

LAS RELACIONES ENTRE LA SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA SEGÚN EL ESTATUS LABORAL¹

RELATIONS BETWEEN PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH DEPENDING ON WORK STATUS

MARTA EVELIA APARICIO

M^a DEL PILAR SÁNCHEZ-LÓPEZ

VIRGINIA DRESCH

JUAN FRANCISCO DÍAZ MORALES

Facultad de Psicología.

Universidad Complutense de Madrid

e-mail: aparicio@psi.ucm.es

RESUMEN

El propósito de este estudio es analizar las relaciones entre la salud física y psicológica en función del género y determinar si esa relación cambia cuando los sujetos son analizados en función de su situación laboral (trabajadores, desempleados o amas de casa). La muestra era de 1500 personas representativas de la población española y que pertenecían a las tres categorías laborales estudiadas. Los resultados muestran que cuando los grupos se analizan en función del género, las mujeres tienen peor salud percibida que los hombres. Por otro lado, cuando se les analizaba en función de su estatus laboral, algunas de estas diferencias de género aparecían, se mantenían o desaparecían.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the relations between physical and psychological health according to gender and to determine whether these relations change when subjects are paired according to their work status (workers, unemployed or women undertaking unpaid domestic labor). The sample was of 1500 subjects representing the Spanish population and belonging to the three labor categories studied. The findings show that when the groups were only appraised according to gender, the women's self-perceived health was worse than the men's. In contrast, when subjects were paired as a function of their work status, some (a few) gender differences that appeared are maintained, but others disappear, and some differences even emerge

¹ Investigación subvencionada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España), REF: 51/99

PALABRAS CLAVE

Género, salud física y psicológica, estatus laboral.

KEY WORDS

Gender, physical and psychological health, work status.

INTRODUCCIÓN

Cuando se estudian las diferencias en salud entre hombres y mujeres siempre se encuentra que las mujeres tienen peor salud que los hombres (por ejemplo, Griffin, Fuhrer, Stansfeld & Marmot, 2002; Séculi, Fusté, Brugulat, Juncà, Rué & Guillén, 2001; Verbrugge, 1982). Sin embargo, si ambos sexos se estudian en relación con otras variables, las diferencias son menos claras. La situación laboral que las personas viven puede ser una variable que afecte a su salud (Annandale & Hunt, 2000; Bartley, Blane & Davey, 1998; Macyntyre & Hunt, 1997;). El tipo de trabajo que las mujeres hacen, así como el trabajar a tiempo parcial o no puede afectar a su salud (Crompton, 1997; Walby, 1997).

Algunos autores consideran que el estatus laboral que las personas viven puede ser considerado una de las variables más importantes para comprender la relación entre salud y género (Ferrer, Bosch & Gili, 1998; Gili, Ferrer, Roca & Bernardo, 2000).

Aunque se asume que las personas trabajadoras tienen mejor salud que los que no la tienen (Waldron, Weiss & Hughes, 1998), sin embargo, no se valoran otros aspectos, como las condiciones de trabajo y las relaciones entre el trabajo pagado y las diferentes condiciones de vida de hombres y mujeres, por ejemplo, la educación recibida, la familia o el cuidado del hogar (Annandale & Hunt, 2000). Es decir, la salud no depende tanto de si una persona trabaja o no, sino del tipo de trabajo y las demandas familiares (Artazcoz, Borrell & Benach, 2001). En este sentido, la ocupación de diferentes roles es una variable muy estudiada en la literatura que señala que las mujeres ocupan múltiples roles con más frecuencia que los hombres y esto afecta a su salud (Krantz & Ostergren, 2001; Mathews & Power, 2002).

Muchos de los estudios sobre las relaciones entre salud y trabajo se han llevado a cabo en el norte de Europa, Gran Bretaña y los Estados Unidos, pero se sabe muy poco sobre la situación de los países del sur de Europa, como España, donde las mujeres han entrado en el mercado laboral más tarde y realizando labores más relacionadas con el trabajo doméstico (Ferrer, Bosch & Gili, 1998; Rohlfs, De Andres, Artazcoz, Ribalta & Borrell, 1997).

