

L'ESTAT DE SALUT DE LES DONES DE BARCELONA COMPARACIÓ ENTRE LES TREBALLADORES I LES MESTRESSES DE CASA

IZABELLA ROHLFS*, CARMÉ BORRELL*, JOSEP DE ANDRÉS**, LUCÍA ARTAZCOZ*, MARIONA RIBALTA***

La salut ha de ser enfocada més enllà del diagnòstic i del tractament de malalties. La integració dels aspectes sociològics, psicològics i epidemiològics al concepte de salut es fa cada dia més necessària. La mateixa definició de salut de l'OMS ens porta a fer la seva anàlisi en el context del món en què vivim: "Salut és un estat de complet benestar físic, mental i social i no solament l'absència de malaltia". No es pot parlar de salut de la dona sense considerar les seves condicions de vida, treball i educació.¹

Està descrit àmpliament que, comparades amb els homes, les dones tenen pitjor estat de salut i presenten una morbiditat més gran i més utilització dels serveis sanitaris d'atenció primària. Així mateix, s'ha de destacar que entre les dones existeixen àmplies diferències de salut condicionades per diversos factors, com la situació laboral i l'ocupació, les característiques sociodemogràfiques com l'edat, l'estat civil, les càrregues familiars (presència de fills petits, persones grans i persones dependents a la llar) i el nivell educatiu.

A més de tots els factors mencionats, hi ha factors intrínscament lligats a la salut que Verbrugge (1985) agrupa en cinc categories:² biològics, conductes i riscos adquirits, aspectes psicosocials lligats a símptomes i cures, expressió de la situació de salut i conducta d'autocura. Les diferències en la salut dels homes i dones, segons aquesta autora, són bàsi-

cament resultants dels riscos adquirits derivats de la diferència de rols i de l'estrès relacionat amb el seu desenvolupament, dels estils de vida i de les pràctiques preventives de llarga duració.

Diversos estudis indiquen una relació entre la situació laboral, el tipus de treball realitzat dintre i fora de la llar i l'estat de salut de la dona.^{3,4} Reflecteixen un millor estat de salut percebut i una més gran autoestima entre aquelles que estan treballant fora de la llar, a causa principalment del contacte social i del guany econòmic que proporciona el treball productiu, assenyalant que han d'analitzar-se les relacions entre l'ocupació i els rols familiars. En aquesta línia Horwitz⁵ i Radloff⁶ valoren l'efecte positiu del treball fora de la llar en la salut mental i el relacionen amb l'increment del poder relatiu de la dona dintre de la família. Altres autors apunten que aquest avantatge derivat de la ubicació en l'àmbit del treball remunerat pot quedar limitat per la sobrecàrrega que pot ocasionar la seva compatibilització amb el treball domèstic quan no és compartit.⁷

En el moment d'analitzar la relació entre treball i salut en les dones s'ha de partir d'un model integral que no les situï en categories excloents segons la seva situació laboral, ja que la majoria de les que treballen fora de casa són també responsables del treball domèstic. D'altra banda, cal entendre que les diferents condicions de desenvolupament del treball productiu (qualificació, autonomia, recompensa...) i les diferències en la realització del treball reproductiu

(càrregues, recursos disponibles...) seran elements clau en el moment d'explicar les diferències en salut.^{8,9}

Per estudiar les desigualtats en salut de les dones s'ha de tenir en compte que si bé d'una banda aquestes són determinades per factors similars als dels homes, principalment relacionats per les diferències entre ocupacions i educació, d'altra banda s'han de tenir en compte aquells que són propis de la divisió actual de rols relacionada amb l'entorn domèstic, l'estructura familiar⁹ i els recursos de què es disposa per afrontar aquestes càrregues de treball.^{10,11}

Els objectius d'aquest estudi van ser: descriure la salut de les dones de Barcelona entre 25 i 64 anys i analitzar l'estat de salut percebut segons la situació laboral (classificada en mestressa de casa o treballadora), la presència de trastorns crònics, la utilització de serveis sanitaris, les càrregues familiars (presència de menors de 12 anys o més grans de 65 anys a la llar) i altres característiques sociodemogràfiques (edat, classe social i nivell d'estudis).

Metodologia

És un estudi transversal que utilitza les dades procedents de l'Enquesta de Salut de Barcelona de 1992 (ESB92). La metodologia d'aquesta enquesta ha estat publicada anteriorment.¹² Aquí solament se'n descriuen les principals característiques.

