

## FACTORES DE PERSONALIDAD Y SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA DEPRESIÓN DE LAS MUJERES

M<sup>a</sup> Pilar Matud<sup>1</sup>, Marisela López Curbelo, Juan Manuel Bethencourt  
y Pedro Averó  
*Universidad de La Laguna (España)*

### Resumen

En este estudio analizamos las variables personales, demográficas y sociales que diferencian a las mujeres con y sin síntomas depresivos. La muestra está formada por 1.068 mujeres de edades entre 18 y 65 años (edad media de 33,5 y desviación típica de 11,4) residentes en las Islas Canarias. Se realizaron análisis bivariados y multivariados usando una serie de variables predictoras entre las que se incluían la autoestima, la satisfacción laboral, los sucesos vitales estresantes, el patrón de conducta Tipo A, la tolerancia a la ambigüedad, las estrategias de control emocional, los estilos de afrontamiento, el apoyo social, la edad, el nivel laboral y educativo, y el número de hijos. La función discriminante clasificó correctamente al 74,7% de las mujeres con síntomas depresivos, que se caracterizaban por menor autoestima y apoyo social, la utilización de la emocionalidad como estilo de afrontamiento de las situaciones estresantes, más impulsividad, intolerancia al cambio, hostilidad y competitividad, y más rumiaciones que las mujeres sin síntomas depresivos.

PALABRAS CLAVE: *Depresión en la mujer, autoestima, apoyo social, afrontamiento.*

### Abstract

The present study examined social, personal and demographic characteristics distinguishing women with vs. without depressive symptoms. Our sample was 1.068 women (mean age=33.5; SD=11.4 and range 18-65) living in the Canary Island. Bivariate and multivariate analysis using a variety of predictor variables including self-esteem, job satisfaction, stressful life events, Type A behavior, tolerance of ambiguity, emotion-control strategies, coping styles, social support, age, educational level, laboral status, and number of children. Discriminant function

---

1 *Correspondencia:* M<sup>a</sup> Pilar Matud, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Campus de Guajara, 38205 La Laguna (Tenerife) España. E-mail: pmatud@ull.es  
*Agradecimientos:* Trabajo subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer.

correctly classified 74.7% of the women with depressive symptoms as being characterised by lower self-esteem and social support, an emotional coping style in stressful situations, impulsivity, and with a higher hostility and competitiveness, greater intolerance to change, and are persons who are more likely to mentally rehearse failures than women without depressive symptoms.

KEY WORDS: *Women's depression, self-esteem, social support, coping.*

## Introducción

La depresión es uno de los problemas de salud mental más frecuente en las mujeres, dándose en éstas con mayor frecuencia que en los hombres. Este mayor riesgo de depresión en las mujeres se ha encontrado en múltiples estudios epidemiológicos y clínicos, realizados en diferentes áreas geográficas y en distintos periodos temporales (véase, por ejemplo, Kessler *et al.*, 1994; Klerman y Weissman, 1989; Mirowsky, 1996; Nolen-Hoeksema, 1990; Weich, Sloggett y Lewis, 1998; Weissman y Klerman, 1977). Aunque estas diferencias parecen ser más consistentes y acusadas en los países industrializados, donde el riesgo de depresión en la mujer duplica al del hombre, se han encontrado en la mayor parte de los estudios epidemiológicos, desde los realizados en Estados Unidos, Canadá, o Alemania, hasta los de Corea o Nueva Zelanda (véase, Weissman y Klerman, 1977, y Weissman y Olfson, 1995, para un estudio comparativo de las tasas en varios países). Además, excepto en la infancia, en que no se dan diferencias en las tasas de depresión entre niños y niñas (o son los niños los que presentan tasas más elevadas), las mujeres presentan más depresión a lo largo de todo el ciclo vital, surgiendo en la adolescencia y aumentando en la vida adulta.

Aunque se han postulado diversos factores, no se ha llegado a ninguna conclusión definitiva de las causas de estos mayores índices de depresión en las mujeres. Algunos autores han sugerido que estas diferencias podrían deberse más a «artefactos» fruto de las diferencias entre los roles de género que a diferencias «reales» entre hombres y mujeres. Así, se ha sugerido que la mujer percibe, reconoce, informa y busca ayuda para los síntomas con mayor frecuencia, mientras que es más probable que los hombres expresen sus síntomas de forma diferente, o tomen alcohol o drogas para hacer frente a su estado depresivo, lo que conllevaría un diagnóstico distinto. Pero la evidencia empírica muestra que, pese a que las mujeres expresan sus emociones más libremente que los hombres, estas diferencias no explican las diferencias en problemas psicológicos en función del género (Mirowsky y Ross, 1995; Weissman y Klerman, 1977).

Muchas han sido las hipótesis planteadas respecto a las causas de las diferencias, yendo desde factores biológicos hasta psicosociales. Dentro de las hipótesis biológicas, se ha planteado la posibilidad de la transmisión genética ligada al cromosoma X, y de la fisiología endocrina femenina como responsables de la mayor tasa de depresión, aunque no se ha encontrado evidencia suficiente para ninguna de las hipótesis biológicas (véase revisiones de Nolen-Hoeksema, 1990, y de Weissman y Klerman, 1977). Respecto a las explicaciones psicosociales, se han postulado diver-

sas hipótesis, entre las que destacan las que plantean que las causas se basan en las diferencias en el estatus social asociado al género, y las que se centran en las diferencias en estrés.