Hay algunas características que hacen que los países del sur de Europa sean considerados como “sociedades tradicionales”: la baja incidencia de la cohabita-

ción, la baja proporción de nacimientos fuera de una relación, las bajas tasas de divorcio, menor tasa de familias uniparentales y la baja participación de la mujer en el entorno laboral (Fernández-Cordon & Sgritta, 2000). Las actitudes tradicionales acerca del empleo de la mujer todavía continúan. En un estudio llevado a cabo con 2494 adultos españoles (Meil, 1999), más de la mitad de la muestra pensaba que la mujer debería dejar el mercado laboral cuando tiene hijos de menos de 3 años. Además, el 27% de los hombres y el 19% de las mujeres pensaban que tampoco deberían trabajar cuando tengan hijos mayores de esa edad. Sin embargo, entre las mujeres españolas con responsabilidades familiares el conflicto con las actitudes acerca de los roles de género podrían neutralizarse con los efectos beneficiosos del empleo pagado en su salud (Artazcoz, Borrell, Benach, Cortés & Rohlfs, 2004).

El objetivo de este estudio es determinar si hay diferencias entre hombres y mujeres en la salud física y psicológica y si esas diferencias se mantienen o modifican cuando tenemos en cuenta otras variables, tales como el estatus laboral, el cual tiene un alto impacto en la vida de las personas en la sociedad actual.

Las hipótesis del trabajo son:

1. Hay diferencias entre hombres y mujeres en salud física y psicológica.
2. Si hay diferencias entre hombres y mujeres (Hipótesis 1), las diferencias se modificarán cuando tengamos en cuenta el estatus laboral.

MÉTODO

Participantes

Participaron 1500 adultos, de los cuales, 901 (60.1%) eran mujeres y 599 (39.9%) hombres. La edad media era de 41.79 años (DE = 10.87, rango = 18-63 años). En cuanto al estatus laboral, 382 (25.6%) eran solteros, 982 (65.5%) eran casados o vivían en pareja, 92 (6.1%) eran divorciados y 44 (2.9%) eran viudos. En relación al nivel educativo, 60 (4%) no tenían estudios, 607 (40.5%) estudios primarios, 548 (36.5%) estudios secundarios y 285 (19%) estudios superiores.

En este estudio, para la selección de la muestra tuvimos en cuenta cinco categorías laborales, de tal forma que había 304 (20.3%) amas de casa, 300 (20%) mujeres trabajadoras, 297 mujeres desempleadas (19.8%), 301 (20.1%) varones trabajadores y 298 (19.9%) varones desempleados. La categoría de varones amos de casa no se ha incluido porque no existe un número suficiente de ellos para realizar la comparación.

Instrumentos

Para medir la salud psicológica se incluyeron tres variables: la ansiedad, autoestima y satisfacción auto-percibida. Estudios previos señalan que bajos niveles de ansiedad (Chamberlain & Haaga, 2001; Jiang et al., 2003), altos niveles de autoestima (Axelsson & Ejlertsson, 2002; Geller, Zaitsoff, & Srikameswaran, 2002) y altos niveles de satisfacción (Keyes & Magyar-Moe, 2003; Roysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale, & Harris, 2003) pueden ser considerados indicadores de una buena salud psicológica. Por tanto, estas variables se usaron para operativizar la salud psicológica de los participantes del estudio.

Para medir la ansiedad se usó el *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad-ISRA* (Miguel Tobal & Cano Vindel, 2002), con un alfa de Cronbach de .99. Para medir autoestima se utilizó la escala de Rosenberg (Baños & Guillén, 2000; Rosenberg, 1965), con un alfa de Cronbach de entre .77 y .94; en población española entre .77 y .88 (Baños & Guillén, 2000). Para medir satisfacción se utilizó el *Cuestionario de Satisfacción Autopercebida*, validado en investigaciones previas (Díaz-Morales & Sánchez-López, 2002).