L'ESB92 es basa en una mostra estratificada representativa de la pobla-

* Institut Municipal de la Salut

** Salut i Serveis Socials. Ajuntament de Sabadell

*** Benestar Social. Ajuntament de Barcelona

ció no institucionalitzada resident a la ciutat de Barcelona durant l'any 1992. Es va realitzar una divisió de la ciutat en cinc estrats, tenint en compte variables sociodemogràfiques obtingudes del padró d'habitants de l'any 1986. La unitat mostral va ser l'individu. La grandària de la mostra va ser de 5.004 individus, dels quals 2.200 eren dones. Per a aquest estudi es van utilitzar les dades corresponents a 1.194 dones entre 25 i 64 anys que van respondre el qüestionari per elles mateixes i que treballaven en la producció o treballaven com a mestressa de casa, cosa que corresponia a un 86,7% de les dones enquestades d'aquest grup d'edat. La fracció de mostreig global va ser d'un 0,24% amb un alfa=5% i un error màxim global de +- 2%. Per a l'anàlisi de les dades cada individu va ser ponderat amb un pes específic segons l'estrat al qual pertanyia.

La informació es va recollir mitjançant una entrevista personal domiciliària en el període comprès entre el mes de febrer de 1992 i el mes de gener de 1993. En l'ESB92 les no respostes van ser les persones que es van negar a respondre l'entrevista. En total hi va haver un 9% de no respostes que van ser compensades amb noves entrevistes.

Pel que fa a la terminologia utilitzada, s'ha de destacar que el treball productiu és tot el treball realitzat en els mitjans de producció (remunerat), les dones que realitzen aquest treball han estat anomenades genèricament treballadores. El treball reproductiu es refereix al treball no remunerat que crea, manté i

reproduceix les condicions bàsiques de la vida. Inclou, entre altres activitats, les cures proporcionades a les persones dependents (nens, discapacitats, gent gran, malalts), l'ajuda emocional, els treballs domèstics (alimentació, higiene...), la socialització i el manteniment de la xarxa social. Es desenvolupa en diferents entorns socials, fonamentalment dintre de la família, i generalment el realitzen les dones independentment de la seva posició en el món laboral; genèricament les dones que realitzen aquest treball sense estar incorporades a la producció han estat anomenades mestresses de casa.¹³

Per a aquest estudi van ser utilitzades variables de l'ESB92 que recollien informació sobre la situació laboral (treballadora i mestressa de casa), sociodemogràfica (edat, nivell d'estudis), sobre les càrregues familiars (la presència a la llar de nens menors de 12 anys i la presència a la llar de persones més grans de 65 anys), sobre l'estat de salut (estat de salut percebut i presència i tipus de trastorns crònics) i sobre la utilització de serveis sanitaris (realització de visites mèdiques durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista).

Per a l'obtenció de la classe social es va utilitzar l'agrupació d'ocupacions proposada per Domingo i Marcos¹⁴ seguint com a referència la Classificació Britànica de la Classe Social. Les classes estaven formades per: Classe I (directives, altes funcionàries, professionals liberals, tècniques superiors); Classe II (directives i propietàries-gerents del comerç i dels

serveis personals, altres tècniques –no superiors–, artistes i deportistes) Classe III (quadres intermedis, administratives, personal de serveis de protecció i seguretat) Classe IV (treballadores manuals qualificades i semiqualficades de la indústria, el comerç, els serveis i el sector primari) Classe V (treballadores no qualificades). S'ha utilitzat l'ocupació de la dona en el cas que treballés o hagués treballat anteriorment, si no s'ha atribuït la classe social del cap de família (persona principal).

En primer lloc es van descriure les variables relacionades amb la salut i les sociodemogràfiques. Després es va analitzar l'estat de salut percebut segons la situació laboral (treballadores i mestresses de casa) i la resta de variables. Es van analitzar les diferències entre les dues categories de situació laboral mitjançant el test de Khi Quadrat de comparació de proporcions.¹⁵

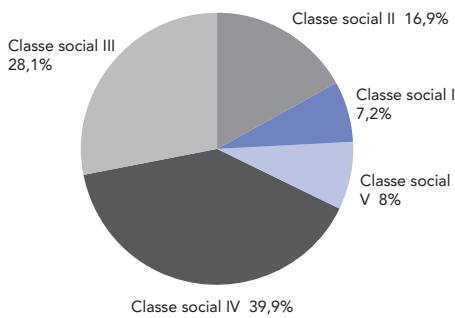
Per comparar l'estat de salut percebut de les treballadores amb l'estat de salut de les mestresses de casa es va estandarditzar l'edat mitjançant el mètode directe.¹⁶ Es va considerar com a població de referència tota la població de dones entre 25 i 64 anys de l'ESB92.