Algunos autores postulan la hipótesis que Weissman y Klerman (1977) denominan «indefensión aprendida», y en la que estos autores redefinen los valores clásicos de la «feminidad» como una variante de la indefensión aprendida característica de la depresión. Plantean que las imágenes estereotipadas y condicionadas socialmente producen en la mujer una serie de condicionantes cognitivos opuestos a la aserción. Así, durante el proceso de socialización, las chicas aprenden a ser indefensas, desarrollando ante las situaciones de estrés un repertorio de respuestas limitado. Esas autoimágenes y expectativas son internalizadas en la infancia, de modo que posteriormente llegan a creer que el estereotipo de feminidad es normativo, esperado y valorado.

Una de las hipótesis más aceptada y que cuenta con mayor evidencia empírica es la que plantea que la depresión de la mujer es debida a su discriminación social, legal y económica, que le lleva a sentimientos de indefensión, dependencia de otros, bajas aspiraciones y baja autoestima. En un reciente análisis de los datos de tres estudios, dos de los cuales eran encuestas nacionales realizadas en Estados Unidos y que en total recogen datos de más de 15.000 personas, Mirowsky (1996) encontró que las diferencias en depresión en función del género aumentaban en la edad adulta, cuando las mujeres y los hombres experimentan más diferencias en su estatus debidas al género. Así, según este autor, pese a los cambios en las vidas de las mujeres en las últimas generaciones, continúan las desigualdades en salario, poder y autonomía, en casa y en el trabajo, así como en las responsabilidades familiares y del cuidado del hogar, lo que explicaría que persistan las diferencias en depresión en función del género.

Otros autores atribuyen la mayor tasa de depresión en la mujer a que ésta experimenta más estrés, pudiendo ser éste el causante de la depresión. Existe evidencia empírica de que la mujer tiene más estrés que el hombre (Mirowsky y Ross, 1995), con más problemas interpersonales, financieros, maritales y laborales (Kendler, Neale y Kessler, 1993). Además, el estrés interpersonal está más asociado a la depresión en la mujer que en el hombre (Waelde, Silvern y Hodges, 1994). También les afecta más el estrés de los que le rodean, ya que suelen estar más implicadas que los hombres en las redes sociales y familiares. Otros factores citados han sido el hecho de que las mujeres también son con mayor frecuencia víctimas de violencia y abusos sexuales, y que tienen mayores tasas de pobreza. Ésta última representa también un factor de riesgo para los problemas mentales, y se ha encontrado que estos procesos podrían incluso ser más problemáticos para las mujeres más pobres, ya que pueden depender más del apoyo material y emocional de su red social, pudiéndole generar más estrés al compartir las experiencias estresantes de los demás (Belle, 1990). Además, todos ellos son factores que interaccionan y co-ocurren en bastantes ocasiones. Así, como señalan Brown y Harris (1978), algunas de las diferencias entre las clases sociales en riesgo de depresión son debidas a que las mujeres de las clases trabajadoras experimentan más dificultades y sucesos vitales graves, especialmente cuando tienen hijos. Otros factores

que se han asociado con la depresión, y que también son más frecuentes en las mujeres, son el desempleo, el ocupar trabajos de baja cualificación, y el menor nivel de estudios (Blazer, Kessler, McGonagle, y Swartz, 1994; Regier *et al.*, 1988; Wallace y O'Hara, 1982).

También se ha planteado que las mujeres tienen más estrés debido a que tienen que desempeñar más roles, o a que sus roles son más demandantes que los de los hombres. Son muchos los estudios que han analizado las relaciones entre los roles y la salud de la mujer, y aunque algunos presentan una serie de deficiencias metodológicas, las investigaciones apuntan a que, en general, no existe relación entre el número de roles y depresión en la mujer (véase, por ejemplo, Weich *et al.*, 1998), siendo más relevante la calidad de los roles ocupados o el nivel de competencia y/o control percibido dentro de cada rol (véase, por ejemplo, Christensen, Stephens y Townsend, 1998; y Hibbard y Pope, 1993). Aunque otros estudios apuntan a la complejidad de esta cuestión, ya que se ha encontrado que unos roles influyen en los otros, tanto de forma positiva como negativa, y puede darse un cierto «desbordamiento» negativo que sería un importante mecanismo mediador entre el estrés de rol y la depresión (Stephens, Atienza y Franks, 1997).

Varios estudios han analizado la relación entre el estado civil y depresión en la mujer, encontrándose resultados contradictorios. Así, aunque se ha planteado que tanto el matrimonio como el tener hijos representa mayor sobrecarga para la mujer que para el hombre, la asociación de ambos con la depresión de la mujer depende de complejas interacciones, tales como el nivel de ingresos, el tipo y condiciones de trabajo de la mujer, el número de hijos, la salud y edad de éstos, el tipo de relación con el esposo, y el reparto de las cargas domésticas entre ambos cónyuges (véase, por ejemplo, Clearly y Mechanic, 1983; McBride, 1990; Mirowsky, 1996; Russo, 1990; Walters, 1993).