Para medir la salud física se usaron tres escalas. Para medir dolencias se usó una escala tipo Likert de 4 puntos (de raro a frecuentemente) para medir la presencia y frecuencia de 10 dolencias comunes en la población general (por ejemplo, dolores de cabeza, dolores de espalda, etc.). La suma total de esta variable para cada participante nos daba una puntuación entre 10 y 40. La escala presenta un alfa de Cronbach de .77. Para medir abuso de sustancias se usó una escala Likert de 5 puntos para medir ingesta de alcohol y consumo de cigarrillos y una escala Likert de 4 puntos para consumo de medicamentos y de drogas. La puntuación máxima de esta escala era de 18. Por último, los participantes contestaban a una escala Likert de 10 puntos sobre su salud psicológica (de muy mala a muy buena). Esta medida ha sido validada por diferentes autores (por ejemplo, Singh-Manoux et al., 2006).

Procedimiento

La muestra estaba compuesta por adultos de ciudades españolas con edades comprendidas entre los 18-63 años, a los cuales entrevistaba un investigador entrenado. La participación era voluntaria y no se les pagaba por dicha participación. La investigación se ha realizado de acuerdo a los principios éticos y los estándares para la investigación con humanos.

RESULTADOS

Para comprobar la primera hipótesis en la Tabla 1 se presentan los resultados del análisis descriptivo de las variables en función del sexo.

Tabla 1. *Diferencias entre varones y mujeres en los índices de salud física y psicológica*

VARIABLES	TOTAL		VARONES		MUJERES		T
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	
Visitas al médico	5,08	7,40	3,82	6,50	5,93	7,84	-5,67***
Enfermedad crónica	0,59	1,01	0,49	0,89	0,66	1,07	-2,74**
Dolencias	15,39	4,39	13,98	3,87	16,33	4,47	-10,80***
Salud física auto-percibida	7,45	1,71	7,63	1,65	7,33	1,73	3,39***
Ansiedad Cognitiva	8,84	5,40	7,40	5,12	9,80	5,37	-8,72***
Ansiedad Fisiológica	6,06	5,87	4,86	5,34	6,85	6,07	-6,68***
Ansiedad Motora	6,59	3,17	5,97	4,05	7,01	3,87	-4,97***
Ansiedad Total	21,50	12,78	18,23	12,26	23,67	12,66	-8,30***
Autoestima	22,36	4,44	22,66	4,34	22,17	4,50	2,10
Satisfacción Vital	7,59	1,60	7,54	1,62	7,62	1,59	-0,94

Nota: ***p<0,001, **p<0,01. DE = Desviación Estándar

Como se puede ver en la tabla 1 no existen diferencias en autoestima ni satisfacción vital entre hombres y mujeres. Sin embargo, sí hay diferencias en el resto de variables. Los hombres tienen mejor salud percibida que las mujeres, mientras que éstas puntúan más alto en todas las demás variables. Esto indica que las mujeres puntúan más alto en las variables que indican unos peores índices de salud.

Para saber si las diferencias en salud entre hombres y mujeres se modifican cuando tenemos en cuenta el estatus laboral (hipótesis 2) se presentan en las tablas 2 y 3 las diferencias de medias para los grupos de trabajadores y desempleados, respectivamente.

Tabla 2. *Diferencias entre varones y mujeres trabajadores en los índices de salud física y psicológica*

VARIABLES	VARONES		MUJERES		T
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	
Visitas al médico	3,60	6,20	5,41	7,33	-3,27***
Enfermedad crónica	0,54	0,94	0,72	1,17	-1,62
Dolencias	14,04	3,80	16,22	3,79	-7,03***
Salud física auto-percibida	7,67	1,61	7,64	1,58	0,23
Ansiedad Cognitiva	6,90	4,65	9,50	5,19	-6,45***
Ansiedad Fisiológica	4,39	4,73	6,25	5,49	-4,45***
Ansiedad Motora	5,43	3,68	6,77	3,78	-4,40***
Ansiedad Total	16,72	10,38	22,53	11,53	-6,48***
Autoestima	23,31	3,94	22,27	4,27	3,10**
Satisfacción Vital	8,08	1,30	7,70	1,44	2,67**

Nota: ***p<0,001, **p<0,01. DE = Desviación Estándar

En la tabla 2, en el grupo de personas trabajadoras, encontramos que las diferencias se modifican. Las diferencias en enfermedades crónicas y salud auto-percibida desaparecen. Y aparecen diferencias entre varones y mujeres en autoestima y satisfacción vital, donde las mujeres puntúan más bajo en ambas que los varones.

