

Relación de pareja y sintomatología depresiva de la mujer: implicaciones clínicas desde una perspectiva de género

Alicia MORENO FERNÁNDEZ

Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Beatriz RODRÍGUEZ VEGA

Universidad Autónoma de Madrid

María José CARRASCO GALÁN

Universidad Pontificia Comillas de Madrid

José Javier SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

Universidad Autónoma de Madrid

Resumen

Este artículo presenta los resultados de una investigación con una muestra de mujeres casadas y con hijos (un grupo control y un grupo de pacientes depresivas). Se evaluó en ambos grupos y en la muestra global la asociación entre la intimidad y distintos aspectos del poder en la pareja, por un lado, con el nivel de satisfacción marital y el nivel de sintomatología depresiva, teniendo en cuenta también la influencia de otras variables psicosociales habitualmente vinculadas a la depresión. Los resultados muestran la relevancia del grado de intimidad y de todos los aspectos referentes al poder en la relación (recursos educativos y laborales, estrategias de comunicación, reparto de tareas y decisiones y grado de equidad o igualdad) a la hora de explicar las vivencias depresivas de las mujeres. Finalmente se exponen las implicaciones clínicas de estos resultados para el trabajo psicoterapéutico con mujeres o con parejas.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, ajuste marital, mujeres, intimidad, poder, desigualdades, perspectiva de género, psicoterapia de pareja.

Abstract

This article presents a research conducted with a Spanish sample of married women with children (divided into a community group and a clinical group of depressed patients). The goal of the research was to evaluate in the global sample and in both groups the association between marital intimacy and several aspects of marital power, on one hand, with the level of marital adjustment and depressive symptomatology. Several psychosocial variables usually associated with depressive symptomatology were also assessed. The

results establish a strong and significant association between the level of intimacy and the different aspects of marital power (educational and economic resources, communication strategies, the division of tasks and decision making, and the degree of equity and equality) with the depressive symptomatology of women. Clinical implications for individual or couples psychotherapy are drawn from these results.

Key words: Depressive symptomatology, Marital adjustment, Women, Intimacy, Power, Inequalities, Gender Perspective, Couple's Therapy.

Las mujeres se deprimen durante la mayor parte de su vida adulta en una proporción que dobla o triplica la de los hombres (Weissman, 1987; Delgado, González y Mas Hesse, 1993; Ustin y Sartorius, 1995; Culbertson, 1997). Entre las hipótesis que surgen para dar cuenta de esta diferencia de sexo, una de las que tiene mayor apoyo empírico es la perspectiva psicosocial, que explica el mayor riesgo de depresión en la mujer como resultado de las desigualdades sociales entre hombres y mujeres. De hecho, las mayores diferencias de sexo en las tasas de depresión y de sintomatología depresiva se dan en las edades medias de la vida, que es precisamente cuando hay más disparidad en las circunstancias de vida y los roles sociales y familiares de hombres y mujeres, sobre todo los casados y con hijos (McGrath, Keita, Strickland y Russo, 1990; Brems, 1995; World Health Organization, 2000; Matud, Guerrero y Matías, 2006).

Así, aunque el matrimonio ejerce, en general, un efecto beneficioso sobre la salud física y mental de ambos sexos, dicho efecto es algo menor en las mujeres, debido a las asimetrías tradicionales en la distribución de cargas, y al mayor impacto en la salud mental de la mujer de una mala relación (Rodríguez Vega, 1993; Cotten, 1999; Hollist, Miller, Falceto y Fernandes, 2007). La maternidad supondría un riesgo, sobre todo cuando la mujer cuenta con poco apoyo o reparto en las tareas de crianza. En cuanto al trabajo, pueden influir sobre la mujer tanto el rol de ama de casa, típicamente asociado con la

sintomatología depresiva como la dificultad y estrés derivados de compaginar un empleo remunerado con el cuidado de la familia (Pérez Blasco y Serra, 1995; Sebastián, 2001).