Otros autores han propuesto que las diferencias entre mujeres y hombres en depresión podrían deberse a que aquéllas carecen de estrategias adecuadas para el afrontamiento del estrés y/o de la depresión. Así, Nolen-Hoeksema (1991) afirma que las diferencias individuales en la duración de la depresión están influidas por el estilo de respuesta ante el humor depresivo, encontrando que en algunas personas predominan las rumiaciones, con pensamientos y conductas centradas en los síntomas y en sus causas y consecuencias, lo que tiende a intensificar los síntomas y a interferir con la solución de los problemas. Por el contrario, otras tratan de distraerse y se centran en la solución de los problemas, lo que reduce y acorta la experiencia depresiva. Varios estudios han encontrado que las personas con más respuestas de rumiaciones tienen periodos depresivos más largos, y que es más probable que las mujeres presenten este estilo de respuesta ante la depresión (Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrikson, 1993; Nolen-Hoeksema, Parker y Larson, 1994).

Pero, como ya decíamos, aunque son muchas las explicaciones propuestas, no están claros los determinantes de la depresión en la mujer. Además, pese a la universalidad del fenómeno, se reconoce la relevancia de los factores culturales. Así, y dada la carencia de estudios en nuestro medio sociocultural, presentamos un estudio exploratorio en el que analizaremos las variables personales y sociales que parecen ser más relevantes en la depresión en la mujer.

## Método

### Sujetos

La muestra está formada por 1.068 mujeres, residentes en la Comunidad Autónoma de Canarias, de edades comprendidas entre 18 y 65 años y con una edad media de 33,5. En la tabla 1 presentamos las principales características socio-demográficas. Como puede observarse, aunque se da bastante variabilidad, se trata de una muestra en la que predominan las mujeres jóvenes (sólo el 27,5% tiene más de 40 años) lo cual explica en alguna medida los porcentajes del resto de las variables como el estado civil, número de hijos o la profesión. También es de destacar el alto número de estudiantes, que suponen casi un 30% de la muestra.

**Tabla 1**  
Principales características sociodemográficas de la muestra

		%
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios	3,3
	Graduado/EGB	17,0
	FPI	2,3
	BUP/FPII/COU	25,1
	Diplomadas universitarias	16,9
	Licenciadas universitarias	35,4
NIVEL LABORAL	Estudiante	29,9
	Ama de casa	17,1
	Trabajo manual	19,0
	Trabajo no manual	12,3
	Profesionales grado medio	10,6
	Profesionales de grado superior y directivas	11,0
ESTADO CIVIL	Solteras	51,1
	Casadas	41,8
	Divorciadas/separadas	5,5
	Viudas	1,7
NÚMERO DE HIJOS	Sin hijos	55,5
	Uno	11,1
	Dos	17,3
	Tres	10,2
	Más de tres	5,9
EDAD	Media = 33,53	
	Desviación típica = 11,43	
	Mediana = 31	

## Instrumentos

Se utilizaron un total de 10 pruebas, todas ellas validadas en una muestra de 1145 mujeres españolas (Matud, 1998), seis de las cuales son traducciones de las usadas por el Dr. Roger y su equipo en la universidad de York.

1. *Cuestionario de control emocional (Emotion Control Questionnaire, ECQ)* (Roger y Najarian, 1989; Roger y Nesshoever, 1987). Está formado por 56 ítems cuyo formato de respuesta es de verdadero o falso. En la factorización con mujeres españolas se obtuvieron 3 factores: *impulsividad*, formado por 15 ítems que plantean cuestiones como «Pierdo los estribos rápidamente», o «A menudo hago o digo cosas de las que luego me arrepiento»; *rumiaciones*, que contiene 9 ítems y evalúa la medida en que una persona se obsesiona con fallos y amenazas pasadas relativos a conflictos interpersonales. Ejemplos de ítems son «Mucho tiempo después de que alguien me lo haya hecho pasar mal sigo pensando en cómo devolverle la jugada», o «Tardo mucho en olvidar las cosas que me sentaron mal o me hicieron enfadar»; e *inhibición emocional* que incluye 14 ítems tales como «Rara vez muestro mis sentimientos sobre las cosas» o «Cuando alguien me irrita, trato de ocultar mis sentimientos». La consistencia interna de cada factor fue, respectivamente, de 0,80, 0,71 y 0,73.

2. *Cuestionario de estilos de afrontamiento (Coping Styles Questionnaire, CSQ)* (Roger, Jarvis y Najarian, 1993). Inventario formado por 48 ítems con un formato de respuesta de cuatro alternativas (desde nunca, puntuado como 0, hasta siempre, que se puntúa con 3), que trata de recoger la forma típica de afrontar el estrés. En la factorización con mujeres españolas se obtuvieron 3 factores: *emocionalidad*, formado por 16 ítems que presentan una consistencia interna de 0,84. Ejemplos de ítems que saturan en este factor son las siguientes descripciones de la reacción típica al estrés: «Siento que nadie me entiende» o «Me siento solo y aislado»; *racionalización*, que está compuesto por 14 ítems, y saturando en mayor medida los que afirman «Intento encontrar una manera lógica de explicar el problema», «Utilizo la propia experiencia para tratar de solucionar la situación»; su consistencia interna es de 0,82; y *distanciamento del problema*, cuya consistencia interna es de 0,77 y está integrado por 14 ítems que proponen afirmaciones como «Resuelvo el tema por medio de no identificarme con él», o «Veo el problema como algo separado de mí mismo, de esa manera es más fácil solucionarlo».