Característiques demogràfiques

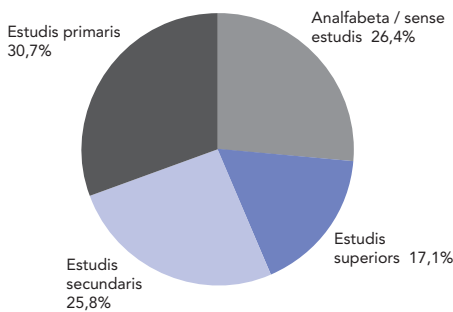
El total de dones incloses en aquest estudi va ser de 1.194.

Els gràfics 1, 2 i 3 presenten la descripció general de les característiques sociodemogràfiques de les entrevistades.

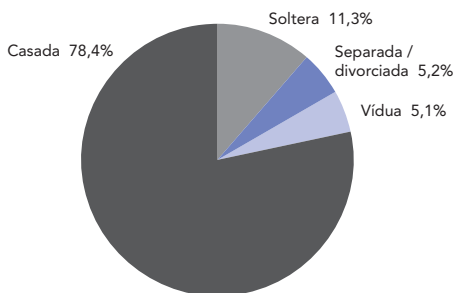
Gràfic 1
Distribució segons classe social



Gràfic 2
Distribució segons nivell d'estudis



Gràfic 3
Distribució segons estat civil



En la distribució segons classe social, un 47,9% de les entrevistades es va concentrar en les classes IV i V (n=539) (gràfic 1).

S'ha de destacar que a mesura que augmenta l'edat augmenta la proporció de dones en les classes socials més baixes.

Un 26,4% (n=315) de les entrevistades no tenien estudis primaris complets i només un 17,1% (n=204) havia cursat estudis universitaris (gràfic 2).

Més de la meitat (78,4%) de les dones estaven casades i només un 5,2% es declaraven separades o divorciades (gràfic 3).

La majoria de les entrevistades declarava ser mestressa de casa (n=681,57%) mentre que un 43% (n=513) es dedicava al treball productiu.

Descripció de l'estat de salut

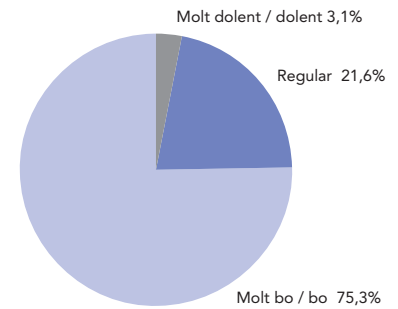
Per avaluar la salut la variable principal utilitzada va ser l'estat de salut percebut, mesurat amb la pregunta: "En general, com diria vostè que és el seu estat de salut?". Un 75,3% (n=899) de les dones va declarar tenir bona o molt bona salut, mentre que un 21,6% (n=258) va declarar tenir una salut regular, i tot just un 3,1% (n=37) va declarar que la seva era dolenta o molt dolenta (gràfic 4).

Els gràfics 5 i 7 fan una descripció de l'estat de salut percebut segons algunes variables sociodemogràfiques utilitzades per l'ESB92, que permeten una visió global de l'estat de salut de les enquestades.

A mesura que augmenta l'edat és més gran la proporció de dones que referien el seu estat de salut com a regular o dolent (gràfic 5).

Un 92,6% de les dones amb nivell d'estudis superior referia la seva salut com a molt bona/bona; en canvi aquest per-

Gràfic 4
Distribució segons estat de salut percebut



centatge baixava a un 59,4% en les dones analfabetes o sense estudis (gràfic 6).

Un 68,6% de les mestresses de casa declarava un bo o molt bo estat de salut, entre les dones que treballaven en la producció més de set hores diàries aquest percentatge era de 83,6%, i entre aquelles que treballaven menys de set hores diàries, d'un 86,1% (gràfic 7).

