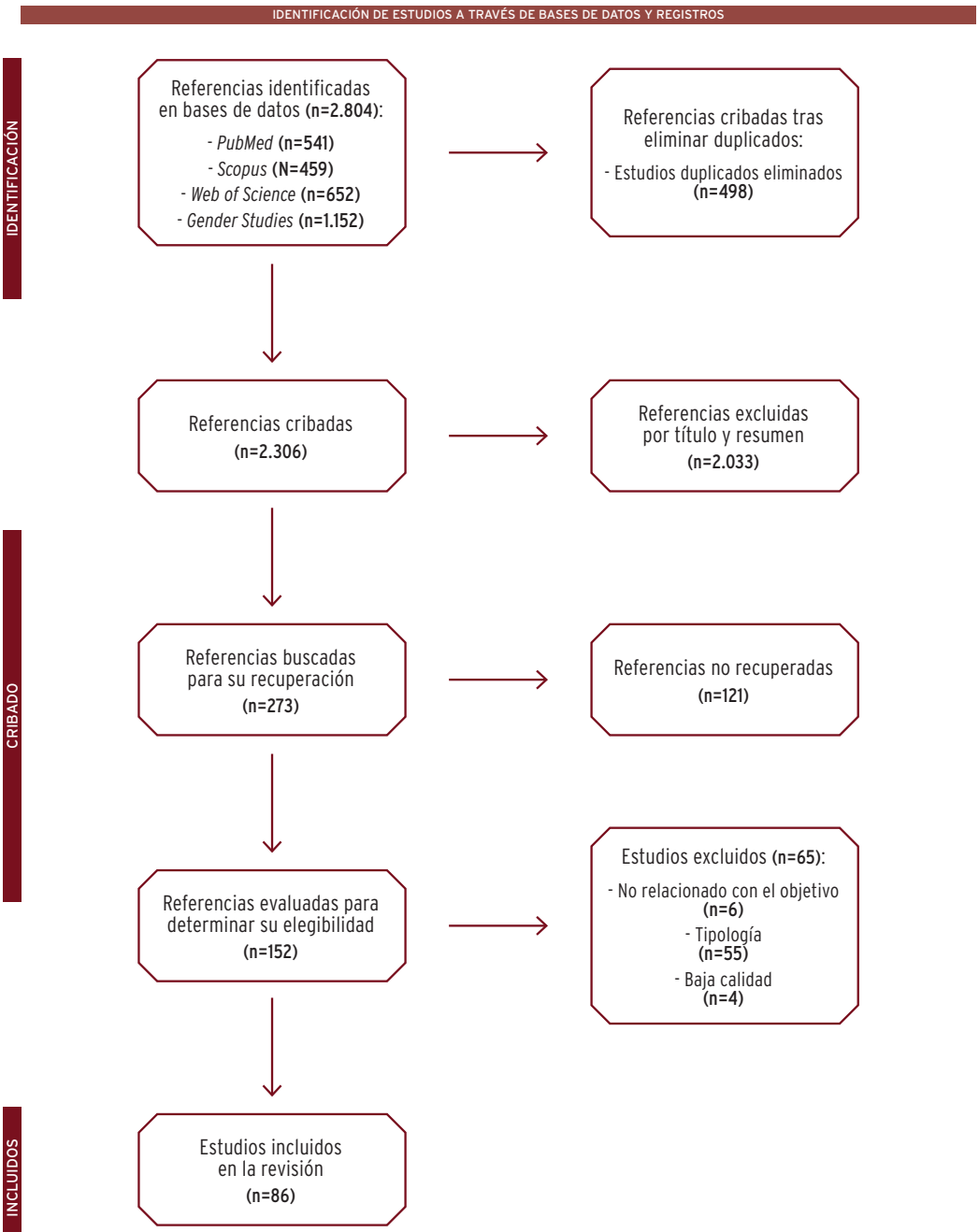
Tabla 4
Coeficiente Kappa-Evaluación a texto completo.

Decisiones	Revisor 2: incluir	Revisor 2: excluir	TOTAL
Revisor 1: incluir	86	13	99
Revisor 1: excluir	13	161	174
TOTAL	99	174	273

consenso y, cuando este no fue posible, mediante la intervención de una tercera persona investigadora.

El riesgo de sesgo se evaluó de forma individualizada mediante herramientas específicas para cada diseño de investigación. En los estudios observacionales longitudinales o de cohortes que analizaron los efectos de exposiciones laborales se utilizó *ROBINS-E*, que examina los sesgos relacionados con la confusión, la medición de la exposición, la selección de participantes, las intervenciones posteriores a la exposición, los datos faltantes, la medición de los resultados y la selección de los resultados informados. En los estudios transversales se aplicó la herramienta de valoración crítica del *Joanna Briggs Institute* para estudios transversales analíticos, atendiendo especialmente a la selección de participantes, la validez de las mediciones, la identificación y el control de los factores de confusión y la adecuación del análisis estadístico. El riesgo de sesgo del ensayo aleatorizado por conglomerados se evaluó mediante la versión de *RoB 2*, mientras que para los estudios de intervención no aleatorizados (incluidos los diseños cuasiexperimentales y pretest-postest) se utilizó *ROBINS-I*. En los estudios de métodos mixtos se evaluó separadamente cada componente mediante la herramienta correspondiente a su diseño. Los juicios se realizaron por dominios y se sintetizaron en una valoración global conforme a los criterios de cada instrumento, sin convertirlos en una puntuación numérica común. Dos investigadores efectuaron las eva- ▶

Figura 1
Diagrama de flujo *PRISMA*.



luaciones de forma independiente; las discrepancias se resolvieron mediante consenso y, cuando este no fue posible, mediante la intervención de un tercer investigador.

La valoración crítica no se utilizó como criterio de exclusión, sino para interpretar la solidez y las limitaciones de la evidencia. Todos los estudios que cumplieron los criterios de elegibilidad temáticos y metodológicos preestablecidos fueron incorporados a la síntesis. Las limitaciones identificadas se consideraron al interpretar la consistencia, aplicabilidad y grado de confianza de los resultados.

Extracción y síntesis de la información. La extracción inicial fue realizada por una persona investigadora y posteriormente verificada por una segunda, resolviéndose las discrepancias mediante consenso.

La información de los estudios incluidos se organizó mediante una matriz estandarizada de extracción. Para cada estudio se registraron la autoría y el año de publicación, el país o contexto de realización, el objetivo, el diseño, las características de la muestra (incluidos su tamaño, distribución por sexo/género y edad cuando estaban disponibles), los instrumentos o intervenciones utilizados, las exposiciones y variables analizadas, los principales resultados, los ejes sociales o laborales considerados y la valoración de la calidad metodológica. La utilización de una estructura común permitió comparar estudios con diseños y formas de medición diferentes e identificar posibles inconsistencias o información no disponible. Cuando algún dato resultó ambiguo o incompleto, se volvió a consultar el texto completo del artículo antes de cerrar la matriz de extracción.

Se realizó una síntesis narrativa estructurada. En una primera fase, los resultados se clasificaron según los principales dominios de riesgo psicosocial identificados: demandas cuantitativas y presión temporal; demandas emocionales; autonomía y control; aislamiento y apoyo social; violencia ocupacional; ambigüedad o conflicto de rol; precariedad e inseguridad laboral; y conflicto entre el trabajo y la vida personal. Posteriormente, se analizaron los resultados asociados a estas exposiciones, especialmente los relacionados con estrés, *burnout*, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, dolor, absentismo e intención de abandono. Finalmente, se examinó la distribución de los riesgos y sus consecuencias según el género y su intersección con otros ejes, como el origen migrante o la racialización, la edad, el régimen interno o externo, la modalidad contractual, la turnicidad, la situación socioeconómica y las responsabilidades familiares. También se sintetizaron los recursos organizativos y personales que mostraron una posible función protectora.

No se realizó un metanálisis debido a la elevada heterogeneidad clínica, conceptual y metodológica de los estudios. Las investigaciones incluidas diferían en las categorías profesionales y contextos nacionales estudiados, los diseños empleados, las definiciones de los riesgos psicosociales, los periodos de referencia, los instrumentos de medida y los indicadores de resultado. Asimismo, presentaban formas diferentes de comunicar los resultados (prevalencias, puntuaciones medias, correlaciones, coeficientes de regresión u otras medidas de asociación) y una incorporación desigual de las variables de género e interseccionalidad. Estas diferencias impedían establecer grupos suficiente-

mente homogéneos y obtener una estimación combinada que fuera metodológica y sustantivamente interpretable. Por ello, se consideró que una síntesis narrativa estructurada era la estrategia más adecuada para integrar la evidencia sin asumir una comparabilidad estadística no sustentada.

RESULTADOS

Selección de estudios. La estrategia de búsqueda inicial identificó un total de 2.804 referencias. Tras eliminar los duplicados, quedaron 2.306 registros para la fase de cribado. Posteriormente, se excluyeron 2.033 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 86 estudios relevantes **[Figura 1]**.