3. *Cuestionario de tolerancia a la ambigüedad (Tolerance of Ambiguity, TAMB)*. La tolerancia a la ambigüedad se ha vinculado al conservadurismo y dogmatismo y representa un constructo de personalidad que refleja un estilo cognitivo caracterizado por una aproximación al mundo inflexible y rígida emocionalmente (Rector y Roger, 1993). Está formado por 36 elementos con formato de respuesta en una escala tipo Likert de 4 puntos, con un rango desde «nunca» hasta «siempre», que evalúan dos factores: *control y ansiedad ante el cambio*, que está integrado por 21 ítems cuya consistencia interna es de 0,85; y *tolerancia al cambio*, que incluye 10 ítems con una consistencia interna de 0,71. Ejemplos de ítems son «Soy de los/as que me gusta planificar por adelantado y al detalle las cosas más que dejarlas al azar», que es el que más satura en el primer factor; y «Las posibilidades de cambio me parecen emocionantes y estimulantes», en el segundo.

4. *Escala para medir patrón de conducta Tipo A (Type-A Instrument)*. La escala comprende 43 ítems con formato de respuesta en una escala tipo Likert de 4 puntos con un rango desde «nunca» hasta «siempre» que evalúan dos factores. El primero está formado por 24 ítems que reflejan hostilidad, irritabilidad y competitividad, y recoge la dimensión «tóxica» del patrón de conducta Tipo A, siendo su consistencia interna de 0,88; y el segundo por 14 elementos que reflejan una dimensión «no-tóxica» de motivación de logro y presión por el tiempo. Su consistencia interna es de 0,82.

5. *Inventario de autoestima (A Self-esteem Inventory, SEQ)* (Rector y Roger, 1993). La escala está formada por 58 ítems que suponen una medida global de la autoestima. Reflejan la valoración de varias competencias, incluidas la personal, interpersonal, familiar, de logro, atractivo físico, y valoración del grado de incertidumbre en las mismas, que se agrupan en un factor cuya consistencia interna es de 0,94.

6. *Cuestionario sobre sucesos vitales estresantes (Life Event Stressful Success Questionnaire, LESSQ)*. Se trata de la traducción de un inventario de Roger y Meadows que recoge un total de 31 ítems de sucesos vitales y cambios, positivos o negativos, que se refieren a los sucesos experimentados en los dos últimos años. Además de la presencia del suceso, las respuestas se puntúan siguiendo dos criterios: la controlabilidad o posibilidad de ejercer cierto control sobre dicho suceso, y su valoración como muy positivo, neutral o muy negativo. La puntuación asignada era para la controlabilidad de 1 cuando se percibía como totalmente controlable, 2 cuando se percibía como parcialmente controlable, y 3 cuando se consideraba totalmente incontrolable. En el caso de la deseabilidad, la puntuación era de 1 cuando se valoraba como muy positivo, 2 si se consideraba neutro y 3 cuando se valoraba como muy negativo.

7. *Escala de apoyo social (AS)* (Matud, 1998). Esta escala está formada por 12 ítems que recogen información sobre la frecuencia con que se dispone de personas que pueden prestar apoyo y/o ayuda en las áreas económica, laboral, afectiva, información, diversión... y que se agrupan en un factor cuya consistencia interna es de 0,91.

8. *Cuestionario de satisfacción con el rol (SRO)* (Matud, 1998). Se trata de un inventario de respuesta abierta en el que se plantean 5 cuestiones referentes a la medida en que la persona está satisfecha con su trabajo u ocupación actual, si es el rol que eligió, si desea cambiar y en qué medida le genera sensación de plenitud. La solución obtenida fue monofactorial bipolar, saturando en él todos los ítems y formando un factor que evalúa la satisfacción con el rol. Su consistencia interna es de 0,74.

9. *Cuestionario de contrariedades diarias* (Matud, 1998). Se trata de un cuestionario de respuesta abierta en el que se pretende recoger las situaciones diarias que, pese a ser molestas, la mujer tiene que afrontar, valorando su importancia en una escala que oscila entre 1 («poco importante») y 3 («muy importante»).

10. *El Cuestionario de salud general, de Goldberg (GHQ)* (Goldberg, 1978). Cuestionario diseñado para ser utilizado como un test autoadministrado para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiá-

tricos, tales como la atención primaria o pacientes médico-quirúrgicos ambulatorios, centrándose en los componentes psicológicos actuales de mala salud. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida, y se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones de salud normales, y la aparición de fenómenos de malestar psíquico. En este estudio se ha usado la escala de depresión de la versión de 28 ítems traducida y validada por Lobo y Muñoz (1996). Se trata de una escala formada por 7 ítems que representan dimensiones de sintomatología depresiva grave, con ítems que plantean cuestiones como «Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio», «Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse» saturando ambos 0,78; «Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo», con una saturación de 0,77 o «Ha pensado que ud. es una persona que no vale para nada», que satura 0,60. Fue puntuada según la escala de respuesta múltiple tipo Likert, con un rango de 0 (para la respuesta «no, en absoluto») a 3, y validada empíricamente con la muestra de mujeres ya citada, donde se encontró que el ítem D5 («Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tienen los nervios desquiciados»), que saturaba 0,40 en este factor, también saturó por encima de 0,30 en el factor de *Ansiedad e insomnio* (Matud, 1998). La consistencia interna del factor de Depresión grave fue de 0,88.

### *Procedimiento*

El pase de pruebas fue en forma de entrevista, generalmente durante dos sesiones en las que entrevistadoras entrenadas pasaron las pruebas a mujeres que voluntariamente accedieron a participar. Este trabajo se enmarca dentro de uno más amplio subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer para investigar el impacto del estrés en la salud de las mujeres en Canarias.