En la tabla 3, en el grupo de personas desempleadas, encontramos que desaparecen las diferencias en visitas al médico, enfermedad crónica y salud auto-percibida. En este grupo, las diferencias entre sexos aparecen en menos variables que en la muestra total.

Tabla 3. *Diferencias entre varones y mujeres desempleados en los índices de salud física y psicológica*

VARIABLES	VARONES		MUJERES		T
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	
Visitas al médico	4,03	6,80	5,20	6,32	-2,17
Enfermedad crónica	0,43	0,84	0,62	1,02	-2,06
Dolencias	13,92	3,95	16,10	4,76	-6,06***
Salud física auto-percibida	7,58	1,69	7,32	1,70	1,92
Ansiedad Cognitiva	7,87	5,50	9,80	5,30	-4,35***
Ansiedad Fisiológica	5,36	5,87	7,19	6,34	-3,64***
Ansiedad Motora	6,52	4,33	7,55	4,12	-2,97**
Ansiedad Total	19,76	13,77	24,55	13,30	-4,31***
Autoestima	22,01	4,62	21,94	4,44	0,18
Satisfacción Vital	7,00	1,73	7,18	1,64	-1,28

Nota: ***p<0,001, **p<0,01. DE = Desviación Estándar

Para completar el análisis de la hipótesis 2 e incluimos al grupo de mujeres amas de casa, se realizó un análisis de varianza (MANOVA), teniendo en cuenta los 5 grupos laborales incluidos en la muestra (Tabla 4).

Los resultados de la tabla 4 indican que las amas de casa son el grupo que más se diferencia del resto, puntuando más alto en prácticamente todas las variables que indican peor salud, excepto en enfermedades crónicas y autoestima, en las cuales no hay diferencias entre los grupos.

En visitas al médico y dolencias, las mujeres puntúan más alto que los varones. En salud autopercebida, las amas de casa puntúan significativamente más bajo que las mujeres trabajadoras.

En Ansiedad cognitiva y fisiológica, las mujeres desempleadas y las amas de casa puntúan más alto que los varones.

Hay diferencias entre los tres grupos de mujeres y los varones trabajadores en ansiedad motora, donde las mujeres siempre puntúan más alto.

Tabla 4. Análisis Multivariante de los indicadores de salud física y psicológica de acuerdo con el estatus laboral

VARIABLES	MUJERES						HOMBRES				F	SCHEFFÉ*
	AMAS DE CASA (1)		DESEMPLEADAS (2)		TRABAJADORAS (3)		DESEMPLEADOS (4)		EMPLEADOS (5)			
	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE	MEDIA	DE		
Visitas al médico	7,15	9,39	5,20	6,32	5,41	7,33	4,03	6,80	3,60	6,20	6,11**	1,4; 1,5
Enfermedad crónica	0,63	1,01	0,62	1,02	0,72	1,17	0,43	0,84	0,54	0,94	2,27	-
Dolencias	16,65	4,78	16,10	4,76	16,22	3,79	13,92	3,95	14,04	3,80	26,73**	1,4; 1,5; 2,4; 2,5; 3,4; 3,5
Salud física auto-percibida	7,03	1,86	7,32	1,70	7,64	1,58	7,58	1,69	7,67	1,61	5,20**	1,3; 1,5
Ansiedad Cognitiva	10,11	5,61	9,80	5,30	9,50	5,19	7,87	5,50	6,90	4,65	17,99**	1,4; 1,5; 2,4; 2,5
Ansiedad Fisiológica	7,09	6,31	7,19	6,34	6,25	5,49	5,36	5,87	4,39	4,73	10,32**	1,4; 1,5; 2,4; 2,5
Ansiedad Motora	6,71	3,65	7,55	4,12	6,77	3,78	6,52	4,33	5,43	3,68	8,31**	1,5; 2,5; 3,5
Ansiedad Total	23,92	13,00	24,55	13,30	22,53	11,53	19,76	13,77	16,72	10,38	16,80**	1,4; 1,5; 2,4; 2,5; 3,5
Autoestima	22,27	4,79	21,94	4,44	22,27	4,27	22,01	4,62	23,31	3,94	2,65	-
Satisfacción Vital	7,91	1,59	7,18	1,64	7,70	1,44	7,00	1,73	8,08	1,30	10,87**	1,2; 1,4; 2,3; 2,5; 3,4; 4,5