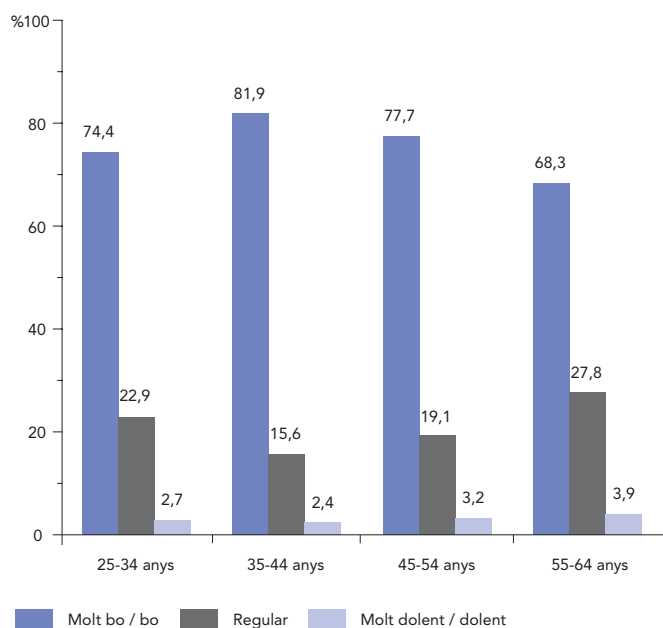
Més d'un 50% de les dones va declarar la presència d'algun trastorn crònic (gràfic 8). Els trastorns crònics més comuns van ser: l'artrosi (29,4%), la mala circulació (28,1), el mal d'esquena (25,5%), les varices a les cames, les migranyes i els problemes nerviosos o depressions (taula 1).

Taula 1. Distribució segons el tipus de trastorn crònic

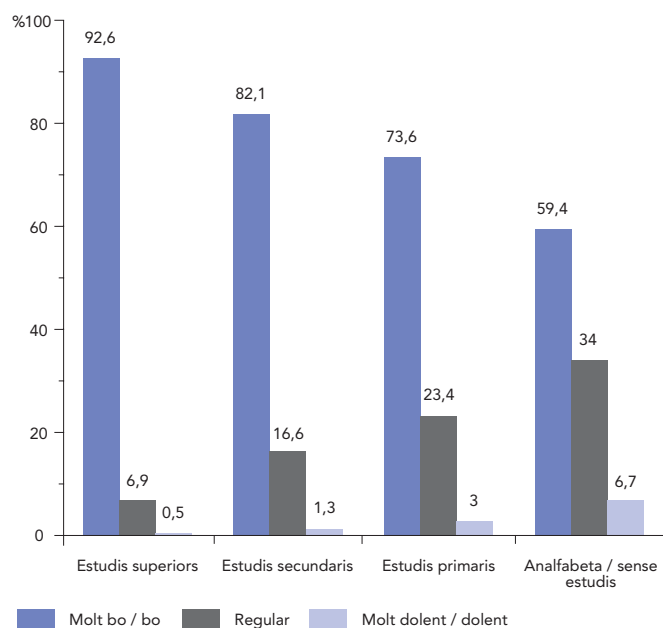
Trastorns crònics	N.	%
Varices a les cames	267	22,4
Mala circulació	335	28,1
Mal d'esquena	304	25,5
Migranyes	222	18,6
Artrosi o reumatisme	351	29,4
Prob. nerviosos i depressió	193	16,2

Nota: La presència d'un trastorn no és exclouent.

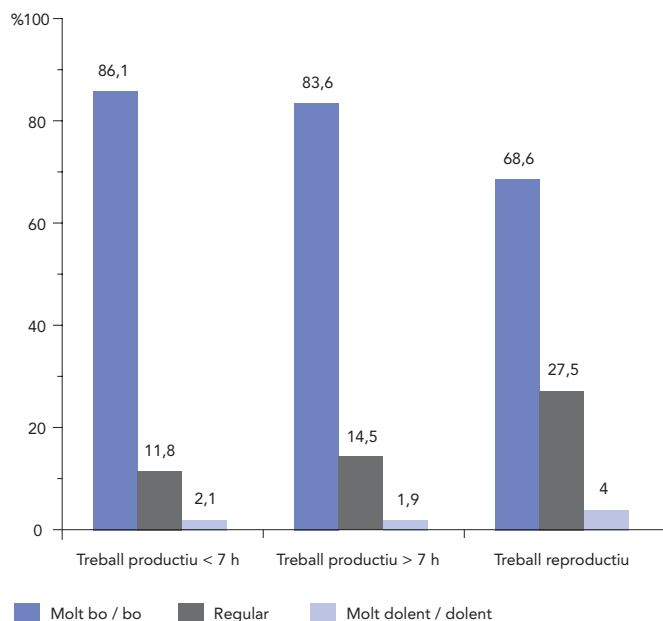
Gràfic 5
Estat de salut percebut segons l'edat



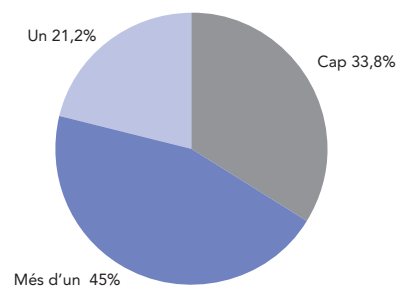
Gràfic 6
Estat de salut percebut segons el nivell d'estudis



Gràfic 7
Estat de salut percebut segons la situació laboral i hores treballades



Gràfic 8
Nombre de trastorns crònics



Quant a les visites mèdiques en les dues setmanes anteriors a l'entrevista, un 21,3% de les enquestades va declarar haver utilitzat els serveis sanitaris.