Características de los estudios. En relación con su distribución geográfica, los 86 estudios incluidos procedían de dieciocho países, aunque se observó una concentración significativa de la producción científica en determinados contextos nacionales. Estados Unidos fue el país con mayor representación con diecinueve estudios **(10-28)** (22,1%), seguido de Suecia con catorce **(29-42)** (16,3%) y Noruega, con seis **(43-48)** (7%). Canadá **(49-53)**, Dinamarca **(54-58)** e Israel **(9,59-62)** aportaron cinco estudios cada uno (5,8%), mientras que Italia **(63-66)** y Taiwán **(67-70)** estuvieron representados por cuatro investigaciones cada uno (4,7%). Se identificaron tres estudios realizados en Japón **(71-73)** y tres en Suiza **(74-76)** (3,5% en cada caso), así como dos en España **(2,77)**, dos en Corea del Sur **(78,79)** y dos en Reino Unido **(80,81)** (2,3% respectivamente). Alemania **(82)**, Australia **(83)**, China **(84)**, Francia **(85)** y Portugal **(86)** aportaron un estudio cada uno. Además, dos investigaciones analizaron conjuntamente varios países nórdicos y cuatro presentaron un carácter multinacional (Corea del Sur/Estados Unidos **(87)**, China/Taiwán **(88)**, Israel/España **(89)** y Reino Unido/Israel **(90)**). En conjunto, la evidencia se concentró principalmente en Norteamérica y en los países nórdicos, mientras que la producción procedente del sur de Europa, Asia y otros contextos geográficos fue comparativamente más limitada.

De los 86 estudios finalmente incluidos, 63 correspondieron a estudios observacionales de corte transversal, entre ellos estudios descriptivos, correlacionales, comparativos y análisis secundarios de bases de datos. Asimismo, se identificaron doce estudios longitudinales o de cohortes, cinco investigaciones con métodos mixtos, cinco estudios de intervención (un ensayo experimental controlado y aleatorizado por conglomerados, dos estudios cuasiexperimentales y dos estudios con diseño pretest-postest) y un estudio que combinó una revisión de la literatura con un análisis observacional transversal. En conjunto, se observó un claro predominio de los diseños transversales, lo que limitó la posibilidad de establecer relaciones temporales y causales entre los riesgos psicosociales y sus consecuencias sobre la salud y el bienestar laboral.

Siguiendo las orientaciones del *Manual del Centro Cochrane Iberoamericano,* la **Tabla 5** presenta las principales características de los estudios incluidos en la revisión. Para cada estudio se sintetizan los siguientes elementos: autoría y año de publicación; país o contexto de realización; tipo y diseño del estudio; características de la muestra; méto-

Tabla 5
Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.

Tabla disponible en el siguiente enlace:
https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/$$$call$$$/api/file/file-api/download-file?submissionFileId=24296&submissionId=2001&stageId=5

dos e instrumentos utilizados; principales variables de interés; resultados y conclusiones más relevantes; y puntuación obtenida mediante la herramienta de evaluación crítica del *Joanna Briggs Institute* (JBI). En relación con la calidad metodológica, la valoración crítica mostró una adecuada descripción de las poblaciones, exposiciones y resultados en una proporción elevada de los estudios. Sin embargo, se identificaron limitaciones recurrentes relacionadas con el predominio de diseños transversales, la imposibilidad de establecer la secuencia temporal entre exposición y resultado, el uso de muestras no probabilísticas, la medición simultánea y autoinformada de exposiciones y resultados, y el control incompleto de posibles factores de confusión. Los estudios longitudinales aportaron mayor información sobre temporalidad, aunque presentaron diferencias en la duración y cumplimiento del seguimiento. Los resultados detallados por estudio y dominio se presentan en la **Tabla 5**.

Riesgos psicosociales y resultados asociados. El patrón más consistente fue el desequilibrio entre demandas elevadas y recursos organizativos insuficientes. La presión temporal, la sobrecarga de casos, las visitas consecutivas, los desplazamientos, las tareas imprevistas, la falta de reconocimiento y las instrucciones contradictorias se asociaron con estrés, agotamiento, insatisfacción, deterioro de la salud e intención de abandono. La autonomía sobre el ritmo, la secuencia o la planificación tendió a actuar como recurso protector, aunque no compensó cargas extraordinarias ni exposiciones físicas intensas.

El trabajo emocional constituyó un segundo núcleo. La obligación de expresar calma, empatía y disponibilidad pese al miedo, el cansancio, el duelo o el enfado se asoció con disonancia emocional, sufrimiento moral y *burnout*. Las relaciones de continuidad y reciprocidad con las personas usuarias aportaron satisfacción y sentido, pero también podían difuminar los límites profesionales, ampliar la disponibilidad no remunerada y desincentivar la denuncia del abuso.

La violencia de usuarios o familiares fue frecuente y, probablemente, infrarregistrada. Las estimaciones variaron por definición y periodo de recuerdo; la revisión recogió, entre otras, cifras cercanas al 20% de abuso habitual, 5% de violencia física, 22% de abuso verbal y, en estudios concretos, 27% de acoso sexual y 13% de agresión física. El deterioro cognitivo de la persona usuaria, el trabajo en solitario, los espacios no controlados, la sobrecarga, los límites de ▶

rol difusos y un liderazgo débil aumentaron la exposición. El temor a perder empleo (o visado en caso de trabajadoras migrantes) y la normalización de la violencia, dificultaron notificarla.

Los riesgos psicosociales se relacionaron además con dolor musculoesquelético, fatiga, recuperación insuficiente, alteraciones del sueño y bajas laborales. La falta de control podría amplificar el efecto de las posturas forzadas, mientras que la disonancia emocional y el escaso reconocimiento se asociaron con dolor y discapacidad. La evidencia desaconsejó separar rígidamente los riesgos ergonómicos y psicosociales en un entorno donde ambos son acumulativos **[Tabla 6]**.

Distribución interseccional de los riesgos. La feminización del sector concentra materialmente la exposición en mujeres, pero también limita muchas comparaciones por sexo/género. Los pocos análisis comparativos no mostraron una dirección uniforme para todos los riesgos. El género opera sobre todo al organizar el acceso al sector, el valor social atribuido al cuidado, las tareas asignadas y la acumulación de responsabilidades, y sus efectos varían según la ocupación, el origen, la persona atendida y la posición contractual.

Tabla 6
Principales riesgos encontrados y resultados asociados a salud mental.

Dominio	Exposiciones principales	Resultados asociados
Organización y carga	Presión temporal, exceso de casos, rutas, tareas no previstas, baja autonomía.	Estrés, burnout, insatisfacción, baja calidad de vida, abandono.
Trabajo emocional	Demandas emocionales, disonancia, duelo, estrés de conciencia.	Malestar mental, despersonalización, *burnout*, dolor.
Violencia y límites	Abuso verbal/físico/sexual, demandas familiares, ambigüedad de rol.	Miedo, depresión, ansiedad, lesiones, infranotificación.
Aislamiento y apoyo	Trabajo en solitario, supervisión distante, bajo reconocimiento.	Menor seguridad, estrés, abandono; el apoyo operativo protege.
Precariedad y tiempo	Bajos salarios, informalidad, jornadas extensas, régimen interno.	Sueño insuficiente, conflicto trabajo-vida, atrapamiento laboral.
Interacción físico-psicosocial	Transferencias, posturas forzadas, fatiga y bajo control.	Dolor musculoesquelético, discapacidad y baja laboral.

La intersección mejor documentada fue el eje género-migración-racialización-precariedad. Las mujeres migrantes acumularon dependencia económica o administrativa, barreras lingüísticas, precarización, falta de descanso y aislamiento. La edad mostró un patrón doble: las personas jóvenes o con poca experiencia presentaron mayor riesgo de violencia e intención de abandono, mientras que las trabajadoras de mayor edad concentraron desgaste, dolor y bajas prolongadas. La educación tampoco tuvo un efecto lineal: podía favorecer autoeficacia, pero también elevar expectativas de movilidad o coincidir con casos más complejos. El turno, el territorio, la estructura familiar y las redes externas modificaron el acceso a apoyo, descanso, transporte y seguridad.

Recursos protectores e intervenciones. El apoyo supervisor, el liderazgo de calidad, el reconocimiento, el *feedback*, el clima de seguridad y la participación en decisiones se asociaron con mejores resultados. El apoyo eficaz fue operativo: capacidad para redistribuir casos, ampliar tiempos, retirar a la profesional de domicilios inseguros y ofrecer atención tras una agresión o un duelo. Las herramientas de reporte rápido y el cribado del domicilio aumentaron la confianza para comunicar incidentes, aunque la formación aislada no eliminó la exposición cuando permanecieron intactas la carga, la infradotación y la falta de respuesta organizativa.