Nota: ***p<0,001, **p<0,05. DE = Desviación Estándar

DISCUSIÓN

Como en otros estudios previos (Sánchez-López, Aparicio & Dresch, 2006), los datos indican que cuando se comparan varones y mujeres, éstas tienen peor salud que aquéllos. Esto se refleja en nuestros datos en que las mujeres visitan más al médico, tienen un mayor número de enfermedades crónicas

y dolencias, puntúan más alto en ansiedad, y su salud autopercebida es peor que la de los varones.

Sin embargo, la comparación entre varones y mujeres sin tener en cuenta otras variables puede llevar extraer conclusiones sesgadas (Bartley et al., 1998, Sánchez-López, Dresch & Cardenal, 2005). Los datos de este trabajo señalan que el estatus laboral modula la relación entre la salud física y psicológica además de la variable sexo.

Observamos que no hay diferencias en la percepción del estatus de salud entre varones y mujeres trabajadores y desempleados. Sin embargo, cuando se realiza un análisis multivariante teniendo en cuenta a las amas de casa, este grupo resulta ser el que mayores diferencias presenta con respecto a los otros grupos. Es decir, las amas de casa son las que sienten que su salud es peor. Por tanto, es el hecho de no trabajar fuera de casa lo que haría que mostraran peores niveles de salud y no tanto su sexo (por ejemplo, Savage, 1992; Artazcoz et al., 2004).

Estas conclusiones tienen claras implicaciones a la hora de intervenir social y psicológicamente en la sociedad. Es importante el trabajo fuera de casa para mantener una estabilidad psicológica y física, lo cual debería tenerse en cuenta a la hora de realizar intervenciones sociales y políticas. De hecho, aunque trabajar fuera y dentro de casa puede suponer mayor fuente de estrés para las mujeres (puesto que son las que mantiene una doble jornada), son más los beneficios que las desventajas sobre su salud (Waldron et al, 1998).

Una de las limitaciones del estudio es el tipo de medida usada para valorar la salud física, ya que, se le pregunta a la persona sobre su salud. Este tipo de medida, pese a ser válida no es objetiva. Podría ser interesante usar medidas de salud física más objetivas, como informes del médico sobre el número de visitas reales de la persona, pruebas médicas, etc. Otra limitación es que el uso de una muestra incidental, limita la generalización de los resultados. Por otro lado, no disponemos de datos acerca de los ratios de respuesta de hombres y mujeres; podría ser interesante saber si hubo mayor porcentaje de hombres o mujeres que no quisieron responder y por qué causas. Por último, el diseño de estudio es transversal, lo que no permite evaluar las causas de las diferencias entre las variables.

Investigaciones futuras deberían evaluar otras variables como depresión y personalidad y evaluar variables demográficas que pudieran determinar diferencias en la salud, como el contexto en el que las personas viven, si tienen o no hijos, el tipo de trabajo que realizan, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Annandale, E. & Hunt, K. (2000). *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press.
- Artazcoz, L., Borrell, C. & Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *Journal of Epidemiological Community Health*, 55, 639-647.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J., Cortés, I. & Rohlfs, I. (2004). Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social science and Medicine*, 59, 263-274.
- Axelsson, L., & Ejlertsson, G. (2002). Self-reported health, self-esteem and social support among young unemployed people: A population-based study. *International Journal of Social Welfare*, 11(2), 11-119.
- Baños, R. M. & Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg Selfesteem Scale. *Psychological Reports*, 87(1), 269-274.
- Bartley, D., Blane, G., & Davey, S. (eds.) (1998). *Sociology of Health Inequalities*. Oxford: Blackwells.
- Chamberlain, J.M., & Haaga, D.A.F. (2001). Unconditional self-acceptance and psychological health. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 19 (3), 163-176.
- Crompton, R. (1997). *Women and Work in Modern Britain*. Oxford: Oxford University Press.
- Díaz-Morales, J. F., & Sánchez-López, M. P. (2002). Relaciones entre estilos de personalidad y satisfacción autopercibida en diferentes áreas vitales en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 14(1), 100-105.
- Fernández-Cordon, J.A. & Sgritta, G.B. (2000). The Southern Countries of the European Union: A paradox? *Paper presented at the Annual seminar of the European Observatory on the Social Situation, Demography and Family "Low Fertility, families and public policies"*, 15-16 September, Seville.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., & Gili, M. (1998). Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa (Differential aspects on health between women undertaking unpaid domestic labor and women that work out). *Psicothema*, 10 (1), 53-63.