Estat de salut percebut segons situació laboral i variables sociodemogràfiques

En la taula 2 es descriu l'estat de salut percebut segons la situació laboral i segons les característiques demogràfiques, de càrregues familiars i de trastorns crònics.

Les treballadores declaraven tenir un estat de salut més bo que les mestresses de casa. Un 84,2% de les treballadores i un 68,9% de les mestresses de casa declaraven tenir un bon estat de salut.

L'edat estava inversament relacionada amb l'estat de salut percebut, a mesura que augmentava l'edat disminuïa la proporció de dones que percebien el seu estat de salut com a molt bo/bo. Entre les dones de 25 a 34 anys que treballaven fora de casa el 91,6% declaraven que la seva salut era bona, en canvi en les mestresses de casa era un 80,0%. Aquest percentatge era del 77,0% i del 58,9%, respectivament, en el grup d'edat entre 55 i 64 anys (gràfic 9).

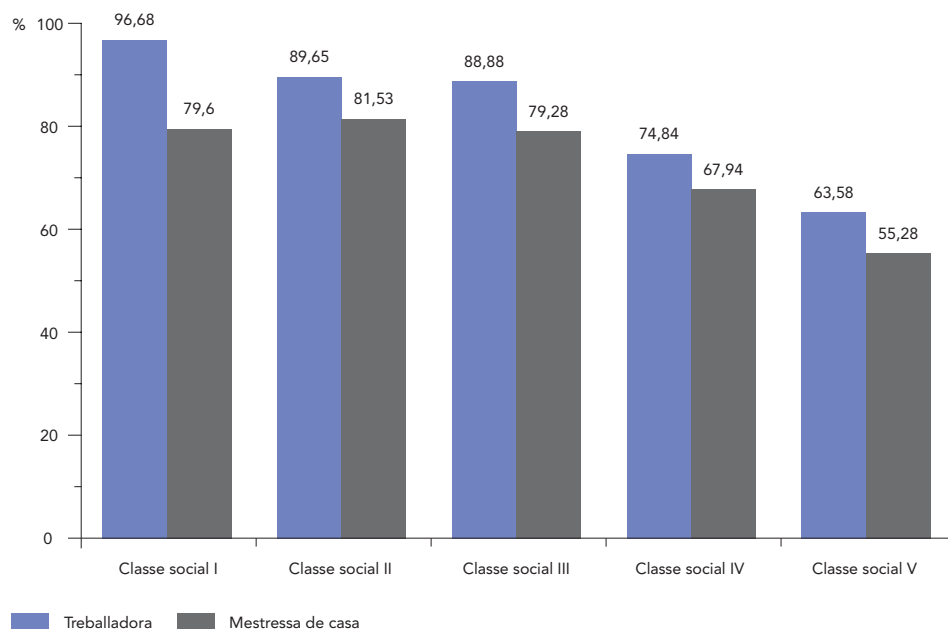
La presència d'algun tipus de trastorn crònic estava molt relacionada amb l'estat de salut percebut de manera que a mesura que augmentava el nombre de trastorns crònics també ho feia la proporció de dones que referien mal estat de salut. Les diferències entre mestresses de

casa i treballadores van ser significatives en els tres estrats de trastorns crònics.

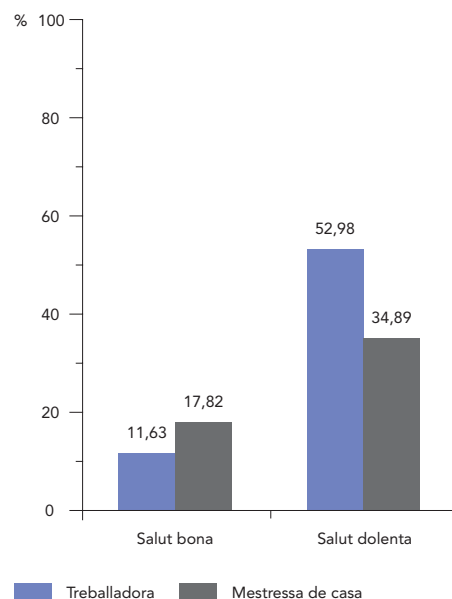
La presència de menors de 12 anys a la llar no es va relacionar amb diferències en la percepció de l'estat de salut per les treballadores ni per les mestresses de casa. La presència de més grans de 65 anys es va relacionar amb una proporció més gran de bona salut entre les treballadores (93,1% per 82,8% en les que no convivia amb aquestes).