Heterogeneidad, resultados no concluyentes y variaciones contextuales. Aunque se observó un patrón general de asociación entre demandas laborales elevadas, recursos organizativos insuficientes y peores resultados de salud y bienestar laboral **(29,30,53,91)**, los hallazgos no fueron uniformes. Su magnitud y características variaron según el país, el modelo de provisión del servicio, el contexto asistencial, el régimen de empleo y las características del entorno domiciliario. Estas diferencias se observaron, por ejemplo, al comparar la atención domiciliaria con los servicios de *hospice* **(65)**, el trabajo en áreas rurales y urbanas **(52)**, los turnos diurnos y no diurnos **(55)**, el empleo temporal y permanente **(37)**, y las modalidades de trabajo interno y externo **(9,77)**.

La autonomía y la capacidad de decisión tendieron a asociarse con mejores resultados de salud, satisfacción y capacidad laboral cuando representaban una posibilidad efectiva de organizar el trabajo y acceder a recursos de apoyo **(31,35,41,44)**. Sin embargo, esta asociación no fue suficiente cuando la reorganización del trabajo no redujo realmente el número de personas atendidas, la presión temporal o las cargas físicas y psicosociales. En este sentido, no observaron una mejora relevante del dolor lumbar y de los riesgos laborales después de introducir equipos autogestionados sin una reducción paralela de las demandas **(56)**, mientras que encontraron que la combinación de alta carga, escaso control y apoyo insuficiente se asociaba con peores resultados de salud **(30)**. Estos hallazgos sugieren que debe distinguirse entre la autonomía efectiva, acompañada de recursos y capacidad de decisión, y la mera transferencia de responsabilidades hacia las profesionales.

La evidencia comparativa por sexo o género también fue limitada y no permitió establecer una dirección uniforme para todos los riesgos. Åhlin J *et al.* **(40)** identificaron diferencias entre mujeres y hombres en el estrés y el *burnout*, ▶

mientras que otros estudios incorporaron el sexo o el género principalmente como variable descriptiva o de ajuste, en muestras ampliamente feminizadas **(11,29,64)**. Por tanto, la ausencia de resultados comparativos consistentes no debe interpretarse como ausencia de desigualdad de género, sino como una limitación de la evidencia disponible para estimar diferencias entre mujeres y hombres.

También se identificaron variaciones relacionadas con la edad, la experiencia y la posición laboral. Algunos estudios asociaron la menor edad o experiencia con una mayor exposición a determinados riesgos o con una menor permanencia en el empleo **(64,70)**, mientras que las trabajadoras de mayor edad presentaron con mayor frecuencia dolor, pérdida de capacidad laboral, bajas prolongadas o peor calidad de vida **(30,33,34)**. No obstante, estas asociaciones no fueron evaluadas de la misma manera en todos los estudios, por lo que no pudo establecerse un patrón evolutivo único. La evidencia sobre educación y antigüedad fue más escasa: Peter KA *et al*. **(76)** observaron peores resultados en profesionales con menor nivel educativo, pero el reducido número de análisis específicos impidió concluir que exista una asociación consistente. En cambio, las diferencias por modalidad contractual estuvieron mejor documentadas: el empleo temporal, casual o inestable se relacionó con menor apoyo, menor control y mayor inseguridad laboral **(37,83,92)**.

Las estimaciones de violencia ocupacional mostraron una variabilidad considerable. Los porcentajes informados difirieron según el tipo de violencia analizado (verbal, física, sexual o explotación laboral), la población estudiada, el régimen de trabajo y el periodo de recuerdo utilizado **(9,13,16,48,61,64)**. Parte de esta heterogeneidad podría responder también a diferencias en los instrumentos, las definiciones operativas y los procedimientos de notificación, especialmente en un contexto en el que la violencia puede normalizarse o permanecer infrarregistrada.

Tampoco las intervenciones produjeron resultados uniformes. El ensayo de Finnanger Garshol B *et al*. **(45)** no identificó cambios significativos en varios factores psicosociales después de una intervención regulatoria externa. Small TF *et al*. **(26)** observaron que la formación y la disponibilidad formal de protocolos resultaban insuficientes cuando no estaban acompañadas de un compromiso organizativo efectivo. En cambio, la implantación de mecanismos estructurados de notificación y respuesta se asoció con una mayor percepción de apoyo y seguridad en los estudios de Ruco A *et al*. **(50)** y King EC *et al*. **(51)** Por su parte, Yeh J *et al*. **(22)** encontraron mejoras en los conocimientos y la autoeficacia después de una intervención formativa sobre demencia. En conjunto, estos resultados sugirieron que la formación puede mejorar conocimientos, competencias o disposición a notificar, pero no necesariamente reduce la exposición cuando permanecen inalteradas la carga de trabajo, la dotación de personal o la capacidad de respuesta de la organización.

Estas diferencias insinuaron que los riesgos psicosociales no operaban de forma idéntica en todos los sistemas de ayuda a domicilio. Los análisis realizados en los países nórdicos mostraron variaciones relacionadas con el reconocimiento social, la carga psicofísica y el apoyo organizativo **(92,93)**,

mientras que los estudios desarrollados en modelos de atención dirigidos por las personas usuarias o afectados por procesos de reestructuración destacaron la importancia de la organización y financiación del servicio **(11,49)**. Otros trabajos señalaron la relevancia de la regulación migratoria, el empleo informal, los bajos salarios y el régimen interno para comprender la distribución de los riesgos **(61,63,81,83,90)**. No obstante, la heterogeneidad de los diseños, poblaciones e instrumentos, junto con la escasez de comparaciones directas entre sistemas nacionales, impidió atribuir las diferencias observadas a un único factor contextual.

DISCUSIÓN

Interpretación general de los hallazgos.

Esta revisión muestra que los riesgos psicosociales en la ayuda a domicilio no constituyen exposiciones independientes, sino un sistema acumulativo de demandas, recursos insuficientes y desigualdades estructurales. La presión temporal incrementa las dificultades para gestionar las demandas emocionales; el trabajo en solitario reduce las posibilidades de solicitar ayuda; la ambigüedad de rol facilita que las personas usuarias o sus familiares amplíen informalmente las tareas; y la precariedad limita la capacidad de rechazar condiciones inseguras o denunciar abusos. Por tanto, la principal aportación de esta síntesis no consiste únicamente en identificar riesgos frecuentes, sino en mostrar cómo estos se refuerzan mutuamente dentro de una forma de organización del cuidado caracterizada por la dispersión de los lugares de trabajo, la supervisión distante y la transferencia cotidiana de decisiones hacia el domicilio.

Este patrón puede interpretarse desde el modelo de demandas y recursos laborales, según el cual las demandas sostenidas consumen recursos físicos y psicológicos, mientras que la autonomía, el apoyo, el reconocimiento y la disponibilidad de medios pueden amortiguar sus efectos **(94)**. No obstante, los resultados de esta revisión permiten introducir una precisión relevante para la ayuda a domicilio: la autonomía no siempre constituye un recurso. Cuando permite adaptar el tiempo y las tareas a las necesidades de la persona atendida, puede reducir la tensión laboral; pero cuando deriva de la ausencia de supervisión, protocolos o apoyo inmediato, se convierte en una transferencia de responsabilidad hacia la profesional. Los resultados de determinados estudios **(29,30,53,91)** respaldan esta interpretación al relacionar la carga, el entorno psicosocial, los recursos organizativos y el apoyo con el estrés, el *burnout*, la calidad de vida y el compromiso laboral.

La misma ambivalencia se observa en la dimensión relacional. La continuidad del vínculo con la persona usuaria puede proporcionar reconocimiento, reciprocidad y sentido al trabajo, pero también puede difuminar los límites profesionales, aumentar la disponibilidad emocional y favorecer la aceptación de tareas no previstas. El cuidado no debe interpretarse, por tanto, como una actividad intrínsecamente protectora o perjudicial: sus consecuencias dependen de las condiciones organizativas en las que se desarrolla y de la posibilidad de establecer límites sin deteriorar la relación asistencial.

Los hallazgos muestran una consistencia general en diferentes países, diseños y modalidades de atención

domiciliaria. Las asociaciones más reiteradas fueron las observadas entre demandas laborales elevadas, presión temporal, escaso apoyo organizativo, violencia, precariedad y peores indicadores de salud y bienestar laboral **(13,29,30,48,53,91,92)**. También se identifica de forma recurrente una posible función protectora de la autonomía efectiva, el apoyo y la capacidad de decisión **(31,35,41,44)**. No obstante, la magnitud y, ocasionalmente, la dirección de las asociaciones varió según el contexto nacional, el modelo de prestación, la categoría profesional, el régimen contractual y los instrumentos empleados. La coincidencia entre estudios respalda la existencia de un patrón común, pero la heterogeneidad observada desaconseja asumir que los riesgos producen efectos equivalentes en todos los contextos.

Los resultados son principalmente aplicables a profesionales remunerados que prestan cuidados directos en domicilios particulares dentro de servicios formalizados. Su transferencia a trabajadores informales, cuidadores familiares o profesionales de instituciones residenciales debe realizarse con cautela. Asimismo, la menor representación del sur de Europa y de otros contextos limita la generalización a sistemas con diferente regulación laboral, financiación o presencia de empleo informal. Pese a ello, las dimensiones identificadas ofrecen una base útil para la evaluación preventiva y la organización de los servicios, siempre que su aplicación se adapte al contexto. En particular, pueden orientar la planificación de cargas y tiempos, la delimitación de funciones, la evaluación de los domicilios, los protocolos frente a la violencia y las medidas de apoyo a trabajadoras migrantes o en situaciones laborales precarias.