A estas características de los roles de las mujeres se puede sumar el efecto de una serie de circunstancias adversas, como la falta o la dificultad de acceso a mayores recursos económicos o laborales, diversas experiencias de victimización o de violencia de género, o los acontecimientos estresantes que afectan a las mujeres o a personas cercanas. Si no se cuenta para hacer frente a estas circunstancias con el apoyo de personas significativas y, sobre todo, del cónyuge, el riesgo de depresión de la mujer aumenta significativamente (Brown y Harris, 1978; Kessler y McLeod, 1984; Brown, Harris y Hepworth, 1995; Cotten, 1999).

Además, desde una perspectiva complementaria a la psicosocial, se plantearía que algunas características del rol de género femenino, como la tendencia de la mujer a valorarse en función de su capacidad de cuidar y mantener vínculos, puede contribuir a aumentar su malestar emocional, cuando se devalúa esa orientación a las relaciones, o éstas no promueven el intercambio afectivo igualitario (Jordan *et al.*, 1991; Miller, 1992; Tavis, 1992; Worel y Remer, 1992).

La relación de pareja es entonces un marco privilegiado para estudiar si la depresión y la sintomatología depresiva de la mujer se asocian con la falta de intimidad o conexión emocional y con las desigualdades sociales, reflejadas en este caso en las diferencias

en el ejercicio y reparto de poder entre los cónyuges (Goldner, 1989; Carter, 1996; Knudson-Martin, 1997; Steil, 1989; Byrne y Carr, 2000; Steil, 2000).

Hay diversos modelos teóricos y abundante evidencia empírica que explican y evalúan el impacto de la falta de apoyo emocional en la pareja sobre la mujer (Jack, 1991; Sperberg y Stabb, 1998; Beach, 2001; Coyne, Thompson y Palmer, 2002; Heene, Buysse y Van Oost, 2007; Hollist *et al.*, 2007; Whiffen, 2007). En cuanto a las desigualdades o diferencias de poder, los análisis de la relación desde un enfoque de género ponen en relación el bienestar de la mujer en la pareja con el reparto de recursos, de cargas y de privilegios entre los cónyuges. Desde esta perspectiva se plantea que hay un paralelismo, que es especialmente significativo para las mujeres con hijos y con roles más tradicionales, entre el grado de poder de la mujer en la relación y su sintomatología depresiva (Mirowsky, 1985; Van Yperen y Buunk, 1990; Silverstein y Perlick, 1995; Steil, 1997; Halloran, 1998; Byrne, Carr y Clark, 2004).

Desde la teoría sistémica se formulan hipótesis clínicas que interpretan la depresión de uno de los cónyuges como el reflejo de desequilibrios o disputas por el poder. Linares y Campo (2000), por ejemplo, consideran que la depresión sería una expresión de impotencia o debilidad y simultáneamente una protesta o rebelión, una manera indirecta de cuestionar esa asimetría y ganar poder sobre el cónyuge. Lerner (1987) plantea que la mujer tendría mayor riesgo de ser el cónyuge deprimido porque socialmente se prescribe para ella un rol debilitado en la relación, en la que debe sacrificar “yo” en función del “nosotros”. Si la mujer no se percibe con los recursos o la capacidad para cuestionar su posición en la relación, es probable que atribuya su malestar a la pareja, y que le resulte

difícil desafiar la homeostasis de la relación, que ella misma contribuye a mantener (Byrne y Carr, 2000; Jones y Asen, 2000).

Objetivos e hipótesis

Partiendo de estas grandes líneas teóricas, nos planteamos esta investigación con el objetivo general de profundizar en la asociación entre la calidad y las características de la relación de pareja y la sintomatología depresiva de la mujer. En concreto, los objetivos de la investigación fueron:

- a) Estudiar el grado de asociación entre el ajuste marital y la sintomatología depresiva en la mujer.
- b) Estudiar la asociación de la intimidad y diversos aspectos del poder en la pareja con el ajuste marital y con la sintomatología depresiva. Dentro del poder se valoraron tres dimensiones: las estrategias de influencia entre los cónyuges, el reparto de tareas domésticas y de toma de decisiones, y el grado de equidad o de igualdad en la relación.
- c) Analizar las interrelaciones entre los componentes de la relación de pareja. Por un lado, entre la intimidad y el poder, y por otro, entre los distintos aspectos del poder.
- d) En cuarto lugar, situar la asociación entre ajuste marital y sintomatología depresiva en relación a la influencia de ciertas variables psicosociales típicamente asociadas a la depresión o sintomatología depresiva, tales como los recursos de la mujer, el apoyo social y los acontecimientos vitales.
- e) Por último, se comparó si todas estas asociaciones entre variables eran diferentes en la muestra comunitaria y en la muestra clínica, para ver si las características de la relación de pareja y los aspectos psicosociales estudiados actuaban de forma

diferente en las mujeres que acuden a consultas de salud mental (figura 1).