En relació a la classe social es va observar que les dones de les classes socials més baixes (IV-V) declaraven pitjor estat de salut que les de les classes altes i, a més, existia un gradient entre les diferents classes. Un 74,6% de les treballadores i un 63,7% de les mestresses de casa de les classes IV i V percebien la

Gràfic 9
Estat de salut percebut com a molt bo/bo segons classe social i situació laboral



Gràfic 10
Visites mèdiques segons estat de salut percebut i situació laboral



Taula 2. Estat de salut percebut segons el tipus de treball i variables sociodemogràfiques i trastorns crònics. Dones de 25-64 anys. Barcelona, 1992

	Treball productiu						Treball reproductiu					
	Molt bona/bona		Regular/dolenta/ molt dolenta		Total		Molt bona/bona		Regular/dolenta/ molt dolenta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edat												
25-34*	174	91,6	16	8,4	190	100	64	80,0	16	20,0	80	100
35-44*	134	85,9	22	14,1	156	100	121	80,1	30	19,9	151	100
45-54*	77	72,6	29	27,4	106	100	137	67,2	67	32,8	204	100
55-64*	47	77,0	14	23,0	51	100	145	58,9	101	41,1	246	100
Trast. crònics												
Cap*	197	94,7	11	5,3	208	100	167	90,3	18	9,7	185	100
Un*	107	91,5	10	8,5	117	100	122	80,3	30	19,7	152	100
Més d'un*	128	68,1	60	31,9	188	100	178	51,7	166	48,3	344	100
Estat civil												
Soltera*	112	91,1	11	8,9	123	100	11	91,7	1	8,3	12	100
Casada*	262	82,4	56	17,6	318	100	425	69,0	191	31,0	616	100
Altres*	58	82,9	12	17,1	70	100	31	58,5	22	41,5	53	
Pres.>12a. (nens)												
Si	123	86,6	19	13,4	142	100	132	78,1	37	21,9	169	100
No	309	83,3	62	16,7	371	100	335	65,4	177	34,6	452	100
Pres.>65a. (p,grans)												
Si*	67	93,1	5	6,9	72	100	81	61,8	50	38,2	131	100
No*	365	82,8	76	17,2	441	100	386	70,2	164	29,8	550	100
Classe Social												
I-II*	156	92,3	13	7,7	159	100	91	78,4	25	21,6	116	100
III*	127	88,2	17	11,8	144	100	117	76,5	36	23,5	153	100
IV-V*	141	74,6	48	25,4	189	100	221	63,7	126	36,3	347	100
Nivell estudis*												
Super./secund.	295	89,1	36	10,9	331	100	147	81,2	34	18,8	181	100
Primaris	89	81,7	20	18,3	106	100	181	70,2	77	29,8	258	100
Analf/sense estudis	48	65,8	25	34,2	273	100	139	57,4	103	42,6	242	100
TOTAL	432	84,2	81	15,8	513	100	467	68,9	214	31,4	681	100

n: nombre de dones

* Estadísticament significatiu en la categoria per al test de Khi quadrat ($p < 0,05$)

seva salut com a bona, mentre que en les dones de classes altes aquests percentatges van ser de 92,3% i 78,4%, respectivament. L'estat de salut de les mestresses de casa de classes altes era millor que el de les treballadores de classes

baixes. En comparar els percentatges de dones amb estat de salut percebut com molt bo/bo segons classe social, estandarditzats per edat, s'observa gràficament aquesta tendència (gràfic 10).

Respecte al nivell d'estudis, es va

notar una tendència en la mateixa direcció de la classe social. Com més alt era el nivell d'estudis millor era l'estat de salut percebut com molt bo/bo.

Un 11,3% de les treballadores amb molt bo o bon estat de salut van visitar

el metge les dues setmanes anteriors a l'entrevista i un 17,77% de les mestresses de casa. En canvi, entre aquelles que perceben el seu estat de salut com dolent, el percentatge de dones que es van visitar va ser de 52,76% en les treballadores i de 31,71% en les mestresses de casa (gràfic 11).