Implicaciones para la salud laboral y ocupacional. Desde la perspectiva de la salud laboral, los resultados cuestionan la evaluación fragmentada de los riesgos. Las seis dimensiones sintetizadas en la **Tabla 6** (organización y carga; trabajo emocional; violencia y límites; aislamiento y apoyo; precariedad y tiempo; e interacción físico-psicosocial) forman una red de exposición común. Por ejemplo, la presión temporal puede incrementar el esfuerzo físico, reducir la recuperación entre visitas y dificultar la gestión de situaciones emocionalmente complejas. A su vez, la falta de apoyo tras una agresión puede prolongar el malestar psicológico, favorecer la baja laboral y aumentar la intención de abandonar el sector.

La violencia ocupacional ilustra especialmente esta acumulación. Geiger-Brown J *et al*. **(13)** relacionaron el abuso y la violencia con sintomatología depresiva, mientras que Karlsson ND *et al*. **(16)** identificaron características laborales asociadas con el abuso verbal. La evidencia prospectiva más reciente vincula la agresión con el malestar mental y bajas laborales posteriores **(48)**. Estos hallazgos indican que la violencia no debe considerarse una incidencia inevitable derivada del estado de salud de la persona usuaria, sino un riesgo laboral previsible sobre el que las organizaciones tienen capacidad y responsabilidad de intervención.

Las intervenciones identificadas refuerzan esta interpretación. Los sistemas de comunicación rápida de incidentes, la evaluación previa del domicilio, los protocolos de actuación y el compromiso organizativo con la seguridad pueden mejorar la detección y la respuesta **(26,50,51)**. Sin embargo, la formación individual tiene un alcance

limitado cuando permanecen intactas la infradotación, la presión temporal, la inseguridad contractual o la ausencia de respuesta organizativa. La prevención debería combinar, por tanto, actuaciones sobre la organización del trabajo, los equipos, los domicilios y la protección laboral, evitando trasladar a las trabajadoras toda la responsabilidad de afrontar riesgos estructurales.

Género, migración y distribución desigual de los riesgos. La perspectiva de género no debe limitarse a señalar que la mayoría de las profesionales son mujeres. La feminización forma parte del mecanismo que explica la exposición: el cuidado se configura socialmente como una prolongación de capacidades atribuidas a las mujeres, lo que contribuye a su escaso reconocimiento, baja remuneración, disponibilidad emocional esperada y débil delimitación profesional. La concentración de mujeres en el sector no permite concluir, por sí sola, que presenten mayor riesgo que los hombres, puesto que muchos estudios carecen de grupos comparativos suficientes. Sin embargo, sí permite afirmar que las consecuencias de la organización del cuidado recaen materialmente sobre una fuerza de trabajo predominantemente femenina.

Esta desigualdad adquiere mayor intensidad cuando el género se combina con la migración, la racialización y la precariedad. Los estudios de Ayalon L *et al.* (2012 **(60)** y 2009 **(61)**) y de Green O *et al.* (2017 **(9)**, 2018 **(62)**, 2016 **(90)**) muestran que las trabajadoras migrantes pueden experimentar abuso, explotación, dependencia de la familia empleadora y dificultades para solicitar ayuda. Charlesworth S *et al.* **(83)** señalan diferencias en la calidad del empleo entre trabajadoras migrantes y nacidas en el país, mientras que Muench U *et al.* **(21)** y Dill J *et al.* **(25)** evidencian desigualdades raciales y étnicas en la seguridad económica y las condiciones laborales del empleo de cuidados. El régimen interno intensifica esta configuración porque el domicilio se convierte simultáneamente en lugar de trabajo y residencia **(77)**.

La migración o la pertenencia étnica no deben interpretarse como características individuales que aumentan por sí mismas la vulnerabilidad. El riesgo surge de su interacción con la segmentación ocupacional, la dependencia económica o administrativa, las barreras lingüísticas, la discriminación, la informalidad y el acceso desigual a derechos y recursos. Esta interpretación coincide con la evidencia internacional que muestra que el trabajo remunerado de cuidados se encuentra altamente feminizado y que las mujeres migrantes están sobrerrepresentadas en sus segmentos más precarios **(95)**.

La evidencia disponible, sin embargo, presenta una limitación importante: la mayoría de los estudios incorpora sexo, edad, origen o modalidad contractual como variables descriptivas o covariables independientes. Son poco frecuentes los análisis de interacciones, las categorías interseccionales combinadas y los modelos multinivel. En consecuencia, esta revisión permite identificar configuraciones plausibles y recurrentes de desigualdad, particularmente la combinación género-migración-racialización-precariedad, pero no cuantificar un único *efecto interseccional*. Esta carencia constituye uno de los principales vacíos que debería abordar la investigación futura.

Repercusiones para las personas usuarias, las familias y los sistemas de cuidados. La salud laboral de las profesio-

nales y la calidad del cuidado no constituyen resultados separados. El estrés, el agotamiento, las bajas laborales y la intención de abandono pueden comprometer la continuidad de las relaciones asistenciales, aumentar la rotación y dificultar que las personas usuarias reciban cuidados de profesionales que conocen sus necesidades. Boström A *et al*. **(31)** encontraron asociaciones entre el entorno psicosocial de las trabajadoras y la satisfacción de las personas mayores con la atención recibida, lo que respalda empíricamente la conexión entre condiciones de trabajo y calidad asistencial. De manera más general, Hogh A *et al*. **(54)** relacionaron el deterioro del entorno laboral con cuidados omitidos y menor calidad.

Para las familias, la inestabilidad de las plantillas puede traducirse en discontinuidad, necesidad de explicar reiteradamente las rutinas de cuidado y mayor incertidumbre sobre la atención. No obstante, las familias también forman parte del entorno laboral y pueden actuar como fuente de apoyo o como origen de demandas no previstas, conflictos de rol y violencia. La delimitación de funciones protege a la profesional, pero también reduce expectativas contradictorias y mejora la seguridad de la persona atendida.

Desde la gestión de los servicios sociales, la elevada intención de abandono no debería interpretarse únicamente como una decisión individual. Se relaciona con la carga psicofísica, la falta de apoyo, el escaso reconocimiento y la calidad del empleo **(87,92,93)**. La rotación y el absentismo pueden agravar la escasez de personal, aumentar la carga del resto de la plantilla y producir un círculo de deterioro organizativo. La OCDE ha advertido que las bajas remuneraciones, los riesgos físicos y mentales, el empleo no estándar y el bajo reconocimiento dificultan la atracción y retención de profesionales de cuidados de larga duración **(96)**.

Las implicaciones alcanzan también a la Salud Pública. El envejecimiento poblacional y el crecimiento de las necesidades de cuidados requieren una fuerza laboral suficiente, saludable y estable. Proteger la salud mental de quienes prestan ayuda a domicilio contribuye a sostener la permanencia de las personas dependientes en su entorno habitual, prevenir interrupciones asistenciales y reducir presiones evitables sobre la Atención Primaria, los servicios de Urgencias y los recursos residenciales. La calidad de los cuidados de larga duración depende, entre otros componentes, de la gobernanza, la continuidad y una fuerza laboral adecuadamente apoyada **(97)**. En consecuencia, mejorar las condiciones laborales no es únicamente una política de protección de las trabajadoras, sino una intervención sobre la sostenibilidad, la equidad y la calidad del sistema de cuidados.

Propuesta de un marco interseccional de sostenibilidad del cuidado domiciliario. A partir de la síntesis realizada, proponemos el **Marco interseccional de sostenibilidad del cuidado domiciliario**, representado en la **Figura 2**. Este marco sitúa en su núcleo la relación entre la profesional, la persona usuaria y su familia, porque el cuidado se produce mediante la interacción entre estos actores dentro del domicilio. Alrededor de este núcleo se organizan las seis dimensiones identificadas en la revisión: organización y carga; trabajo emocional; violencia y límites; aislamiento y apoyo; precariedad y tiempo; e interacción físico-psicosocial.

Figura 2
Marco interseccional de sostenibilidad del cuidado domiciliario.



Estas exposiciones se generan y modifican en tres niveles relacionados. El nivel domiciliario comprende las características del espacio de trabajo, la complejidad de las necesidades de la persona usuaria, las relaciones con la familia y la posibilidad de recibir ayuda inmediata. El nivel organizativo incluye la dotación de personal, los tiempos asignados, la autonomía efectiva, la supervisión, el liderazgo, los protocolos de seguridad, la formación, el reconocimiento y las condiciones contractuales. El nivel estructural comprende la financiación y regulación de los servicios, la valoración social del cuidado, la división de género del trabajo, las políticas migratorias y la segmentación étnica y laboral.