Método

Muestra

Esta investigación se realizó con una muestra de 343 mujeres casadas, con una media de edad de 43 años, que convivían con su cónyuge y con hijos. Un 48% de las mujeres tenían estudios primarios, un 32% estudios secundarios, y un 20% estudios superiores. En cuanto a su estatus laboral, aproximadamente la mitad tenían empleo remunerado y la otra mitad eran amas de casa sin empleo. La muestra estaba dividida en dos grupos, similares en sus características sociodemográficas: un grupo de control compuesto por 255 mujeres (en su mayoría participantes de algún tipo de actividad formativa o de ocio en centros culturales o de formación de adultos) y un grupo de 88 pacientes, es decir, mujeres

que estaban en tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico por un trastorno depresivo en un centro público de salud mental.

Variables e instrumentos

Se recogieron datos de las mujeres mediante diversas medidas de autoinforme:

- En cuanto a las variables referentes a la relación de pareja, se evaluó el *ajuste marital* (una medida global del grado de satisfacción con la relación de pareja) mediante la Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976).
- Para evaluar el *nivel de intimidad* se utilizó la subescala de comunicación afectiva del *Marital Satisfaction Inventory* (Snyder, 1989), que mide el grado de insatisfacción con la cantidad de afecto, empatía y autorrevelación por parte del cónyuge.
- Las *estrategias* que, según la percepción de la mujer, utilizan tanto ella como su marido para intentar influir sobre el otro, se evaluaron mediante el cuestionario de Aserción en la Pareja (Carrasco, 1996), con sus dos formas, A y B. Mide cuatro estrategias: la *aserción*, que implica una postura de igualdad, la *agresión* y la *agresión pasiva*, que implican, ambas un intento de dominio, bien mediante coacciones directas o indirectas; y la *sumisión*, que corresponde a una postura de subordinación ante el otro, al no expresar directamente los propios deseos u opiniones.
- *El área de las tareas y decisiones en la pareja* se evaluó a través de un cuestionario basado en el de Cowan y Cowan (1979). Mide cuatro variables: el reparto de tareas, el reparto de la toma de decisiones, y el grado de insatisfacción con esos repartos de tareas o decisiones, que indica la diferencia que hay, en cada caso, entre

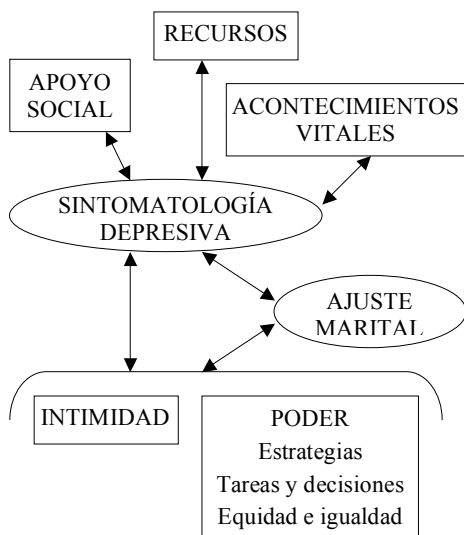


Figura 1. Variables de la investigación.