Discussió i conclusions

En aquest estudi s'ha posat en evidència que l'estat de salut de les dones que treballen fora de casa és millor que el de les mestresses de casa. La classe social també és un important determinant de la salut, ja que les dones de classes baixes tenen una salut pitjor que les de classes altes encara que treballin fora de casa. Tot això enfatitza la importància de con-

siderar l'estudi dels factors que influeixen en la salut de la dona dins d'un marc que consideri classe social i gènere.

El treball té una relació directa amb l'estat de salut per l'impacte físic, psíquic i social de les característiques i condicions globals de treball i indirecta en tant que element central en la distribució de recursos econòmics i la posició social. Aquesta posició determina els valors i estils de vida així com l'accés i la utilització eficient dels serveis sanitaris. Alguns estudis destaquen els avantatges del treball productiu en assenyalar que aquest incrementa les possibilitats de la dona de desenvolupar capacitats i rebre més reconeixement social davant "l'aïllament i la invisibilitat" del treball domèstic.¹⁷ Ross i Bird¹⁸ afirmen que el treball reproductiu com a activitat primària és més

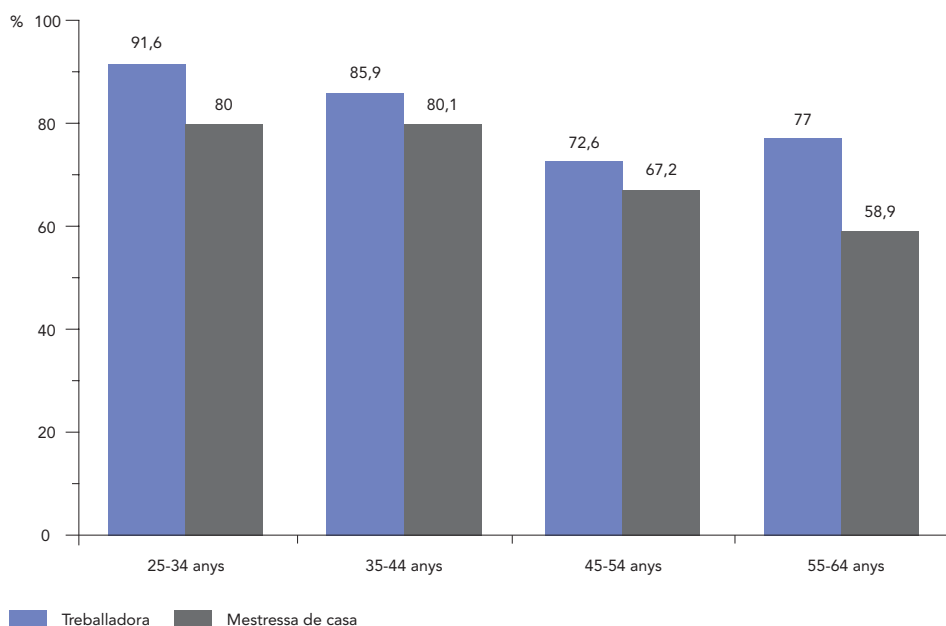
rutinari que el treball productiu, a més de propiciar menys satisfacció, menys reconeixement i no estar remunerat, fets que generen un estat de salut pitjor en aquelles dones que es declaren mestresses de casa exclusivament.

En l'ESB92, la situació laboral de mestressa de casa estava relacionada amb un estat de salut percebut pitjor i amb una presència de trastorns nerviosos i depressius més gran. De tota manera, aquest fet canviava segons la classe social de la dona. Així, per exemple, les dones de classes socials altes que són mestresses de casa declaren tenir millor salut que les treballadores de les classes socials més baixes (IV i V) que es troben en els sectors professionals amb una menor qualificació professional¹⁸, amb càrregues fortes de treball i compensacions baixes.

S'ha de destacar que la incorporació de la dona al mercat de treball productiu en general no disminueix la seva responsabilitat en les activitats reproductives. Així, ens trobem davant d'una transformació en el patró de dedicació al treball domèstic que ara es caracteritza per la dedicació al treball productiu (remunerat) a temps parcial o complet i a, més, una doble jornada pel fet que les dones continuen assumint la major part del treball reproductiu.^{19,20}

La presència de persones més grans de 65 anys a la llar es va associar a un millor estat de salut percebut en les dones que treballaven en la producció. Una de les possibles explicacions d'aquest fet és que una dona que pot sor-

Gràfic 11
Estat de salut percebut com a molt bo/bo segons edat i situació laboral




tir de casa per anar a treballar, encara que conviski amb una persona gran, indica que ella no es la seva principal cuidadora o que aquesta persona té autonomia i en algunos casos fins i tot podria representar una ajuda en el treball reproductiu.

