

## Estudio de las dimensiones de la salud autopercebida en mujeres adultas

### Study of self-perceived health's dimensions in adult women

Alberto Gómez-Mármol<sup>1\*</sup>, María Moya Nicolás<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Murcia

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia

Fecha de recepción: 17/10/2012 – Fecha de aceptación: 12/01/2013

#### Resumen

La Organización Mundial de la Salud concibe la salud como el conjunto del bienestar físico, mental y social, así como la ausencia de enfermedad; no obstante, la concepción individual de la salud de cada persona está condicionada por su entorno. El presente estudio pretende comparar la concepción de la salud de once mujeres con edades comprendidas entre los 45 y los 60 años con la de la Organización Mundial de la Salud. Para ello se han realizado entrevistas individuales con carácter semiestructurado, tras una prueba piloto para el diseño del guión de entrevistas. Los resultados han ratificado las cuatro dimensiones de la salud que reconoce la Organización Mundial de la Salud, a las que las informantes añaden la calidad de vida, que a su vez recoge tres categorías: los factores culturales, los factores socioeconómicos y el estilo de vida. Esta nueva dimensión, que enriquece la actual concepción de la salud, debe ser difundida por los profesionales de la salud facilitando una visión más integral de la salud a todos los estratos de la sociedad.

**Palabras clave:** Calidad de Vida, Dimensión, Entrevista, Mujer, Salud Autopercebida.

#### Abstract

The World Health Organization conceptualizes health as the set of physical, mental and social welfare as well as the absence of disease; nevertheless, individual health conception is conditioned by their context. The present study aims to compare the conception of eleven women, whose ages vary from 45 to 60 years old, with the World Health Organization's conception. In order to that, individual semi-structured interviews has been done, after a pilot test for the design of the script for interviews. The achieved results support the four dimensions of health the World Health Organization recognizes, adding the quality of life, that includes three categories: cultural factors, socioeconomic factors and lifestyle. This new dimension, that enriches the current concept of health, must be issued by health professionals providing a more comprehensive vision of health to all society strata.

**Palabras clave:** Quality of Life, Interview, Woman, Self-Perceived Health.

\* Correspondencia: [alberto.gomez1@um.es](mailto:alberto.gomez1@um.es)

## Introducción

Cualquier persona o colectivo humano se ha preocupado en algún momento de su vida por su estado de salud, si bien es cierto que esta preocupación ha tenido connotaciones diferentes según la sociedad y cultura en la que se halla inmerso (Girón, 2010).

El concepto actual de salud, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la declaración de Alma-Ata (1978) como *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad"* supone que para su evaluación se deben considerar aspectos subjetivos involucrados en la misma. Esta nueva concepción no sólo implica modificaciones en las estrategias de acción y políticas de sanidad pública, sino que conlleva también un cambio en el estudio de las variables y los factores determinantes de la salud de la población (Ruiz, García y Pièron, 2009).

Tradicionalmente la salud de la población se ha evaluado utilizando la prevalencia de enfermedades y el índice de mortalidad ajustado a la edad como únicos indicadores (Blair, Kohl, Barlow, Paffenbarger, Gibbons & Macera, 1995; Bouchard, Shepard & Stephens, 1994). En la actualidad, el objetivo principal de los estudios en materia de salud pública, es el de identificar factores determinantes y establecer modelos de intervención que permitan aumentar la esperanza y la calidad de vida, para lo cual, se debe trascender del mero conocimiento, si bien importante, de los índices de morbilidad y mortalidad, que remitirían a la superada concepción de la salud como ausencia de enfermedad (Robine, Jagger & Egidi, 2000).

Así pues, se constata que la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia (Bernardini, 2012) desde el paradigma médico-biológico hasta un concepto más global e integral que incorpora el paradigma socioecológico (Frutos & Royo, 2006).

La medida de aspectos subjetivos relacionados con la salud está siendo utilizada en muchos estudios epidemiológicos actuales, pues permite descubrir información novedosa sobre los componentes físico, social y psíquico de la salud (Bergner, 1985; March, Prieto, Pérez, Minué & Danet, 2011), los cuales se ha demostrado que están íntimamente relacionados (Ware, 1986). Las personas con una autopercepción negativa de su salud tienden a padecer con más frecuencia trastornos relacionados con la depresión y ansiedad (Barsky, Cleary & Klerman, 1992), y de la misma forma, la propia percepción subjetiva de salud general se relaciona directamente con medidas objetivas del estado de salud y mortalidad de la población (Davis & Ware, 1981; Idler & Benyamini, 1997).