## **Resultados**

Se analizó la distribución de las puntuaciones de las 1068 mujeres en la escala de depresión, encontrando que las puntuaciones alcanzaban todo el rango posible, desde 0 (que suponía ausencia de síntomas) hasta 21, que es la puntuación máxima posible en la escala. La media era de 2,45, la desviación típica de 3,56, la mediana de 1 y la puntuación más frecuente era 0. Nos encontramos con que el 40% de la muestra no mostraba ningún síntoma depresivo (es importante tener en cuenta que esta escala mide depresión grave) y que aproximadamente el 30% puntuaban entre 3 y 27, dándose una progresiva disminución de la frecuencia a medida que aumentaban las puntuaciones en depresión. Así, se decidió tomar estas puntuaciones como criterio, comparando a las mujeres sin ningún síntoma depresivo con aquellas que presentaban sintomatología depresiva, puntuando en la escala de Depresión 3 ó más. No todas las mujeres habían cumplimentado totalmente todas las pruebas, por lo que el número de sujetos en algunos análisis difiere ligeramente.



Para analizar las diferencias entre estos dos grupos se realizó un análisis multivariado de varianza, considerando como factor el tener o no síntomas depresivos y como variables dependientes el número de sucesos acaecidos en los dos últimos años, su percepción de incontrolabilidad, su impacto negativo, las contrariedades diarias, la satisfacción con el rol laboral, los tres factores de estilos de afrontamiento (emocionalidad, racionalización y distanciamiento del problema), los tres factores de patrones de control emocional (impulsividad, rumiaciones, e inhibición emocional), los factores de control y ansiedad ante el cambio, el de tolerancia al cambio, los dos factores del patrón de conducta Tipo A, la autoestima, el apoyo social, el nivel de estudios, la edad y el número de hijos.

Se encontró significación global multivariada (Lambda de Wilks=0,59;  $F(20, 537)=18,63$ ,  $p=0,000$ ), siendo también significativas 16 de las 20 pruebas de significación univariada. Como puede verse en la tabla nº 2, las mujeres que tienen sín-

**Tabla 2**

Medias, desviaciones típicas y valores de F en función de los síntomas de depresión

	SIN SÍNTOMAS DEPRESIVOS (n=330)		CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS (n=228)		F(1,556)
	Media	DT	Media	DT	
Nº sucesos	5,37	3,98	6,35	4,13	7,89**
Incontrolabilidad	1,65	0,70	1,86	0,69	11,4**
Impacto negativo	1,59	0,68	1,79	0,68	11,8**
Contrariedades diarias	6,87	5,37	8,54	5,00	35,9***
Satisfacción con el rol laboral	11,79	3,29	9,95	3,92	13,8***
FCSQ1: Emocionalidad	14,49	5,64	22,39	7,18	211***
FCSQ2: Racionalización	25,41	5,98	21,80	5,56	51,8***
FCSQ3: Distanciamiento del problema	15,46	5,92	14,51	5,17	3,88*
FECQ1: Impulsividad	4,57	3,15	7,66	3,53	118***
FECQ2: Rumiaciones	3,27	2,14	4,08	2,35	17,8***
FECQ3: Inhibición emocional	5,68	3,00	6,82	3,19	18,5***
FTA1: Patrón Tipo A «tóxico»	22,49	10,06	29,84	10,34	70,3***
FTA2: Patrón Tipo A «no tóxico»	16,8	6,81	19,16	6,68	16,4***
FTAMB1: Control y ansiedad ante el cambio	29,45	9,94	33,28	9,43	20,9***
FTAMB 2: Tolerancia al cambio	16,04	4,58	15,42	4,46	2,45
Autoestima	102,11	14,90	79,01	20,58	236***
Apoyo social	30,16	5,37	23,75	8,35	121***
Nivel de estudios	3,63	1,47	3,40	1,65	2,90
Edad	32,86	11,00	31,85	11,36	1,11
Nº de hijos	0,86	1,26	0,80	1,25	0,33

tomas depresivos, comparadas con las que no los tienen, presentan más sucesos y cambios en los dos últimos años, los perciben como más negativos e incontrolables, tienen más contrariedades diarias, están menos satisfechas con su rol laboral (o con el de ama de casa si carecen de empleo, o con el de estudiante, en caso de serlo). Su respuesta típica ante el estrés se caracteriza por mayor emocionalidad, menor racionalidad y menor distanciamiento del problema. Son más impulsivas, rumian más los problemas interpersonales pasados, expresan sus emociones menos libremente, son más hostiles, competitivas e irritables, y tienen más motivación de logro y presión por el tiempo. Tienen más necesidad de control y el cambio les genera más ansiedad, y tienen menos autoestima y menos apoyo social, no diferenciándose en el nivel de estudios, la edad y en el número de hijos.

Puesto que el elevado número de sujetos podía hacer que resultasen significativas variables cuyas diferencias entre los grupos eran muy escasas, se realizó un análisis discriminante para hallar la combinación de variables que maximizan la diferencia entre las mujeres sin síntomas de depresión y aquellas que muestran un puntuación de 3 ó más en la escala de depresión grave. Dado el carácter exploratorio del presente trabajo, se eligió el método de selección de variables «paso a paso» y se incluyeron como variables discriminantes las mismas que en el análisis de varianza ya citado, que son un total de 20 variables, tres de las cuales corresponden a datos sociodemográficos. Como puede observarse en la tabla nº 3, se obtuvo una función discriminante significativa, con una correlación canónica de 0,62, que clasifica correctamente al 79% de los casos, haciéndolo de forma más exacta en las mujeres sin síntomas depresivos (el 82,2%) que en las que tienen síntomas depresivos (74,7% de clasificaciones correctas).