- el reparto real y el deseado por la mujer.
- Se evaluó también el grado de *equidad e igualdad* en la relación, a través del cuestionario de equidad de Walster, Walster y Bescheild (1978), que mediante una fórmula valora el equilibrio entre las ganancias de ambos cónyuges en la relación (igualdad) o el equilibrio entre las aportaciones y ganancias de ambos cónyuges (equidad). En ambos casos, puntuaciones positivas corresponden a una situación de inequidad o desigualdad positiva, es decir, a una ventaja relativa de la mujer en la pareja; puntuaciones iguales o cercanas a cero indican una relación de equidad o de igualdad y puntuaciones negativas corresponden a la inequidad o desigualdad negativas, situación de desventaja para la mujer.
 - Para estudiar otras variables psicosociales se midió el *apoyo social* mediante la versión validada en España del cuestionario de apoyo social funcional de Broadhead y otros (1988), que mide el grado en que la persona satisface sus necesidades de apoyo afectivo y confidencial en su círculo de relaciones.
 - Los *acontecimientos vitales* se midieron con una versión reducida del cuestionario de Martínez Azumendi y Beitia Fernández (2000), basado en el listado de experiencias amenazantes de Brugha, que preguntaba si habían ocurrido una serie de acontecimientos estresantes en los últimos seis meses.
 - Se recogieron datos sobre los *recursos de la mujer*, nivel educativo y empleo, que se analizaron como variables independientes, y sobre las características sociodemográficas de la muestra.
 - También se preguntó a las mujeres sobre los tratamientos actuales o previos y sobre los motivos de consulta.

- En el caso de las pacientes, se pidieron algunos datos a los terapeutas sobre el diagnóstico y tratamiento.
- Por último, se midió el nivel de *sintomatología depresiva* mediante el Inventario de Depresión de Beck (Beck *et al.*, 1961).

Análisis estadísticos

Se utilizó para estos análisis el programa SPSS, versión 10. En primer lugar, se comprobó que no había diferencias significativas entre el grupo control y de pacientes en las variables sociodemográficas. Asimismo, se realizaron análisis de fiabilidad y análisis factoriales de los instrumentos utilizados. Para cada hipótesis se realizaron diversos análisis de varianza factoriales. Uno de los factores era siempre el grupo, para comprobar si en las comparaciones realizadas se daban diferencias entre las pacientes y las mujeres del grupo control. Estos análisis se realizaron con muestras equilibradas, es decir, extrayendo muestras aleatorias de sujetos para igualar el tamaño de todas las casillas de comparación. Se calculó la matriz de correlaciones entre las variables continuas, para los dos grupos, y se compararon ambos coeficientes de correlación. Por último, se realizaron varios análisis de regresión múltiple, por el procedimiento de pasos hacia delante, para variables continuas, y un análisis de regresión logística, para la variable dicotómica control/ paciente.

Resultados

¿Qué asociación hay entre la sintomatología depresiva y ajuste marital?

Los resultados confirman, en concordancia con numerosas investigaciones (Gtolib y Whiffen, 1989; Assh y Byers, 1996; Wish-

man, 2001; Heene, Buysse y Van Oost, 2007; Hollist *et al.*, 2007), que en esta muestra de mujeres se dan mayores niveles de sintomatología depresiva junto con menores niveles de ajuste marital ($F = 13,019$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,165$). Esta asociación es incluso mayor en el grupo de pacientes, en el que encontramos una mayor correlación entre ajuste marital y sintomatología depresiva (-0.453 , $p < 0,001$) que en el grupo control (-0.390 , $p < 0,001$). Dentro del grupo de pacientes las puntuaciones menores en ajuste marital se dan en las mujeres con distimia, aunque no llega a haber diferencias significativas.

¿Qué componentes de la relación de pareja son más relevantes para el ajuste marital de la mujer y para su nivel de sintomatología depresiva?

Si consideramos conjuntamente todos los componentes de la relación de pareja que se evaluaron, vemos que los que se asocian a un *mayor ajuste marital* según los resultados de los análisis de varianza de los factores grupo y ajuste marital son: una mayor *intimidación* ($F = 46,521$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,463$); *estrategias* que impliquen una mayor aserción y menor agresión pasiva, tanto de la mujer ($F = 14,545$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,212$ y $F = 11,643$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,177$ respectivamente) como del cónyuge ($F = 14,626$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,213$ y $F = 11,733$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,178$ respectivamente), así como una menor agresión del cónyuge ($F = 10,825$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,213$). Se da además un mayor reparto de las *tareas y decisiones* ($F = 3,668$; $p = 0,029$; $\eta^2 = 0,064$ y $F = 3,127$; $p = 0,048$; $\eta^2 = 0,055$) y menor insatisfacción de la mujer con esos repartos ($F = 3,578$; $p = 0,031$; $\eta^2 = 0,062$ para las tareas y $F = 12,865$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,192$ para las decisiones). Por último, se asocian a un mayor ajuste las