La salud autopercebida está determinada por muchos factores, como por ejemplo, la edad, el sexo, el estatus socioeconómico, problemas emocionales e incluso el tipo de publicidad televisiva (García & Hita, 2011; Segovia, Bartlett & Edwards, 1989). Se debe reseñar este

fenómeno ya que pone de manifiesto que la valoración que hagan los sujetos de su propia salud tendrá un marco de referencia particular, pues para algunos será más importante la salud física, mientras que para otros lo será la salud social, por ejemplo (Krause & Jay, 1994).

Por tanto entre los indicadores de salud se pueden distinguir dos tipos: los objetivos y los subjetivos. Los primeros se basan en información obtenida mediante registros o censos sanitarios basados en información objetiva (índices de mortalidad, esperanza de vida, etc.) y los segundos se obtienen mediante encuestas o registros basados en la percepción o autovaloración del individuo registrado o encuestado.

El presente estudio pretende conocer qué dimensiones constituyen la definición de salud de una muestra de mujeres adultas y en qué medida éstas se ajustan a la definición propuesta desde la OMS. De este modo, este trabajo puede suponer la ratificación de la concepción de salud de la OMS o, desde la perspectiva de las mujeres participantes, la necesidad de la renovación de dicha concepción.

## **Material y métodos**

### **Diseño y dimensiones objeto de estudio**

Se trata de un estudio de casos de tipo descriptivo cuyo fin último no estriba en la generalización o extrapolación de los resultados, sino en la comprensión del fenómeno de estudio en busca de un enriquecimiento del actual marco teórico.

La técnica principal de la investigación utilizada para la recogida de la información, ha sido la entrevista semiestructurada; del mismo modo, se ha recurrido al análisis de contenido como técnica para el estudio de dichas entrevistas. La elección de esta técnica se justifica en su capacidad para analizar de forma controlada los mensajes encerrados en cualquier forma de comunicación.

Las dimensiones objeto de estudio se corresponden, inicialmente, con las propuestas por la OMS (1978) sobre la salud, esto es: salud física, salud psicológica, salud social y ausencia de enfermedad. Ahora bien, la complejidad del fenómeno comunicativo requiere un diseño de investigación flexible, capaz de adecuarse a la diversidad de factores implicados en este objeto de estudio. Frente a otros “diseños tradicionales”, una propuesta metodológica de estas características permite la emergencia de nuevas dimensiones durante la recogida y análisis de los discursos de las informantes sin, por ello, dejarlo a la aleatoriedad del descubrimiento casual.

### **Características de la muestra**

La muestra de estudio la componen once mujeres de entre 45 y 60 años de edad, residentes en la ciudad de Murcia. Los criterios de inclusión en la muestra han sido: el tipo de familia (con marido e hijos), el nivel de estudios (superiores), así como la ausencia de discapacidades para evitar posibles sesgos de la información.

### **Procedimiento**

El procedimiento seguido en la presente investigación se divide en 3 fases, a saber: fase preparatoria, fase de desarrollo o de trabajo de campo y fase analítica.

En la fase preparatoria, se ha definido el objetivo y el diseño de la investigación; a continuación, se ha construido el guión de la entrevista, para cuya elaboración se han seguido, a su vez, tres fases fundamentales: 1) elaboración de una batería de preguntas (en calidad de borrador) a partir de las dimensiones establecidas por la OMS (1978), 2) prueba piloto en condiciones similares (grabación sonora de la conversación y ambiente de privacidad, por ejemplo) a las de la fase de trabajo de campo y 3) modificación del guión inicial en función de los resultados de la prueba piloto.

En la fase de desarrollo o de trabajo de campo se ha realizado la recogida de información a través de las entrevistas individuales semiestructuradas con carácter presencial (in situ) utilizando las preguntas extraídas de la fase anterior. Para ello, previamente, mediante petición formal y escrita, se ha establecido contacto con las mujeres, considerando la mayor accesibilidad, disposición y voluntad de participación para su colaboración en el estudio.