Cinco de las veinte variables formaron parte de la función discriminante, siendo la autoestima la variable que más separa a los grupos y la que más contribuye a la función, seguida del apoyo social, de la emocionalidad como estilo de afrontamiento del estrés, de la impulsividad, y de la presencia de sucesos y cambios vitales durante los dos últimos años, presentando estas tres últimas coeficientes negativos. Si analizamos los centroides, encontramos que las mujeres sin síntomas depresivos se encuentran en el polo positivo de esta dimensión, (centroide = 0,65), mientras que las mujeres con depresión muestran el patrón opuesto (valor del centroide = -0,95).

En la tabla 4 presentamos las correlaciones entre las variables discriminantes y la función canónica discriminante, ordenadas por el tamaño de su relación. Si interpretamos los coeficientes mayores de 0,30, observamos que la función correlaciona positivamente con la autoestima, el apoyo social, y el uso de la racionalización como estilo de afrontamiento del estrés; y negativamente con la respuesta de emocionalidad ante el estrés, la impulsividad, tener elevado patrón de conducta tipo A «tóxico», la necesidad de control y ansiedad ante el cambio, y presentar rumiaciones de los problemas interpersonales.

Finalmente, y para analizar la relación entre la depresión y las variables sociodemográficas cualitativas se realizaron dos análisis de varianza. En ellos se consideró como variable dependiente la puntuación en la escala de depresión, y como factores el estado civil en uno, y el nivel laboral en el otro. En el primero se comparó la

**Tabla 3**

Resumen del análisis discriminante entre mujeres sin síntomas depresivos y con síntomas depresivos

## a) Resumen de pasos

Pasos	Variable incluida	Lambda de Wilks	Sign.	V de Rao	Sign.	Cambio en V	Sign.
1	Autoestima	0,71	0,0000	236,46	0,0000	236,46	0,0000
2	FCSQ1: Emocionalidad	0,66	0,0000	287,22	0,0000	50,76	0,0000
3	Apoyo social	0,63	0,0000	318,92	0,0000	31,70	0,0000
4	FECQ1: Impulsividad	0,62	0,0000	333,08	0,0000	14,17	0,0002
5	Nº de sucesos	0,62	0,0000	345,94	0,0000	12,85	0,0003

## b) Función discriminante

Función	Valor propio	% Varianza	Correlación canónica	Después función	Lambda de Wilks	CHI Cuadrado	G. L.	Sign.
1	0,62	100	0,62	0	0,62	267,77	5	0,0000

## c) Coeficientes típicos de la función discriminante

Variable incluida	Coeficientes Típicos
Autoestima	0,48
FCSQ1: Emocionalidad	-0,29
Apoyo social	0,36
FECQ1: Impulsividad	-0,22
Nº de sucesos	-0,19

## c) Centroides

Grupo	Función
1	0,654
2	-0,947

## d) Clasificación de los resultados

Grupo real	n	Sin síntomas depresivos		Con síntomas depresivos	
		n	%	n	%
Sin síntomas depresivos	399	328	82,2	74	25,3
Con síntomas depresivos	292	71	17,8	218	74,7
% de casos correctamente clasificados: 79,02%					

**Tabla 4**  
Correlaciones entre las variables discriminantes y la función canónica discriminante (Matriz estructura)

	<b>Función</b>
Autoestima	0,83
FCSQ1: Emocionalidad	-0,78
Apoyo social	0,59
FECQ1: Impulsividad	-0,58
FTA1: Patrón Tipo A «tóxico»	-0,39
FTAMB1: Control y ansiedad ante el cambio	-0,32
FECQ2: Rumiaciones	-0,32
FCSQ2: Racionalización	0,31
Satisfacción con el rol laboral	0,24
FECQ3: Inhibición emocional	-0,23
FTAMB 2: Tolerancia al cambio	0,20
FTA2: Patrón Tipo A «no tóxico»	-0,17
Nivel de estudios	0,17
Nº de sucesos	-0,15
Contrariedades diarias	-0,10
Nº de hijos	-0,09
Incontrolabilidad	-0,08
Impacto negativo	-0,07
Edad	-0,05
FCSQ3: Distanciamiento del problema	0,02

media de la puntuación en depresión de las mujeres casadas, solteras, separadas o divorciadas, y viudas. No hubo diferencias significativas ( $F(3, 1064)=0,75$ ;  $p=0,52$ ), siendo las medias de 2,38; 2,35; 2,62 y 3,59, respectivamente. En el caso del nivel laboral, sí se encontraron diferencias significativas ( $F(5, 1041)=3,33$ ;  $p=0,005$ ), pero sólo afectaban a dos grupos, mostrando las mujeres con trabajo manual mayor puntuación en depresión que las mujeres con trabajo no manual. Las medias en síntomas depresivos fueron de 2,36 en las estudiantes, 2,87 en las amas de casa, 3,04 en las mujeres con trabajo manual, 1,75 en las de trabajo no manual, 1,91 en las profesionales de grado medio, y 2,12 en las profesionales de nivel superior y directivas. Además, también se realizó un análisis discriminante igual al anterior, pero incluyendo el estado civil y el nivel laboral como variables «dummy». Los resultados eran muy similares a los ya descritos en el análisis discriminante, encontrando escasas o nulas relaciones entre estas variables y la función discriminante.