relaciones *equitativas o de inequidad positiva*, es decir, de equilibrio en las ganancias y aportaciones de los cónyuges, o de cierta ventaja para la mujer ($F = 5,126$; $p = 0,007$; $\eta^2 = 0,087$). Por tanto, un mayor ajuste marital implica un mayor nivel de intimidación, así como un ejercicio y reparto del poder más igualitario en todas las áreas evaluadas.

De todos estos componentes de la relación de pareja, los que se asocian a la *sintomatología depresiva de la mujer* (análisis de varianza factoriales: grupo y sintomatología) son en primer lugar la falta de *intimidación* ($F = 14,545$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,212$), que es uno de los elementos clave. En cuanto a las *estrategias*, las relevantes no son las de la mujer sino las que la mujer percibe en el cónyuge: una mayor sintomatología de la mujer se asocia a una menor aserción ($F = 4,577$; $p = 0,012$; $\eta^2 = 0,065$) y a una mayor agresión ($F = 3,571$; $p = 0,031$; $\eta^2 = 0,051$) y agresión pasiva ($F = 3,071$; $p = 0,050$; $\eta^2 = 0,044$) del cónyuge. En el área de las *tareas y las decisiones*, lo importante no es el reparto en sí, sino el grado de insatisfacción ($F = 3,304$; $p = 0,040$; $\eta^2 = 0,048$ para las tareas y $F = 14,657$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,183$ para las decisiones), es decir, de discrepancia entre el reparto real y el deseado por la mujer. Por último, se da mayor sintomatología de la mujer en las relaciones de *inequidad*, tanto negativa, es decir, cuando se siente en desventaja en la relación, como positiva, cuando está en una posición de ventaja (figura 2).

De todas estas características de la relación son fundamentalmente dos, la falta de intimidación y la insatisfacción con la toma de decisiones, las que al calcular las ecuaciones de regresión tienen mayor capacidad explicativa o predictiva del nivel de sintomatología de la mujer. En el grupo control la variable predictiva con más peso es la intimidación (coeficiente estandarizado = 0.356; R^2 corregido

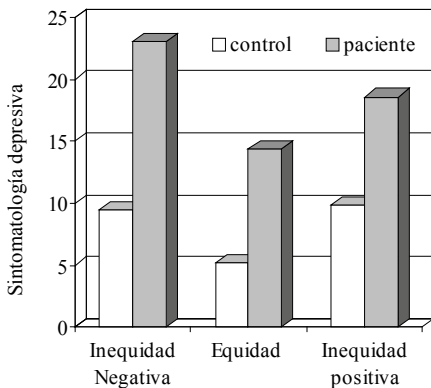


Figura 2. Puntuaciones en sintomatología depresiva en los distintos niveles de equidad.

= 0.205), seguida por la insatisfacción con la toma de decisiones (coef. = 0.214; $R^2c = 0.235$). En el grupo de pacientes la variable predictora más importante es el ajuste marital (predice el 20,4% de la varianza), y es mediadora del efecto que ejercen sobre la sintomatología tanto la intimidad como la insatisfacción con la toma de decisiones.