El género, la migración, la racialización, la edad, la clase social y las responsabilidades familiares atraviesan los tres niveles y modifican tanto la exposición como el acceso a los recursos de protección. No se plantean, por tanto, como factores periféricos, sino como determinantes transversales de la posición ocupada dentro del sistema de cuidados. Los resultados finales también se producen en tres planos interdependientes: salud física y mental de las profesionales; seguridad, continuidad y calidad de la atención de las personas usuarias y sus familias; y estabilidad, equidad y sostenibilidad de los sistemas sociales y sanitarios.

El marco propuesto amplía la interpretación convencional de demandas y recursos al incorporar el domicilio como espacio laboral parcialmente controlado por actores externos a la organización, y al situar además las desigualdades interseccionales como mecanismos que distribuyen exposiciones, capacidad de decisión y protección. Debe considerarse una propuesta conceptual derivada de la síntesis y no un modelo causal validado. Estudios ▶

longitudinales y multinivel deberán contrastar las relaciones planteadas y determinar qué recursos organizativos pueden interrumpir las cadenas que conectan precariedad, exposición psicosocial, deterioro de la salud y abandono del sector **[Figura 2]**. Su principal utilidad reside en desplazar la interpretación desde la vulnerabilidad individual de las trabajadoras hacia las relaciones entre el domicilio como espacio laboral, la organización de los servicios y las estructuras sociales que distribuyen de manera desigual las exposiciones y los recursos de protección.

Limitaciones. Esta revisión presenta varias limitaciones. El predominio de estudios transversales, muestras no probabilísticas, mediciones autoinformadas y controles incompletos de posibles factores de confusión restringe el establecimiento de relaciones temporales y causales. Asimismo, el reducido número de estudios longitudinales y de intervención aconseja interpretar con cautela la efectividad de las medidas preventivas. La heterogeneidad de las definiciones, los instrumentos, los periodos de recuerdo, las categorías profesionales, los resultados y los contextos asistenciales impidió realizar un metanálisis y limitó la comparación directa entre estudios. Además, la concentración de investigaciones en Norteamérica y los países nórdicos reduce la transferibilidad de los hallazgos a otros sistemas de cuidados. La exclusión de literatura gris y de publicaciones en idiomas distintos del español, inglés o portugués también pudo introducir sesgos de publicación y de idioma. Finalmente, la elevada feminización de las muestras limitó las comparaciones por sexo o género, mientras que los restantes ejes de desigualdad se analizaron principalmente como variables independientes. La escasez de análisis de interacción y multinivel impide cuantificar efectos interseccionales específicos. Por ello, el marco propuesto debe considerarse una síntesis conceptual, no un modelo causal validado, y deberá contrastarse mediante estudios longitudinales, multinivel y de intervención.

Conclusiones. Esta revisión sistemática muestra que los riesgos psicosociales en profesionales de ayuda a domicilio se configuran mediante la interacción de seis dimensiones: organización y carga de trabajo; trabajo emocional; violencia y límites profesionales; aislamiento y apoyo; precariedad y organización del tiempo; e interacción entre factores físicos y psicosociales. Estas exposiciones se asociaron con estrés, burnout, ansiedad, depresión, síntomas postraumáticos, alteraciones del sueño, dolor, absentismo e intención de abandono. Su distribución está condicionada por el género y su intersección con la migración, la racialización o etnicidad, la edad, la precariedad contractual y las responsabilidades familiares. No obstante, la escasez de análisis interseccionales impide cuantificar con precisión los efectos conjuntos de estos ejes de desigualdad.

Estos resultados indican que la prevención debe actuar simultáneamente sobre las condiciones domiciliarias, organizativas y estructurales, mediante tiempos y dotaciones suficientes, autonomía efectiva, delimitación de funciones, evaluación de los domicilios, supervisión accesible, protocolos frente a la violencia, apoyo posterior a incidentes, estabilidad contractual y protección específica de las trabajadoras migrantes e internas. El marco interseccional propuesto vincula la salud de las profe-

sionales con la seguridad, continuidad y calidad de la atención y con la sostenibilidad de los servicios sociales y sanitarios. Mejorar las condiciones de trabajo en la ayuda a domicilio constituye, por tanto, una prioridad de salud laboral y pública que requiere medidas participativas y evaluaciones desagregadas por género, origen, edad, modalidad contractual y régimen de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perez-Gonzalez A, Tuscani F, Pelagaggi R, Nasser M. *Gender Diversity and Psychosocial Work Risks from a Non-Binary Perspective: A Systematic Review.* Merits. marzo de 2026;6(1):6. *doi: https://doi.org/10.3390/merits6010006*

2. Minguela-Recover MÁ, López-Fernández C, López-Sánchez JA, Picardo-García JM. *The Spanish home care workers between job vulnerability and happiness in times of crisis. Corporate Governance (Bingley).* Emerald Group Holdings Ltd.; 2022. p. 618-630. *doi: https://doi.org/10.1108/CG-11-2021-0433*

3. Jepsen DM, Du Toit SHJ, Barker TR, Wodak S, Lawn E, Freeburn T *et al. Caring for home care workers: Health and safety hazards, harms and risk factors.* PLOS ONE [Internet]. Public Library of Science; 2025. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/105013041606?origin=resultslist doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0329959.* PubMed PMID: 40794642.

4. Byon HD, Lee M, Choi M, Sagherian K, Crandall M, Lipscomb J. *Prevalence of type II workplace violence among home healthcare workers: A meta-analysis.* American Journal of Industrial Medicine. Wiley-Liss Inc.; 2020. p. 442-455. *doi: https://doi.org/10.1002/ajim.23095.* PubMed PMID: 32052510.

5. Clari M, Conti A, Scacchi A, Scattaglia M, Dimonte V, Gianino MM. *Prevalence of Workplace Sexual Violence against Healthcare Workers Providing Home Care: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Int J Environ Res Public Health. 27 de noviembre de 2020;17(23):8807. *doi: https://doi.org/10.3390/ijerph17238807*. PubMed PMID: 33260853; PubMed Central PMCID: PMC7731391.

6. Phoo NNN, Reid A. *Determinants of violence towards care workers working in the home setting: A systematic review.* Am J Ind Med. junio de 2022;65(6):447-467. *doi: https://doi.org/10.1002/ajim.23351*

7. Zhong XF, Shorey S. *Experiences of workplace violence among healthcare workers in home care settings: A qualitative systematic review.* Int Nurs Rev. diciembre de 2023;70(4):596-605. *doi: https://doi.org/10.1111/inr.12822*

8. Crenshaw K. *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics.* U Chi Legal F. 1 de enero de 1989;1989:139.

9. Green O, Ayalon L. *Violations of workers' rights and exposure to work-related abuse of live-in migrant and live-out local home care workers - a preliminary study: Implications for health policy and practice.* Israel Journal of Health Policy Research [Internet]. BioMed Central Ltd.; 2018. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/85048972855?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1186/s13584-018-0224-1.* PubMed PMID: 29929555.

10. Landes SD, Weng SS. *Racial-Ethnic Differences in Turnover Intent Among Home Health Aides. Journal of Applied Gerontology.* Mayo de 2020;39(5):490-501. Disponible en: WOS:000526684500006. *doi: https://doi.org/10.1177/0733464819827806*

11. Delp L, Wallace SP, Geiger-Brown J, Muntaner C. *Job stress and job satisfaction: Home care workers in a consumer-directed model of care.* Health Services Research. 2010. p. 922-940. *doi: https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01112.x.* PubMed PMID: 20403063.

12. Sterling MR, Li J, Cho J, Ringel JB, Silver SR. *Prevalence and Predictors of Home Health Care Workers' General, Physical, and Mental Health: Findings From the 2014-2018 Behavioral Risk Factor Surveillance System.* Am J Public Health. Diciembre de 2021;111(12):2239-2250. *doi: https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306512.* PubMed PMID: 34878879; PubMed Central PMCID: PMC8667821.

13. Geiger-Brown J, Muntaner C, McPhaul K, Lipscomb J, Trinkoff A. *Abuse and violence during home care work as predictor of worker depression.* Home Health Care Services Quarterly. 2007. p. 59-77. *doi: https://doi.org/10.1300/J027v26n01_05.* PubMed PMID: 17387052.

14. Boerner K, Gleason H, Jopp DS. *Burnout After Patient Death: Challenges for Direct Care Workers.* Journal of Pain and Symptom Management. Elsevier Inc.; 2017. p. 317-325. *doi: https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.06.006.* PubMed PMID: 28797866.

15. Hansell AK, Knaster ES, Phillips LE. *Injury among home care workers in Washington state.* New Solutions. SAGE Publications Ltd; 2018. p. 543-558. *doi: https://doi.org/10.1177/1048291117739419.* PubMed PMID: 29110559.

16. Karlsson ND, Markkanen PK, Kriebel D, Gore RJ, Galligan CJ, Sama SR *et al. Home care aides' experiences of verbal abuse: a survey of characteristics and risk factors.* Occup Environ Med. Julio de 2019;76(7):448-454. *doi: https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105604.* PubMed PMID: 31186370; PubMed Central PMCID: PMC6585262.