Finalmente, en la fase analítica, se ha realizado la transcripción literal a formato digital de los registros de audio resultantes de las entrevistas y posterior depuración de la información recogida para proceder al análisis categorizado de la misma.

### **Análisis de los datos**

El análisis de los datos obtenidos mediante las entrevistas, ha comenzado con la transcripción de los archivos de audio a formato digital. Seguidamente, dicha transcripción se ha depurado y analizado partiendo de las dimensiones de la salud para establecer la concepción pormenorizada de las informantes en cada una de ellas, siguiendo por tanto un proceso de tipo deductivo, atendiendo también a la aparición de cualquier nueva dimensión no recogida en la definición de salud de la OMS, es decir, un proceso de tipo inductivo.

## Resultados

De acuerdo con la definición de salud de la OMS (1978), los resultados se presentan conociendo la opinión de las mujeres sobre su salud física, mental, social y la ausencia de enfermedad por ese orden.

La salud física, entendida como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo, así como el estado de armonía con el medio, es uno de los mayores condicionantes para la salud integral de las mujeres, basado en el autoconcepto corporal, que se adquiere desde edades muy tempranas y que se va desarrollando a lo largo de sus vidas; proceso del que se derivan los sentimientos que cada una va experimentando hacia el propio cuerpo (sufrimientos, complejos, prejuicios, etc.), tal y como se refleja en los discursos de las participantes:

*“Personalmente, a pesar de mi edad, me siento bastante joven. No necesito de nadie para llevar a cabo todo lo que quiero hacer. (...) Cuando me propongo una cosa, (...) casi siempre la consigo.”*

*“Mis hijas no se quejan de nada pero es normal, el cuerpo cambia con la edad.”*

*“Desde que apareció el colesterol tengo que cuidarme más (...). También tengo que hacer más ejercicio y eso me quita tiempo para hacer otras cosas.”*

En segundo lugar, en lo concerniente a la salud psicológica, ésta refiere a un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por tanto, no se puede obviar la necesidad de la salud emocional en el día a día. Tanto la construcción social de la identidad de género en la mujer, como las situaciones de crisis vitales que atraviesa a lo largo de su vida, generan en la mujer toda una serie de sentimientos y estados emocionales (tristeza, irritabilidad, culpa, miedo, etc.), en consonancia con las respuestas de las mujeres de la muestra:

*“Durante la última semana sí que me he sentido triste (...). También me sentí muy agobiada porque el trabajo en estas fechas siempre es un poco más caótico, más acelerado.”*

*“En los momentos en que me he sentido estresada, estaba de mal humor pero tengo que poner buena cara.”*

*“Sí que he sentido cierta nostalgia por las personas que me faltan, que ya no están aquí. [...] Mis hijos me han estresado porque no me permiten llegar a mis citas familiares.”*

En tercer lugar, nos encontramos con la salud o bienestar social. Podemos decir que una persona presenta salud social cuando se relaciona correctamente con las personas de su alrededor (familiares, amigos...). Con respecto a estas relaciones, que enriquecen y contribuyen beneficiosamente al mantenimiento y desarrollo de su salud, las entrevistadas señalaron:

*“No tengo tiempo para dedicarme a mi familia; no el que realmente necesitarían, ni tampoco el que me gustaría. A veces no tenemos tiempo porque el día a día entra en una espiral de la que es muy difícil de salir.”*

*“Podría decir que no estoy cuidando mucho mis relaciones sociales pero no a causa de mi salud sino de todas las cosas que tengo que hacer. Me siento tan cansada que no tengo ganas de nada.”*

Finalmente, con respecto a la última de las dimensiones estudiadas, esto es, la ausencia de enfermedad la muestra refirió:

*“Me duele la espalda y ese problema lo tengo ya de hace tiempo, pero tienes que saber convivir con lo que tienes, con tu dolor, porque por supuesto no siempre estás igual.”*

*“No tengo dolor todas las semanas ni todos los días pero sí que es cierto que en esta última semana he sentido dolor en los pies y en las piernas y de vez en cuando en la cabeza.”*

*“He estado cansada y agobiada pero no me he sentido enferma ya que para mí estos pequeños dolores no significan para mí estar enferma, simplemente es mi día a día.”*

De este modo, aunque todas las dimensiones de la salud establecidas a partir de la convención de Alma – Ata (1978) por la OMS, tienen su reflejo en la concepción de salud entre las informantes, se debe destacar que de las mismas emerge una nueva dimensión, la calidad de vida, que a su vez presenta tres categorías: el factor cultural, el factor socioeconómico y el estilo de vida.