## Discusión y conclusiones

En este estudio, realizado con una amplia muestra de mujeres de diferentes características sociodemográficas y educativas, hemos encontrado que las variables más relevantes en la presencia de sintomatología depresiva de la mujer son la baja autoestima y apoyo social, junto con la emocionalidad como forma típica de afrontar el estrés, y la impulsividad como patrón de control emocional. Además, también parece predisponer a la depresión la existencia de una serie de características de personalidad implicadas en la dimensión «tóxica» del patrón de conducta tipo A, encontrando que las mujeres más hostiles, irritables y competitivas tienen más posibilidad de depresión, así como las mujeres con gran necesidad de control y ansiedad ante el cambio, las que rumian de forma frecuente los fallos y amenazas ya pasadas, y aquellas que en su respuesta típica ante el estrés no se centran en la solución del problema. En general, estos datos coinciden con los de otros autores y parecen apoyar la hipótesis de Weissman y Klerman (1977) de que los valores clásicos de la feminidad suponen una serie de condicionantes cognitivos que llevan a la depresión. Pero el proceso parece ser bastante complejo y estar influido por otras variables sociales y personales, cuya relevancia será necesario analizar.

Aunque no están claros los mecanismos de asociación entre el apoyo social y la depresión, es frecuente encontrar correlación entre ambas variables, tanto en estudios comunitarios como en muestras clínicas (véase, por ejemplo, la revisión de Paykel de 1994), dándose algunas diferencias en función del género. Dentro de las diferentes conceptualizaciones del apoyo social, nosotros nos hemos centrado en la percepción de la mujer de la disponibilidad de personas que la apoyen y ayuden en problemas de tipo emocional, económico, laboral, y que le acompañen en diferentes situaciones. Aunque se desconoce si esta percepción se corresponde con la realidad, es indudable que ejerce un efecto protector de la depresión. Respecto al papel protector de la autoestima frente a la depresión, también se ha encontrado en otros estudios (Hokanson, Rubert, Welker, Hollander y Hedeem, 1989), estando fuertemente asociada con la regulación de los estados emocionales negativos (Smith y Petty, 1995), y teniendo valor predictivo la autoestima en la adolescencia respecto a la depresión varios años después (Aro, 1994). Se encuentra de forma consistente que el afrontamiento centrado en la emoción tiene efectos negativos sobre el estado afectivo, mientras que el centrado en el problema tiene efectos positivos (véase, por ejemplo, Billings, Cronkite y Moos, 1983; y O'Neill y Zeichner, 1985). Hay también evidencia de la relevancia de las rumiaciones en la depresión (Nolen-Hoeksema *et al.*, 1993; 1994).

A la hora de interpretar la ausencia de relaciones entre las variables sociodemográficas y los síntomas depresivos, hay que tener en cuenta varios hechos. Respecto a la edad, el rango en nuestro estudio iba de 18 a 65 años, intervalo en el que parece no darse diferencias claras en los niveles de depresión. Así, aunque algunos autores afirman que la relación entre edad y depresión parece ser en forma de U, aumentando en la adolescencia, disminuyendo en la edad adulta y con un incremento de nuevo en la vejez (Mirowsky y Ross, 1992), otros encuentran que las tasas

disminuyen con la edad (Kessler *et al.*, 1994), mientras que en otros estudios se ha encontrado que la prevalencia aumentaba de modo muy acusado entre los 40 y 49 años, alcanzando el máximo entre los 60 y 64 años (Lehtinen y Joukamaa, 1994). Respecto a la ausencia de relación entre el número de hijos y síntomas depresivos, estos datos también coinciden con los encontrados generalmente en la bibliografía, ya que, aunque existen algunos datos contradictorios, la asociación del número de hijos con alteraciones de salud parece darse cuando ocurren otras circunstancias negativas, tales como hijos difíciles o con problemas (Reilly, Entwisle y Doering, 1987).

Respecto al estado civil, posiblemente la ausencia de diferencias significativas se deba a la gran discrepancia entre el número de mujeres en las diferentes categorías. Así, aunque no son significativas, hemos encontrado que las mujeres viudas tenían una puntuación media en la escala de depresión mayor que el resto de los grupos, pero estos datos deben ser interpretados con cautela, dado que únicamente 17 de las 1.105 mujeres habían enviudado. En todo caso, hay que resaltar que las puntuaciones medias eran muy similares en las mujeres solteras, casadas y en las divorciadas, resultados que discrepan parcialmente con los presentados en la revisión de Lehtinen y Joukamaa (1994), en los que encontraban mayor prevalencia de depresión en las mujeres viudas y en las divorciadas.

Otro resultado interesante es el relativo al estatus ocupacional, en el que se ha encontrado más síntomas depresivos en las mujeres con empleos menos cualificados. Estos resultados también coinciden en alguna medida con los de otros autores que encuentran mayor salud en las mujeres con empleos más cualificados (véase, por ejemplo, Matthews, Hertzman, Ostry y Power, 1998; Noor, 1995). Así, pese a que se ha encontrado que, en general, el empleo no tiene un efecto perjudicial en la salud de la mujer, no cabe duda de que las mujeres con empleos de menor cualificación suelen tener menor remuneración económica y unas condiciones de trabajo más duras, las cuales están asociadas con depresión (Lombardi y Ulbrich, 1997). Pero, además, también es más probable que las mujeres con empleos menos cualificados tengan condiciones familiares menos favorables, y menor estatus socioeconómico, lo que está asociado de forma negativa con la salud (Kessler *et. al.*, 1994; Lehtinen y Joukamaa, 1994; Mirowsky, 1996).