Por último, los resultados de varios tipos de pruebas estadísticas señalan algunas diferencias entre el grupo control y de pacientes en lo referente a estos distintos aspectos de la relación de pareja. En cuanto a las estrategias utilizadas por los cónyuges, el análisis de varianza factorial (ajuste y grupo) indica que las mujeres del grupo de pacientes son menos sumisas ($F = 3,461$; $p = 0,066$; $\eta^2 = 0,031$), y perciben a sus maridos como menos pasivo-agresivos ($F = 5,447$; $p = 0,021$; $\eta^2 = 0,048$), y con tendencia a ser más agresivos ($F = 2,617$; $p = 0,109$; $\eta^2 = 0,024$), que en el grupo control. Además, estas tres estrategias son predictores significativos de ser paciente en el análisis de regresión logística. Al comparar las correlaciones en ambos grupos en relación al ajuste marital se comprueba que la agresión de la mujer tiene una correlación

significativa con el ajuste en el grupo de pacientes (-0.307^{**}), pero no en el control, y que en aquél la aserción de la mujer tiene una correlación significativamente mayor con el ajuste que en el grupo control (0.552^{***} y 0.315^{***} respectivamente). En cuanto a la sintomatología depresiva, en el grupo control se dan correlaciones significativas ($*$ ($p < 0,05$); $**$ ($p < 0,01$); $***$ ($p < 0,001$)) con la aserción que la mujer percibe en sí misma y en el marido (-0.187^{**} y -0.212^{***} respectivamente) y con la agresión pasiva de ambos (0.164^* para la mujer y 0.165^{**} para el hombre), mientras que en las pacientes las correlaciones significativas son con la sumisión de la mujer (0.253^*) y la agresión -0.221^* y agresión pasiva 0.242^* del cónyuge. Al comparar ambos grupos en el área del reparto de tareas y toma de decisiones, se comprobó en el análisis de varianza factorial (sintomatología y grupo) que en el grupo de pacientes se daba, curiosamente, un mayor reparto de tareas ($F = 7,216$; $p = 0,008$; $\eta^2 = 0,052$) y una menor insatisfacción con dicho reparto ($F = 9,589$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,068$). Por último, se da una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en los porcentajes de inequidad negativa, equidad e inequidad positiva ($\chi^2 = 8.434$; $p = 0.015$), ya que en el grupo control más del 50% de la muestra tiene relaciones equitativas, mientras que en las pacientes los porcentajes de los tres niveles de equidad son similares (figura 3).

¿Qué asociación hay entre la intimidad y las variables referentes al poder en la relación?

Las estrategias que se asocian a una mayor intimidad, según los resultados de los análisis de varianza de dos factores (grupo e intimidad) son: la mayor aserción ($F = 40,629$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,195$) y la menor

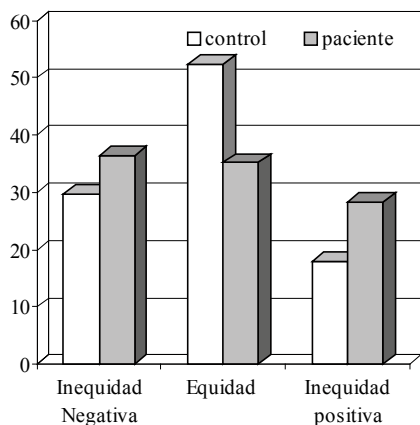


Figura 3. Porcentajes de niveles de equidad en el grupo control y de pacientes ($\chi^2=8.434$; $p=0.015$).

agresión pasiva de la mujer ($F = 19,200$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,139$) y del marido ($F = 52,800$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,239$ y $F = 35,536$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,175$, respectivamente), la menor sumisión de la mujer ($F = 27,062$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,139$) y la menor agresión del marido ($F = 34,025$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,168$). De todas estas estrategias, en la predicción de la intimidad es importante sobre todo la aserción del marido, que determina en gran medida para las mujeres el grado de intimidad en la relación. Se comprobó, además, que en las relaciones con mayor nivel de intimidad se daba un mayor reparto de tareas ($F = 40,629$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,195$) y una menor insatisfacción de la mujer con el reparto de tareas ($F = 40,629$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,195$) y con el reparto de la toma de decisiones ($F = 40,629$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,195$), así como una mayor vivencia de equidad en la relación ($F = 22,940$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,120$). El conjunto de resultados apoya globalmente la hipótesis de que se dan mayores niveles de intimidad en las relaciones que tienen un reparto del poder más igualitario. Los intentos indirectos de dominio entre los cónyuges mediante una

postura pasivo-agresiva, una actitud agresiva del marido y sumisa por parte de la mujer, la desigualdad en el área de las tareas y la toma de decisiones, y la percepción de la mujer de que ella comparativamente con su marido aporta más a la relación y sin embargo obtiene menos ganancias, se asocian en cambio a una falta de intimidad.