El patró d'utilització dels serveis sanitaris pot reflectir la percepció de la salut per part de les dones. Recentment s'ha publicat que hi ha una saturació en les consultes d'atenció primària de dones de 35-55 anys, generalment casades, mestresses de casa i amb un o més fills.²¹ En aquest estudi es va observar que de les dones que percebien el seu estat de salut com a molt bo/bo, aquelles que treballaven en la producció utilitzaven

els serveis sanitaris en menor proporció que les que es dedicaven al treball reproductiu. En canvi, si l'estat de salut percebut era regular/dolent/molt dolent, les mestresses de casa utilitzaven menys els serveis sanitaris. Aquest patró divergent podria ser explicat per les pròpies característiques dels dos tipus de treball. Per una banda, les treballadores que perceben el seu estat de salut com a dolent tenen una "urgència" més gran en curarse per tornar a les activitats productives; d'altra banda, les mestresses de casa, en les mateixes condicions, deixen la seva salut a segon terme i tendeixen a cronificar més la malaltia.

Encara que per les dades de l'ESB92 no es pot analitzar separatament l'im-

pacte de la doble jornada de treball en la salut de la dona, inferim que en el context de la nostra societat la majoria de les dones que treballen en la producció assumeixen una segona jornada representada pel treball domèstic.²² Cal mencionar que durant l'any 1995 s'ha realitzat una enquesta a dones de 25 a 50 anys de la ciutat de Barcelona, per tal de conèixer amb detall les càrregues del treball productiu i reproductiu.²³ En aquesta enquesta també s'ha obtingut l'estat de salut mental; per tant, la propera anàlisi de les dades ens permetrà avançar en la repercussió en l'estat de salut de les dones dels diferents treballs realitzats, inclosa la doble jornada. 

BIBLIOGRAFIA

- Green M. Are women lost in the Health Cities? Workshop del simposio de la OMS: Mujer, salud y políticas urbanas. Viena. 1991.
- Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Hlth Soc Behav* 1985;26:156-182.
- Haavio-Manilla. E. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986;22:141-149.
- Ross C, Mirowsky J. Child care and emotional adjustment to wives employment. *J Hlth Soc Behav*. 1988;29:127-138.
- Horwitz A. Sex rol expectations, power and psychological distress. *Sex Roles*. 1982;8:607-623.
- Radloff LS. Sex differences in depression. The effects of occupation and marital status. *Sex Roles*. 1975;1:243-265.
- Ross CE, Bird CE. Sex stratification and hifestyle: consequences for men's and womens's perceived health. *J Hlth Soc Behavior*. 1994;35:161-178.
- Balbo L. Time to care. Ed. F Angeli. Milano 1987.
- Ross CE Mirowsky J. Hardship and depression. *J Hlth Soc Behav*. 1985;26:312-327.
- House JS, Landis KR, Uberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988;242:540.
- Franks P, Campbell TL, Shields CG. Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Med*. 1992;34:779-788.
- Borrell C, Arias A, Baranda L, Lozares C. Manual de l'enquesta de salut de Barcelona 1992. Ajuntament de Barcelona, Barcelona 1992.
- Beneria L. Reproducción, producción y división sexual del trabajo. *Rev. Mientras Tanto*. 1987;6:47-84.
- Domingo, A; Marcos, J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit*. 1988;3:320-326.
- Kleibaun DG, Kupper L, Morgensten, H. *Epidemiologic Research. Principles and Quantitative Methods*. New York; Van Nostrand Reinhold Company Inc. 1982.
- Rué M, Borrell C. Los métodos de estandarización de tasas. *Revisión en Salud Pública*. 1993;3:263-295.
- Nathanson C. Social roles and health status among women, the significance of employment. *Soc Sci Med*. 1989;14A:463-471.
- Bird CE, Ross CE. Houseworkers and paid workers: qualities of the work and effects on personal control. *J Marriage and Family*. 1993;55:913-925.
- Izquierdo J, Del Río O, Rodríguez, A. La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1988.
- Ramos R. Cronos dividido. Uso del tiempo y desigualdad entre mujeres y hombres en España. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1990.
- Reyes M, González L. Mujeres agobiadas. (Editorial). *Med Clin* 1984;103:661-662.
- Ajuntament de Barcelona (1991). El temps de les dones: de la reflexió a la pràctica, Barcelona, Ajuntament de Barcelona.
- Vegeu, en aquesta mateixa revista, l'article: Prats M, Garcia Ramón Md, Cánoves G. El temps de la vida quotidiana de les dones de Barcelona. *Rev. Barcelona Societat*. 1996