En este sentido, dentro de la nueva dimensión de calidad de vida se presentan, en primer lugar, los factores culturales como elementos clave en la autopercepción que un individuo puede tener sobre su salud. Se trata de un concepto muy amplio, pues abarca contenidos tales como el nivel educativo habitual de la sociedad, el tipo de régimen de gobierno y/o la posición relativa en la jerarquía social de hombre y mujer. A tal respecto, la muestra defiende:

“Contratamos una chica ecuatoriana (...) ahora que tenemos más confianza, me cuenta cada cosa de su país; eso sí que es pasar dificultades. Me cuenta que no tenían ni para ducharse y que no sabía lo que era una aspirina hasta que llegó a España.”

*“Me han buscado una chica para que esté conmigo al menos por la mañana. Con ella sí que hablo de muchísimas cosas; me contó que tuvo que salir huyendo de su país porque su marido la tenía amenazada.”*

Por otro lado, también en parte como consecuencia de los anteriores, se erigen los factores socioeconómicos, susceptibles de ser entendidos como el balance entre el estatus social y el nivel económico adquirido. En esta línea, el tipo de trabajo al que se dedica, juega un rol primordial en ambos sentidos. Además una peor situación económica supone una barrera de entrada a diversos servicios que contribuyen al desarrollo, cuidado y mantenimiento de la salud. Las informantes señalan en esta línea:

*“Me gusta practicar deporte habitualmente. El miércoles pasado salí a pasear, a ritmo rápido y acabé agotada. [...] Me gustaría poder apuntarme al gimnasio después de la Navidad, pero mi situación económica no me lo permite.”*

*“Desde que apareció el colesterol tengo que cuidarme más y no salgo tanto como antes lo hacía, como más en casa, que eso en parte al bolsillo también le viene bien y más como estamos ahora.”*

No obstante, en este proceso de lucha contra los agentes que perjudican a la salud, también influye el tercer factor presentado dentro de la calidad de vida, es decir, el estilo de vida, el cual condiciona la integración de un sentimiento emocional positivo hacia la propia salud. En este sentido, encontramos distintos ejemplos entre los discursos de la muestra, como pueden ser:

“Llevamos unos días muy locos, lo que más echo de menos es hacer ejercicio porque también es cuando más hablo con mi marido (...) porque realmente disponemos de poco tiempo para hablar; eso es lo que más echo en falta, el salir a hacer un poco de deporte, el caminar, el pasear. Eso me hace sentirme tranquila, me libera.”

*“Trabajar, cuidar a mis hijos, llevar mi casa y echarle un vistazo a mi madre, todo esto son cosas que realizo casi todas las semanas y al final termino cansadísima. Ojalá me ayudaran más, pero es lo que hay.”*

*“Me he sentido un poco estresada en esta semana ya que con una familia, mi trabajo y muchas cosas más, no he tenido tiempo para mí y mucho menos para hacer las cosas que quería hacer.”*

## Discusión

De acuerdo con resultados obtenidos, se observa cómo las mujeres adultas presentan una autopercepción de su salud peor en comparación con la de otros grupos poblacionales, como por ejemplo las mujeres de menor edad, tal y como las participantes señalan. Este fenómeno concuerda con los datos aportados por el programa Salud y Mujeres, implementado por el Ministerio de Sanidad (2008), en que la salud de las mujeres se mantiene por debajo de los índices estimados. Así, mediante nuestro estudio, valoramos cómo la percepción de las distintas dimensiones de la salud se encuentran alteradas, cada una en un sentido y aun nivel distinto.