¿Qué asociación hay entre los diferentes aspectos del poder en la relación de pareja?

Al comparar en esta investigación las mujeres con trabajo y sin trabajo remunerado mediante análisis de varianza de dos factores (grupo y ocupación) se comprobó que las que trabajan fuera de casa actúan en la relación de forma más asertiva ($F = 8,617$; $p = 0,004$; $\eta^2 = 0,048$) y menos sumisa ($F = 5,978$; $p = 0,015$; $\eta^2 = 0,034$) y pasivo-agresiva ($F = 5,052$; $p = 0,026$; $\eta^2 = 0,029$); tienen, además, un mayor grado de reparto de tareas ($F = 17,339$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,092$), es decir, de colaboración del cónyuge en las tareas de casa. En el caso de las pacientes, tener empleo implica un aumento significativamente mayor que para el grupo control en cuanto a su satisfacción con la toma de decisiones ($F = 7,895$; $p = 0,006$; $\eta^2 = 0,044$). Por último, las mujeres que trabajan fuera de casa se perciben en una posición de mayor equidad en la relación ($F = 8,473$; $p = 0,004$; $\eta^2 = 0,047$), mientras que las mujeres sin empleo se ven en una situación de desventaja o inequidad negativa. En cuanto a la influencia del nivel de estudios, las mujeres con estudios secundarios o superiores consideran que sus relaciones son más equitativas que las mujeres con estudios primarios, que se perciben más en una situación de desventaja ($F = 4,189$; $p = 0,018$; $\eta^2 = 0,077$). Por tanto, los recursos de la mujer, sobre todo su estatus laboral, implican una

mejora de su posición en la relación, y le permiten participar en relaciones más equitativas y con mayor reparto de tareas y decisiones.

¿Cómo intervienen en la sintomatología depresiva de las mujeres casadas otras variables psicosociales?

En esta investigación se comprobó que se da un menor nivel de apoyo social ($F = 17,648$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,211$) y un mayor número de acontecimientos vitales estresantes ($F = 6,328$; $p = 0,002$; $\eta^2 = 0,087$) en las mujeres con mayores niveles de sintomatología depresiva. En el grupo control el apoyo social actuaba como protector o amortiguador del posible impacto negativo de una mala relación de pareja, explicando ambos el 26,1% de la varianza de la sintomatología depresiva, mientras que en el grupo de pacientes el apoyo social no era un predictor de la sintomatología, al considerarlo conjuntamente con el ajuste marital (éste predice un 19,6% de la varianza de la sintomatología depresiva). En cuanto a los acontecimientos vitales adversos, se comprobó que en ambos grupos, control y pacientes, el ajuste marital ejercía un efecto moderador del impacto de los acontecimientos vitales sobre la sintomatología depresiva de las mujeres. En el grupo control las dos variables (ajuste marital y acontecimientos vitales) explican el 20,6% de la varianza en sintomatología depresiva, mientras que en el grupo de pacientes explican el 23,6%, siendo en ambos casos menor el efecto de los acontecimientos vitales sobre la sintomatología depresiva cuando son considerados conjuntamente con el ajuste marital.

Por último, las ecuaciones de regresión que predicen a partir de todas las variables incluidas en el estudio la sintomatología depresiva en ambos grupos, indican que en el grupo control una falta de apoyo social

(coeficiente estandarizado $-0,293$; R^2 corregido $= 0,228$), en una relación de pareja en la que se da una desigualdad entre las ganancias de ambos cónyuges (coef. $= 0,138$; R^2 c. $= 0,279$), circunstancias vitales estresantes o amenazantes (coef. $= 0,195$; R^2 c. $= 0,318$), insatisfacción con el reparto de toma de decisiones (coef. $= 0,126$; R^2 c. $= 0,335$) y falta de intimidad (coef. $= 0,148$; R^2 c. $= 0,344$), contribuyen a aumentar la sintomatología depresiva y explican el 34,4% de la varianza de esta variable. En el grupo de pacientes el 32% de la varianza en sintomatología depresiva se explica por un bajo ajuste marital (coef. $= -0,332$; R^2 c. $= 0,204$), mayor número de acontecimientos vitales estresantes (coef. $= -0,267$; R^2 c. $= 0,242$), un bajo nivel de estudios de la mujer (coef. $= -0,234$; R^2 c. $= 0,288$) y una falta de equidad en la relación (coef. $= -0,201$; R^2 c. $= 0,320$).