17. Lee S, Vigoureux TF, Hyer K, Small BJ. *Prevalent Insomnia Concerns and Perceived Need for Sleep Intervention Among Direct-Care Workers in Long-Term Care.* Journal of Applied Gerontology. SAGE Publications Inc.; 2022. p. 274-284. *doi: https://doi.org/10.1177/0733464820978612.* PubMed PMID: 33322992.

18. Mayer-Hirshfeld I, Brannan D, Murphy LA, Hecht EM, Caban-Martinez AJ. *Association between positive and negative affect and musculoskeletal pain among US home health aides.* Archives of Environmental & Occupational Health. 1 de noviembre de 2018;73(6):355-359. Disponible en: 135147210. *doi: https://doi.org/10.1080/19338244.2017.1373056*

19. Shalev A, Ringel JB, Riegel B, Vellone E, Stawnychy MA, Safford M *et al. Does Connectedness Matter? The Association Between Mutuality and Job Satisfaction Among Home Health Aides Caring for Adults With Heart Failure.* Journal of Applied Gerontology. SAGE Publications Inc.; 2023. p. 747-757. *doi: https://doi.org/10.1177/07334648221146772.* PubMed PMID: 36541188.

20. Quinn MM, Markkanen PK, Galligan CJ, Sama SR, Kriebel D, Gore RJ *et al. Occupational health of home care aides: Results of the safe home care survey.* Occupational and Environmental Medicine. BMJ Publishing Group; 2016. p. 237-245. *doi: https://doi.org/0.1136/oemed-2015-103031.* PubMed PMID: 26209318.

21. Muench U, Spetz J, Jura M, Harrington C. *Racial disparities in financial security, work and leisure activities, and quality of life among the direct care workforce.* Gerontologist. Gerontological Society of America; 2021. p. 838-850. *doi: https://doi.org/10.1093/geront/gnaa190.* PubMed PMID: 33216901.

22. Yeh J, Beld M, Pond B, Neri M, Garcia A, Mata-Pacheco J *et al. Competency-based training boosts dementia knowledge and skills in home care workers.* Alzheimer's and Dementia [Internet]. John Wiley and Sons Inc; 2025. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/105008756470?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1002/alz.70323.* PubMed PMID: 40538020.

23. Gray JA, Muramatsu N. *When the job has lost its appeal: Intentions to quit among direct care workers.* Journal of Intellectual & Developmental Disability. 1 de junio de 2013;38(2):124-133. Disponible en: 87584824. *doi: https://doi.org/10.3109/13668250.2012.760728*

24. Moreira NA, Nizzer S, McKay SM, Holness DL, King EC. *Who Meets the Emotional Support Needs of Home Healthcare Workers? Characterizing Help-Seeking Practices and Preferences in the Workplace. Journal of Applied Gerontology.* SAGE Publications Inc.;

2026. p. 1546-1559. *doi: https://doi.org/10.1177/07334648251381410.* PubMed PMID: 40998384.

25. Dill J, Tanem J. *Gender, Race/Ethnicity, and Unionization in Direct Care Occupations. American Journal of Public Health.* American Public Health Association Inc.; 2022. p. 1676-1684. *doi: https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.307022.* PubMed PMID: 36223582.

26. Small TF, Smith CR, Hutton S, Davis KG, Gillespie GL. *Workplace Violence Prevention Training, Safety Resources, and Commitment to HHCWs' Safety.* Workplace Health and Safety. SAGE Publications Inc.; 2022. p. 325-331. *doi: https://doi.org/10.1177/21650799221076871.* PubMed PMID: 35466840.

27. Suarez R, Agbonifo N, Hittle B, Davis K, Freeman A. *Frequency and Risk of Occupational Health and Safety Hazards for Home Healthcare Workers.* Home Health Care Management and Practice. SAGE Publications Inc.; 2017. p. 207-215. *doi: https://doi.org/10.1177/1084822317703936*

28. Gray-Stanley JA, Muramatsu N, Heller T, Hughes S, Johnson TP, Ramirez-Valles J. *Work stress and depression among direct support professionals: The role of work support and locus of control.* Journal of Intellectual Disability Research. 2010. p. 749-761. *doi: https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01303.x.* PubMed PMID: 20633203.

29. Assander S, Bergström A, Olt H, Guidetti S, Boström AM. *Individual and organisational factors in the psychosocial work environment are associated with home care staffs' job strain: a Swedish cross-sectional study.* BMC Health Services Research. 29 de diciembre de 2022;22(1):1-16. 161061080. *doi: https://doi.org/10.1186/s12913-022-08699-4*

30. Sjöberg A, Pettersson-Strömbäck A, Sahlén KG, Lindholm L, Norström F. *The burden of high workload on the health-related quality of life among home care workers in Northern Sweden. International Archives of Occupational and Environmental Health.* Springer; 2020. p. 747-764. *doi: https://doi.org/10.1007/s00420-020-01530-9.* PubMed PMID: 32140826.

31. Boström A, Lundgren D, Kabir ZN, Kåreholt I. *Factors in the psychosocial work environment of staff are associated with satisfaction with care among older persons receiving home care services.* Health & Social Care in the Community. 1 de noviembre de 2022;30(6):e6080-6090. 160812985. *doi: https://doi.org/10.1111/hsc.14045*

32. Brulin C, Gerdle B, Granlund B, Höög Jonas, Knutson A, Sundelin G. *Physical and Psychosocial Work-related Risk Factors Associated with Musculoskeletal Symptoms among Home Care Personnel.* Scandinavian Journal of Caring Sciences. 8 de julio de 1998;12(2):104-110. 4230388. *doi: https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1998.tb00483.x*

33. Brulin C, Goine H, Edlund C, Knutsson A. *Prevalence of long-term sick leave among female home care personnel in northern Sweden.* Journal of Occupational Rehabilitation. 1998. p. 103-111. *doi: https://doi.org/10.1023/A:1023063506148*

34. Dellve L, Karlberg C, Herloff B, Hagberg M, Allebeck P. *Macro-organizational factors, the incidence of work disability, and work ability among the total workforce of home care workers in Sweden.* Scandinavian Journal of Public Health. 2006. p. 17-25. *doi: https://doi.org/10.1080/14034940510032194.* PubMed PMID: 16449040.

35. Larsson A, Karlqvist L, Westerberg M, Gard G. *Identifying work ability promoting factors for home care aides and assistant nurses.* BMC Musculoskeletal Disorders [Internet]. 2012. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/84855571118?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-1.* PubMed PMID: 22236253.

36. Lindholm M, Målqvist I, Alderling M, Hillert L, Lind CM, Reiman A *et al. Sleep-Related Problems and Associations with Occupational Factors among Home Care Personnel.* Nordic Journal of Working Life Studies. Roskilde University; 2022. p. 3-25. *doi: https://doi.org/10.18291/njwls.129221*

37. Lögdal N, Svensson S, Jackson J, Mathiassen SE, Bergström G, Hallman DM. *Do job demands and resources differ between permanent and temporary eldercare workers in Sweden?* Annals of Work Exposures & Health. 1 de enero de 2025;69(1):71-80. 182369961. *doi: https://doi.org/10.1093/annweh/wxae077*

38. Norström F, Bölenius K, Sahlén KG, Zingmark M, Pettersson-Strömbäck A. *In-home work environment for home care workers in Northern Sweden before and during the Covid-19 pandemic.* BMC Health Services Research. 24 de enero de 2025;25(1):1-11. 182471388. *doi: https://doi.org/10.1186/s12913-024-12161-y*

39. Norström F, Pettersson-Strömbäck A, Zingmark M, Bölenius K. *High workload and its connection to health-related quality of life among in-home care workers in northern Sweden during the Covid-19 pandemic.* BMC Public Health [Internet]. BioMed Central Ltd; 2026.

Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/105038284394?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1186/s12889-026-27512-z. PubMed PMID: 42082951.

40. Åhlin J, Ericson-Lidman E, Strandberg G. *Assessments of stress of conscience, burnout and social support amongst care providers in home care and residential care for older people.* Scandinavian Journal of Caring Sciences. 1 de marzo de 2022;36(1):131-141. 155146963. *doi: https://doi.org/10.1111/scs.12970*

41. Brulin C, Höög J, Sundelin G. *Psychosocial predictors for shoulder/neck and low back complaints among home care personnel.* Advances in Physiotherapy. 2001. p. 169-178. *doi: https://doi.org/10.1080/14038190131717370 4*

42. Olsson E, Ingvad B. *The emotional climate of care-giving in home-care services.* Health and Social Care in the Community. 2001. p. 454-463. *doi: https://doi.org/10.1046/j.0966-0410.2001.00325.x.* PubMed PMID: 11846825.