En suma, aunque son bastantes las cuestiones no resueltas, ya que, además de que apenas se predice al 75% de las mujeres con síntomas depresivos, cabe plantearse muchas otras cuestiones tales como el hecho de ser un estudio correlacional (que hace que sólo se pueda hablar de asociación y no de causación), el tipo de escala empleada para evaluar la depresión o la ausencia de un muestreo aleatorio. Consideramos que el presente trabajo destaca la relevancia de algunas variables personales y sociales en la presencia de sintomatología depresiva en la mujer, y ayuda a desvanecer algunos mitos y creencias que, desgraciadamente, reemplazan al conocimiento científico en lo referente a la salud de la mujer. Así, es de destacar cómo muchas de las respuestas «típicamente femeninas» tales como la emocionalidad, la impulsividad, o la ausencia de racionalización a lo que llevan es a que la mujer se sienta desdichada, cuando no a la depresión.

## Referencias

- Aro, H. (1994). Risk and protective factors in depression: A developmental perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Suppl. 337*, 59-64.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. y Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community population. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45, 385-389.
- Billings, A. G., Cronkite, R. C., y Moos, R. H. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 119- 133.
- Christensen, K. A., Stephens, M. A. y Townsend, A. L. (1998). Mastery in women's multiple roles and well-being: Adult daughters providing care to impaired parents. *Health Psychology*, 17, 163-171.
- Clearly, P. D. y Mechanic, D. (1983). Sex differences in psychological distress among married people. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 111-121.
- Brown, G. W. y Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Nueva York: The Free Press.
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: Publishing Company.
- Hibbard, J. H. y Pope, C. R. (1993). The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Social Science and Medicine*, 36, 217-225.
- Hokanson, J. E., Rubert, M. P., Welker, R. A., Hollander, G. R. y Hedeon, C. (1989). Interpersonal concomitants and antecedents of depression among college students. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 209-217.
- Kendler, K. S., Neale, M. C. y Kessler, R. C. (1993). A longitudinal twin study of 1-year prevalence of major depression in women. *Archives of General Psychiatry*, 50, 843-852.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klerman, G. K. y Weissman, M. M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2229-2235.
- Lehtinen, V. y Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Suppl. 337*, 7-10.
- Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de Salud General (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Lombardi, E. L. y Ulbrich, P. M. (1997). Work conditions, mastery and psychological distress: Are housework and paid work contexts conceptually similar? *Women & Health*, 2, 17-39.
- Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres en Canarias*. Memoria no publicada del Proyecto de investigación del mismo nombre subvencionado por el Instituto Canario de La Mujer.
- Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A. y Power, C. (1998). Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Social Science and Medicine*, 46, 1417-1424.
- McBride, A. A. (1990). Mental health effects of women's multiple roles. *American Psychologist*, 45, 381-384.
- Mirowsky, J. (1996). Age and the gender gap in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 362-380.

- Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1995). Sex differences in distress: Real o artifact? *American Sociological Review*, *60*, 449-468.
- Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1992). Age and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, *33*, 187-205.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E. y Larson, J. (1994). Rumiative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. y Fredikson, B. L. (1993). Responce styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*, 20-28.
- Noor, N. M. (1995). Work and family roles in relation to women's well being: A longitudinal study. *British Journal of Social Psychology*, *34*, 87-106.
- O'Neill, C. P. y Zeichner, A. (1985). Working women: A study of relationship between stress, coping and health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *4*, 105-116.
- Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica: Suppl.* *337*, 50-58.
- Rector, N. A. y Roger, D. (1993). Self-Concept and emotion-control. Paper presented at the 3<sup>rd</sup> Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki. Finlandia.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M. y Locke, B. Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 977-986.
- Reilly, T. W., Entwisle, D. R., y Doering, S. G. (1987). Socialization into parenthood: A longitudinal study of the development of self-evaluations. *Journal of Marriage and the Family*, *49*, 295-308.
- Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The constuction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, *15*, 619-626.
- Roger, D. y Najarian, B. (1989). The constuction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, *10*, 845-853.
- Roger, D. y Nesshoever, W. (1987). The constuction and preliminar validation of a scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, *8*, 527-534.
- Russo, N. F. (1990). Overview: Forgin research priorities for women's mental health. *American Psychologist*, *45*, 368-373.
- Smith, S. M. y Petty, R. E. (1995). Personality moderators of mood congruency effects on cognition: The role of self-esteem and negative mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*, 1092-1107.
- Stephens, M. A. P., Atienza, A. A. y Franks, M. M. (1997). Where two roles intersect: Spillover between parent care and employment. *Psychology and Aging*, *12*, 30-37.
- Waelde, L. C., Silvern, L. y Hodges, W. F. (1994). Stressful life events: Moderators of the relationship of gender and gender roles to self-reported depression and suicidality among college students. *Sex Roles*, *30*, 1-22.
- Weich, S., Sloggett, A. y Lewis, G. (1998). Social roles and gender difference in the prevalence of common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, *173*, 489-493.
- Weissman, M. M. y Klerman, G. K. (1977). Sex differences and the epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, *34*, 98-111.
- Weissman, M. M. y Olfson (1995). Depression in women: Implications for health care research. *Science*, *269*, 799-801.



- Wallace, J. y O'Hara, M. W. (1982). Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: Results from a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 398-404.
- Walters, V. (1993). Stress, anxiety and depression: Women's accounts of their health problems. *Social Science Medicine*, 4, 393-402.