- Geller, J., Zaitsoff, S.L., & Srikameswaran, S. (2002). Beyond shape and weight: Exploring the relationship between non-body determinants of self-esteem and eating disorder symptoms in adolescent females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(2), 123-129.
- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M., & Bernardo, M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, 12 (1), 131-135.
- Griffin, J.M., Fuhrer, R., Stansfeld, S.A. & Marmot, M. (2002). The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Social Science & Medicine*, 54, 783-798.
- Jiang, N., Sato, T., Hara, T., Takedomi, Y. Ozaki, I., & Yamada, S. (2003). Correlations between trait anxiety, personality and fatigue: Study based on the Temperament and Character Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 493-500.
- Keyes, C.L.M., & Magyar-Moe, J.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington, DC: American Psychological Association.
- Krantz, G. & Ostergren, P. (2001). The combined impact of domestic responsibilities and job strain on common symptoms in employed Swedish women. *The European Journal of Public Health*, 11 (4), 413-419.
- Macintyre, S. & Hunt, K. (1997). Socioeconomic position, gender and health; how do they interact?. *Journal of Health Psychology*, 2, 315-334.
- Mathews, S. & Power, C. (2002). Socio-economic gradients in psychological distress: a focus on women, social roles and work-home characteristics. *Social Science & Medicine*, 54, 799-810.
- Meil, G. (1999). *La protección social a la familia. España 1998. Una interpretación de su realidad social*. Madrid: Fundación Encuentro Ministerio de Educación y Ciencia.
- Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. R. (2002). *Inventario de situaciones de respuestas de ansiedad (ISRA): manual*. Madrid: TEA.
- Rohlf, I., De Andres, J., Artazcoz, L., Ribalta, M., & Borrell, C. (1997). Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 108 (15), 566-571.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Roysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M.C., & Harris, J.R. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6), 1136-1146.
- Sánchez-López, M. P., Aparicio-García, M. E., & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: Diferencias entre hombres y mujeres (Anxiety, self-esteem and self-perceived satisfaction as predictors of (physical) health. Differences between men and women). *Psicothema*, 18(3), 583-589.
- Sánchez-López, M. P., Dresch, V., & Cardenal-Hernández, V. (2005). Relaciones entre salud física y psicológica en mujeres de mediana edad (Relations between physical and psychological health in middle-aged women). *Psicologia*, 19(1/2), 107-136.
- Savage, M. (1992). Women's expertise, men's authority; gendered organisations and the contemporary middle classes. In M. Savage & A. Witz (eds). *Gender and Bureaucracy*. Oxford: Blackwell.
- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P., Juncà, S., Rué, M. & Guillén, M. (2001). Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*, 15 (3), 217-223.
- Singh-Manoux, A., Martikainen, P., Ferrie, J., Zins, M., Marmot, M., & Goldberg, M. (2006). What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology Community Health*, 60, 364-372.
- Verbrugge, L. (1982). Sex Differences in health. *Public Health Report*, 97 (5), 417-437.
- Walby, S. (1997). *Gender Transformations*. London: Routledge.
- Waldron, I., Weiss, C.C. & Hughes, M.E. (1998). Interacting effects of multiple roles on women's health. *Journal of Health and Social behaviour*, 39, 216-236.