43. Andersen GR, Westgaard RH. *Perceived occupational exposures of home care workers and the association to general tension, shoulder-neck and low back pain.* Work-A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation. 2014;49(4):723-733. WOS:000348887600019. *doi: https://doi.org/10.3233/WOR-131710*

44. Eriksen HR, Ihlebæk C, Jansen JP, Burdorf A. The Relations Between Psychosocial Factors at Work and Health Status Among Workers in Home Care Organizations. International Journal of Behavioral Medicine. 1 de septiembre de 2006;13(3):183-192. 22966492. *doi: https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1303_1*

45. Finnanger Garshol B, Knardahl S, Emberland JS, Skare Ø, Johannessen HA. *Effects of the Labour Inspectorate Authority's regulatory tools on psychosocial and biomechanical work factors in Norwegian home care services: a cluster randomised controlled trial.* Occup Environ Med. Diciembre de 2022;79(12):807-815. *doi: https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108470.* PubMed PMID: 36167785; PubMed Central PMCID: PMC9685717.

46. Johannessen HA, Nielsen MB, Knutsen RH, Skare Ø, Christensen JO. *Emotional dissonance and mental health among home-care workers: A nationwide prospective study of the moderating role of leadership behaviors.* Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. Nordic Association of Occupational Safety and Health; 2025. p. 15-25. *doi: https://doi.org/10.5271/sjweh.4197.* PubMed PMID: 39561242.

47. Knutsen RH, Nielsen MB, Lunde LK, Skare Ø, Johannessen HA. *Impact of psychosocial work factors on risk of medically certified sick leave due to common mental disorders: a nationwide prospective cohort study of Norwegian home care workers.* BMC Public Health. 12 de marzo de 2024;24(1):773. *doi: https://doi.org/10.1186/s12889-024-18299-y.* PubMed PMID: 38475747; PubMed Central PMCID: PMC10936087.

48. Knutsen RH, Nielsen MB, Fostervold KI, Johannessen HA. *Associations between workplace aggression and subsequent mental distress and sick leave among home care workers.* Int Arch Occup Environ Health. diciembre de 2025;98(9-10):899-911. *doi: https://doi.org/10.1007/s00420-025-02183-2.* PubMed PMID: 41233599; PubMed Central PMCID: PMC12672803.

49. Denton M, Zeytinoglu IU, Davies S, Lian J. *Job stress and job dissatisfaction of home care workers in the context of health care restructuring.* International Journal of Health Services. 2002. p. 327-357. *doi: https://doi.org/10.2190/VYN8-6NKY-RKUM-L0XW.* PubMed PMID: 12067035.

50. Ruco A, Nichol K, Edwards B, Roy M, Morgan D, Holness DL *et al. Spot It, Prevent It: Evaluation of a Rapid Response Algorithm for Managing Workplace Violence Among Home Care Workers.* Workplace Health and Safety. SAGE Publications Inc.; 2022. p. 493-499. *doi: https://doi.org/10.1177/21650799221110891.* PubMed PMID: 35975760.

51. King EC, Chan J, Benn A, Michener MB, Van Belle TA, McKay SM. *Shifting the Safety Culture: Evaluation of a Novel Approach to Understanding and Responding to Workplace Harassment and Violence Experienced by Homecare Workers.* Workplace Health and Safety. SAGE Publications Inc.; 2024. p. 274-282. *doi: https://doi.org/10.1177/21650799241232148.* PubMed PMID: 38454778.

52. Wong M, Saari M, Patterson E, Puts M, Tourangeau AE. *Occupational hazards for home care nurses across the rural-to-urban gradient in Ontario, Canada.* Health & Social Care in the Community. 1 de mayo de 2017;25(3):1276-1286. 122251258. *doi: https://doi.org/10.1111/hsc.12430*

53. Zeytinoglu IU, Denton M, Brookman C, Davies S, Sayin FK. *Health and safety matters! Associations between organizational practices and personal support workers' life and work stress in Ontario, Canada.* BMC Health Services Research [Internet]. BioMed Central Ltd.; 2017. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/85021058958?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-017-2355-4.* PubMed PMID: 28637463.

54. Hogh A, Baernholdt M, Clausen T. *Impact of workplace bullying on missed nursing care and quality of care in the eldercare sector. International Archives of Occupational and Environmental Health.* Springer Verlag; 2018. p. 963-970. *doi: https://doi.org/10.1007/s00420-018-1337-0.* PubMed PMID: 29998378.

55. Nabe-Nielsen K, Tüchsen F, Christensen KB, Garde AH, Diderichsen F. *Differences between day and nonday workers in exposure to physical and psychosocial work factors in the Danish eldercare sector. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health.* Nordic Association of Occupational Safety and Health; 2009. p. 48-55. *doi: https://doi.org/10.5271/sjweh.1307.* PubMed PMID: 19277434.

56. Schmidt KG, Downs Tuck LG, Nielsen AB, Rasmussen CDN. *Low back pain and work-related factors among home health care workers with self-governing or conventional team structure – a natural experiment with a cross-sectional design.* International Archives of Occupational and Environmental Health. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2025. p. 331-41. *doi: https://doi.org/10.1007/s00420-025-02134-x.* PubMed PMID: 40095088.

57. Borritz M, Rugulies R, Villadsen E, Mikkelsen OA, Kristensen TS, Bjorner JB. *Burnout among employees in human service work: Design and baseline findings of the PUMA study.* Scandinavian Journal of Public Health. 2006. p. 49-58. *doi: https://doi.org/10.1080/14034940510032275.* PubMed PMID: 16449044.

58. Vilhelmsen M, Ludvigsen TP, Thomassen K, Rasmussen CDN. *Reorganization of work schedules for better distribution of work demands in home health care – a feasibility study.* BMC Health Services Research [Internet]. BioMed Central Ltd; 2025. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/105003675911?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-025-12746-1.* PubMed PMID: 40287681.

59. Shinan-Altman S, Ayalon L. *Perceived control among migrant live-in and local live-out home care workers in Israel.* Aging and Mental Health. Routledge; 2019. p. 189-195. *doi: https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1401584.* PubMed PMID: 29156948.

60. Ayalon L. *Suicidal and Depressive Symptoms in Filipino Home Care Workers in Israel.* Journal of Cross-Cultural Gerontology. 2012. p. 51-63. *doi: https://doi.org/10.1007/s10823-011-9156-8.* PubMed PMID: 22124622.

61. Ayalon L. *Evaluating the working conditions and exposure to abuse of Filipino home care workers in Israel: characteristics and clinical correlates.* Int Psychogeriatr. Febrero de 2009;21(1):40-49. *doi: https://doi.org/10.1017/S1041610208008090.* PubMed PMID: 19040784.

62. Green O, Ayalon L. *Whom Do Migrant Home Care Workers Contact in the Case of Work-Related Abuse? An Exploratory Study of Help-Seeking Behaviors.* Journal of Interpersonal Violence. SAGE Publications Inc.; 2016. p. 3236-3256. *doi: https://doi.org/10.1177/0886260515584347*

63. Barbiano di Belgiojoso E, Ortensi LE. *Satisfied after all? Working trajectories and job satisfaction of foreign-born female domestic and care workers in Italy.* Journal of Ethnic & Migration Studies. 1 de octubre de 2019;45(13):2527-2550. 138667260. *doi: https://doi.org/10.1080/1369183X.2018.1465401*

64. Cesare M, Di Nitto M, Iovino P, Caponnetto V, Longobucco Y, Marcomini I *et al. Prevalence and Determinants of Workplace Violence Against Nurses in the Italian Home Care Settings: A Cross-Sectional Multicentre Study.* J Clin Nurs. mayo de 2026;35(5):2288-2298. *doi: https://doi.org/10.1111/jocn.70007.* PubMed PMID: 40596785; PubMed Central PMCID: PMC13068183.

65. Fattori A, Pedruzzi M, Cantarella C, Bonzini M. *The burden in palliative care assistance: A comparison of psychosocial risks and burnout between inpatient hospice and home care services workers. Palliative and Supportive Care.* Cambridge University Press; 2023. p. 49-56. *doi: https://doi.org/10.1017/S1478951521001887.* PubMed PMID: 35078551.

66. Lenzo V, Bordino V, Bonanno GA, Quattropani MC. *Understanding the role of regulatory flexibility and context sensitivity in preventing burnout in a palliative home care team.* PLoS ONE. 18 de mayo de 2020;15(5):1-13. 143301154. *doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233173*

67. Chang KC, Liao YH, Lee HC, Wu CY, Yen CL, Lin PL *et al. Musculoskeletal disorders, psychosocial stress and associated factors among home-based migrant care workers.* Work. IOS Press; 2020. p. 647-659. *doi: https://doi.org/10.3233/WOR-203119.* PubMed PMID: 32116283.