El malestar y la incomodidad corporal que viven las mujeres, se presenta como un problema de género y, por ende, finaliza rompiendo la estabilidad establecida entre las distintas dimensiones de la salud. Gismero (2002) hace especial hincapié en la necesidad de centrar el cuidado en la mujer, atendiendo al tratamiento cosificado que se hace del cuerpo de la mujer en nuestra sociedad actual (cirugía, medios de comunicación, etc.), acentuando las presiones corporales, especialmente en las jóvenes, que se valoran a partir de ese ideal de belleza irreal, insano e inalcanzable para muchas mujeres. Del mismo modo, Braden (2010) advierte de las consecuencias patológicas que este modelo corporal puede tener sobre la autoestima de las mujeres.

La salud psicológica se encuentra estrechamente relacionada con la salud física, pues la persona sana emocionalmente controla sus sentimientos de manera asertiva, afirmativa, con autoestima, con un mejor conocimiento de ella misma y aceptándose tal y como es en todos sus sentidos (Bernardini, 2012). Así, se hace necesario generar salud emocional en la mujer, de modo que ésta tenga un manejo responsable de los sentimientos, reconociéndolos, poniéndoles nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando su energía al servicio de sus propios valores.

En cuanto a la salud social, ésta no es considerada como prioritaria en las vidas de las mujeres entrevistadas, sino que se relega un plano secundario, el cual adquiere su relevancia cuando otras necesidades están cubiertas. En la mayoría de los casos (García Monge, 2002; Muruaga, 2008), las mujeres no interiorizan la necesidad de autonomía e independencia. Educadas y socializadas en el cuidado y la atención hacia “el otro”, necesitan la evaluación, el visto bueno de los demás para sentirse bien, lo que está en conexión directa con su autoestima. Estas relaciones enriquecen y contribuyen beneficiosamente al mantenimiento y desarrollo de su salud. Sin embargo, la mayoría afirma tener la sensación de no poder dedicar todo el tiempo que, a priori, se quisiera a crear nuevas relaciones sociales o a fortalecer las ya existentes.



Por otro lado, con respecto a la ausencia de enfermedad, las mujeres de este estudio no asocian dolencias con carácter crónico al padecimiento de una enfermedad, si bien, en ocasiones, entienden que dichas dolencias suponen una cierta limitación en el quehacer diario. En este sentido, existen evidencias científicas de que la consideración de pequeñas dolencias como enfermedades está mediada por factores como la clase social (Borrell, Carrillo & Rodríguez- Sanz, 2006; Borrell, García-Calvente & Martí-Boscà, 2004).

Los principales hallazgos del estudio se basan en la emergencia, desde el propio discurso de las entrevistadas, de una nueva dimensión no considerada por la OMS (1978): la calidad de vida, que está mediada por factores de tipo cultural (como el nivel educativo y la clase social), factores de tipo socioeconómico (como el tipo de trabajo y los ingresos mensuales) y factores referentes al estilo de vida (como por ejemplo la posibilidad de emplear el tiempo de ocio en aquellas actividades que se prefieren). Todos los aspectos que conforman la vida cotidiana de las mujeres en cuestiones de salud autopercebida, dan como resultado una baja calidad de vida por parte de las informantes.

No obstante, si bien es cierto que, además de confirmarse las dimensiones de la salud propuestas por la OMS (1978), las participantes sugieren el reconocimiento de la calidad de vida como una nueva dimensión de la misma, no es menos cierto que sus primeras respuestas asocian la salud al mero hecho de no padecer ninguna enfermedad y no es, sino tras la profunda reflexión sobre el concepto, cuando la salud comienza a ser percibida como un conglomerado multidimensional.

## Conclusiones

En el presente estudio se ha entrevistado a 11 mujeres de entre 45 y 60 años, buscando dilucidar la óptica desde la que éstas analizan su propio estado de salud, partiendo, en primera instancia, de una concepción de la misma basada en la definición aportada por la OMS (1978) (“el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”).

En este sentido, cabe destacar que en líneas generales, la salud autopercebida de las informantes es, según su opinión, favorable, sin olvidar que la concepción que éstas poseen sobre la salud tiene, a priori, un marcado carácter reduccionista, pues tienden a igualarla con la mera ausencia de enfermedad. Se encuentra por tanto, con frecuencia, consideraciones positivas sobre el nivel de salud, acompañadas de problemas de índole psicológico o social, quedando latente esta incoherencia. No obstante, sí que reconocen el papel clave, para la fijación de la salud autopercebida, de la calidad de vida; la cual comprende a su vez a los factores culturales, los factores socioeconómicos y el estilo de vida.