68. Kuo TS, Chu LC, Shih CL, Li YC, Kao PL. *Emotional labor, job satisfaction, and retention among home care workers in Taiwan: a comprehensive analysis.* Frontiers in Psychology [Internet]. Frontiers Media SA; 2025. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/105002445042?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1545955*

69. Kuo TS. *Examining the moderated mediation effects of deep acting, personal accomplishment, and transformational leadership.* BMC Nursing [Internet]. BioMed Central Ltd; 2026. *Disponible en:* ▶

https://www.scopus.com/pages/publications/105039561846?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1186/s12912-026-04568-1

70. Hung YN, Chiu TY. *Examining the relationship between personality traits, work experience, burnout, and intention to stay among home care aides in Taiwan.* BMC Geriatrics [Internet]. BioMed Central Ltd; 2023. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/85164844594?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1186/s12877-023-04136-1.* PubMed PMID: 37442962.

71. Fujiwara K, Tsukishima E, Tsutsumi A, Kawakami N, Kishi R. *Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan.* J Occup Health. septiembre de 2003;45(5):313-320. *doi: https://doi.org/10.1539/joh.45.313.* PubMed PMID: 14646273.

72. Hamano J, Tachikawa H, Takahashi S, Ekoyama S, Nagaoka H, Ozone S *et al. Exploration of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of home health care workers in Japan: a multicenter cross-sectional web-based survey.* BMC Primary Care [Internet]. BioMed Central Ltd; 2022. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/85130773385?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1186/s12875-022-01745-4.* PubMed PMID: 35619098.

73. Igarashi NH, Kiriya J, Carandang RR, Ong KIC, Shibanuma A, Jimba M. *Securing human resources for Japan's aging population: a mixed methods study of job satisfaction and well-being among Southeast Asian long-term care workers in Japan.* BMC Health Services Research. 27 de septiembre de 2024;24(1):1-15. 179968319. *doi: https://doi.org/10.1186/s12913-024-11572-1*

74. Mockli N, Denhaerynck K, De Geest S, Leppla L, Beckmann S, Hediger H *et al. The home care work environment's relationships with work engagement and burnout: A cross-sectional multi-centre study in Switzerland.* Health & Social Care in the Community. 111 River St, Hoboken 07030-5774, Nj Usa: Wiley; 2020. p. 1989-2003. *doi: https://doi.org/10.1111/hsc.13010*

75. Elfering A, Häfliger E, Celik Z, Grebner S. *Lower back pain in nurses working in home care: linked to work-family conflict, emotional dissonance, and appreciation?* Psychology, Health & Medicine. 1 de julio de 2018;23(6):733-740. 129131933. *doi: https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1417614*

76. Peter KA, Voirol C, Kunz S, Gurtner A, Renggli F, Juvet T *et al. Factors associated with health professionals' stress reactions, job satisfaction, intention to leave and health-related outcomes in acute care, rehabilitation and psychiatric hospitals, nursing homes and home care organisations.* BMC Health Services Research. 2 de marzo de 2024;24(1):1-20. 175826180. *doi: https://doi.org/10.1186/s12913-024-10718-5*

77. Rezola-Pardo C, García-Pena FM, Etxeberria I, Aiestaran M, Rodriguez-Larrad A, Irazusta J. *Live-in versus live-out home care workers in Spain: physical and psychological health outcomes.* Geriatric Nursing [Internet]. Elsevier Inc.; 2025. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/105009599638?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103439.* PubMed PMID: 40614287.

78. Baek S, Shin O, Park S, Ko A, Park S, Kang EN. *The Relationship between the Working Environment and Quality of Life among Home Health Aides: Focusing on the Mediation Role of Burnout.* Journal of Gerontological Social Work. Routledge; 2025. p. 129-150. *doi: https://doi.org/10.1080/01634372.2024.2372111.* PubMed PMID: 39105540.

79. Jeon GS, You SJ, Kim MG, Kim YM, Cho SI. *Psychometric properties of the Korean version of the Copenhagen Burnout Inventory in Korean homecare workers for older adults.* PLoS One. 2019;14(8):e0221323. *doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221323.* PubMed PMID: 31454378; PubMed Central PMCID: PMC6711598.

80. Cannings-John R, Schoenbuchner S, Jones H, Lugg-Widger FV, Akbari A, Brookes-Howell L *et al. Impact of the COVID-19 pandemic on domiciliary care workers in Wales, UK: A data linkage cohort study using the SAIL Databank.* BMJ Open [Internet]. BMJ Publishing Group; 2023. *Disponible en: https://www.scopus.com/pages/publications/85160969924?origin=resultslist. doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070637.* PubMed PMID: 37263685.

81. Hussein S. *«We don't do it for the money»... The scale and reasons of poverty-pay among frontline long-term care workers in England.* Health & Social Care in the Community. 1 de noviembre de 2017;25(6):1817-1826. 125423042. *doi: https://doi.org/10.1111/hsc.12455*

82. Beike JE, Rosler U, Skwarek A, Wendsche J, Pfeffer-Hoffmann C. *Behind closed doors: a cross-sectional survey on the health and working conditions of migrant live-in care workers in Germany.* European Journal of Public Health. agosto de 2026;36(4). WOS:001793056100001. *doi: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckag082*

83. Charlesworth S, Isherwood L. *Migrant aged-care workers in Australia: Do they have poorer-quality jobs than their locally born counterparts?* Ageing and Society. Cambridge University Press; 2021. p. 2702-2722. *doi: https://doi.org/10.1017/S0144686X20000525*

84. Tan G, Chao J. *Burnout and Its Associated Factors Among Long-Term Care Workers: A Mixed-Methods Study Based on the Social-Ecological Framework.* Behavioral Sciences (2076-328X). 1 de marzo de 2026;16(3):419. 192637805. *doi: https://doi.org/10.3390/bs16030419*

85. Van de Weerdt C, Baratta R. *New working conditions and consequences on activity of home healthcare workers.* Work-A Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation. 2012;41:1-4. WOS:000306361800002. *doi: https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0127-1*

86. Chagas D. *Prevalence and symptomatology of musculoskeletal problems reported by home care service workers caring for the elderly.* Dyna (0012-7353). 1 de junio de 2016;83(197):17-21. 116392514. *doi: https://doi.org/10.15446/dyna.v83n197.57585*

87. Lee S, Oh G. *Working Conditions Affecting Home Care Workers' Stress and Turnover Intention.* Journal of Applied Gerontology. SAGE Publications Inc.; 2023. p. 717-727. *doi: https://doi.org/10.1177/07334648221148163.* PubMed PMID: 36598124.

88. Liu CC, Liu LF. *Do ageist attitudes affect home care workers' job satisfaction and retention?* Educational Gerontology. 1 de agosto de 2022;48(8):368-380. 158065649. *doi: https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2041915*

89. Cohen-Mansfield J, Golander H. *Predictors of Migrant Live-in Care Workers' Burden/Burnout and Job Satisfaction When Caring for Frail Older Persons in Israel. Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences.* Julio de 2021;76(6):1151-1160. WOS:000671136800013. *doi: https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa171*

90. Green O, Ayalon L. *The contribution of working conditions and care recipient characteristics to work-related abuse and exploitation of migrant home care workers.* Employee Relations. Emerald Group Publishing Ltd.; 2017. p. 1001-1014. *doi: https://doi.org/10.1108/ER-07-2016-0136*

91. Möckli N, Denhaerynck K, De Geest S, Leppla L, Beckmann S, Hediger H *et al. The home care work environment's relationships with work engagement and burnout: A cross-sectional multi-centre study in Switzerland. Health and Social Care in the Community.* Blackwell Publishing Ltd; 2020. p. 1989-2003. *doi: https://doi.org/10.1111/hsc.13010.* PubMed PMID: 32364334.

92. Van Aerschot L, Mathew Puthenparambil J, Olakivi A, Kröger T. *Psychophysical burden and lack of support: Reasons for care workers' intentions to leave their work in the Nordic countries.* International Journal of Social Welfare. 1 de julio de 2022;31(3):333-346. 157589114. *doi: https://doi.org/10.1111/ijsw.12520*

93. Elstad JI, Vabø M. *Lack of recognition at the societal level heightens turnover considerations among Nordic eldercare workers: a quantitative analysis of survey data.* BMC Health Services Research. 27 de julio de 2021;21(1):1-10. 151626572. *doi: https://doi.org/10.1186/s12913-021-06734-4*

94. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. *The job demands-resources model of burnout.* J Appl Psychol. Junio de 2001;86(3):499-512. PubMed PMID: 11419809.

95. Addati L, Cattaneo U, Esquivel V, Valarino I. *Care work and care jobs for the future of decent work* - International Labour Organization [Internet]. Geneva: International Labour Office (ILO); 2018 [consultado 5 de septiembre de 2026]. Disponible en: *https://researchrepository.ilo.org/esploro/outputs/report/Care-work-and-care-jobs-for/995218954802676?utm_source=chatgpt.com*

96. OECD P. *Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care* [Report] [Internet]. Paris: OECD Publishing; junio de 2023 [consultado 5 de septiembre de 2026]. p. 202. *Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/beyond-applause-improving-working-conditions-in-long-term-care_27d33ab3-en.html.doi:https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en*

97. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Promoting quality management in long-term care: principles, key components and directions for policy action* [Technical document] [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 [consultado 5 de septiembre de 2026]. p. 50. *Disponible en: https://wwwwho.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10957-50729-76831*