En consecuencia, los resultados de este estudio, evidencian la necesidad de una labor colectiva desde los profesionales del ámbito de la salud para que la sociedad integre una concepción de la misma más desarrollada, entendiendo que ésta no sólo se restringe a la ausencia de enfermedad, sino que se trata de un concepto de salud multidimensional que comprende la propia ausencia de enfermedad, el bienestar físico, bienestar mental, bienestar social y, además, la calidad de vida.

## Referencias

- Barsky, A.J., Cleary, P.D. & Klerman, G.L. (1992). Determinants of perceived health status of medical outpatients. *Social Science & Medicine*, nº 34, pp. 1147–1154.
- Bergner, M. (1985). Measurement of health status. *Medical Care*, nº 23, pp. 696–704.
- Bernardini, D. (2012). Salud global en la era de las comunicaciones. *Revista de Comunicación y Salud*, vol.2, nº 1, pp. 35-36.
- Blair, S.N., Kohl, H.W., Barlow, C.E., Paffenbarger, R.S., Gibbons, L.W. & Macera, C. A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *Journal of the American Medical Association*, nº 273, pp. 1093-1098.
- Borrell, C., García-Calvente, M.M. & Martí-Boscà, J.V. (2004). La salud desde la perspectiva del género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, nº 18, pp. 2-6.
- Bouchard, C., Shepard, R.J. & Stephens, T. (1994). *Physical activity, fitness and health: International proceedings and consensus statement*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Braden, N. (2010). *La autoestima de la mujer*. Madrid: Paidós.
- Burton, N.W. & Turrell, G. (2000). Occupation, hours worked and leisure-time physical activity. *Preventive Medicine*, nº 31, pp. 673-681.
- Canto de Cetina, T.E. & Polanco-Reyes, L. (1996). *Climaterio y menopausia. Las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico*. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Borrell, C., Carrillo, P. & Rodríguez-Sanz, M. (2006). *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida u la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Davis, A.R. & Ware, J.E. (1981). *Measuring health perceptions in the Health Insurance Experiment*. Santa Mónica: Rand.
- Frutos, J. & Royo, M.A. (2006). *Salud Pública y Epidemiología*. Madrid: Díaz de Santos.
- García Monge, J.A. (2002). *Autoestima y salud en La Educación Para la Salud del Siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- García Redondo, J. & Hita, I. (2011). La influencia de la publicidad en la salud de la población infantil. *Revista Española de Comunicación en Salud*, nº 2, vol. 2, pp. 87-96.
- Girón, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Tesis doctoral inédita. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Gismero, E. (2002). *Cuerpo y Salud: determinantes e implicaciones de la insatisfacción corporal en La Educación Para la Salud del Siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, nº 38, pp. 21–37.
- Krause, N.M. & Jay, G. M. (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical Care*, nº 32, pp. 930–942.
- March Cerdá, J.C., Prieto, M.A., Pérez, O., Minué, S. & Danet, A. (2011). La comunicación interna en centros de Atención Primaria en España. *Revista de Comunicación en Salud*, vol.1, nº 1, pp. 18-30.
- Ministerio de Sanidad. (2008). Programa Salud y Mujeres. Recuperado el 23 de abril de 2013 de, <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pk...os/programaSaludMujeres.pdf>
- Muruaga, S. (2008). Nuestra teoría de género sobre la salud mental de las mujeres. *La Boletina*, nº 27, pp. 7-45.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Alma-Ata. Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS-UNICEF.
- Robine, J.M., Jagger, C. & Egidi, V. (2000). *Selection of a coherent Set of Health Indicators. Final Draft. A first Step Towards a User's Guide to Health Experiences for the European Union*. París: Euro-REVES.
- Ruiz, F., García, M.E. & Pièron, M. (2009). *Actividad física y estilos de vida saludables: Análisis de los determinantes de la práctica en adultos*. Sevilla: Wanceulen
- Segovia, J., Bartlett, R. & Edwards, A. (1989). An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social Science & Medicine*, nº 29, pp. 1147–1154.
- Ware, J.E. (1986). The assessment of health status. En L. H. Aiken y D. Mechanic (Eds.), *Application of social sciences to clinical medicine and health policy* (pp.204-228). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.