Discusión

Ajuste marital y sintomatología depresiva

Hay una asociación significativa entre ajuste marital y sintomatología depresiva en las mujeres, sobre todo en las pacientes. Esto se da sobre todo en los casos en que las mujeres vinculan su motivo de consulta a problemas en las relaciones familiares o de pareja, y en las pacientes con distimia, es decir, con trastornos depresivos caracterizados por niveles medios pero crónicos de sintomatología depresiva. Por tanto, es importante explorar o intervenir directamente sobre la relación de pareja de todas las mujeres que consultan por depresión, y muy especialmente en los casos mencionados. La terapia de pareja en estos casos (Beach, Sandeen y O'Leary, 1990; Jones y Asen, 2000; Linares y Campo, 2000; Papp, 2000; Beach, 2001; Coppo, Salgueiro y Nieto, 2008) debe desafiar la homeostasis

de la relación cuestionando, en primer lugar, la identificación de la mujer con el rol de enferma que puede ser, en realidad, una manera de reclamar y a la vez de oscurecer la necesidad de cambio en diversas áreas de la relación.

Variables psicosociales

Al situar la asociación entre el ajuste y la sintomatología en el contexto de otras variables psicosociales, encontramos que el ajuste marital actúa como protector frente al impacto negativo de los acontecimientos vitales estresantes, que afectan con mayor frecuencia a las pacientes. En ambos grupos, las circunstancias estresantes en la vida de las mujeres, unidas a una baja calidad de la relación o falta de intimidad, y a una percepción de desigualdad o de inequidad, contribuyen a explicar la sintomatología depresiva. Por tanto, las características de la relación de pareja y, en concreto, el grado de igualdad o desigualdad en el reparto del poder, son relevantes a la hora de predecir la sintomatología depresiva de las mujeres, aun cuando se tiene en cuenta el efecto de otras variables externas a la relación, como el apoyo social o los acontecimientos vitales.

El apoyo social juega un papel diferente en el grupo control y de pacientes. En el primer caso, la calidad del apoyo que la mujer obtiene del conjunto de sus relaciones es la variable con mayor impacto sobre su bienestar emocional, mientras que en las pacientes este efecto lo ejerce el ajuste marital. De hecho, en este segundo grupo, el apoyo social ni siquiera ejerce un papel protector frente a la sintomatología depresiva cuando hay una mala relación de pareja. Estos resultados pueden indicar que en las pacientes la sintomatología puede ser mantenida, como proponen las hipótesis sistémicas, por de-

terminadas características de la relación de pareja. También es posible que las pacientes dependan más emocionalmente de la pareja, o se valoren a sí mismas en función de la calidad de la relación. Al fallar ésta, otras posibles fuentes de apoyo no contribuirían en estas mujeres a paliar el efecto depresógeno de la insatisfacción marital. Una falta de nivel educativo, que puede implicar menor poder para actuar en la relación o menores alternativas laborales o económicas, haría a las pacientes aún más vulnerables a la depresión.

Intimidad, poder, ajuste marital y sintomatología depresiva

Cuando analizamos detalladamente qué componentes de la relación son más relevantes para el ajuste marital y la sintomatología depresiva de las mujeres, la intimidad aparece como el factor fundamental en ambos casos, unido a algunos de los aspectos del poder, sobre todo, la satisfacción de la mujer con la toma de decisiones. El ajuste marital de las mujeres es mayor cuando perciben que ambos cónyuges son asertivos y no emplean métodos indirectos y coercitivos de intentar influirse mutuamente (agresión pasiva), y cuando perciben que el marido no es agresivo. También contribuyen a un mayor ajuste un mayor reparto de las tareas y de las decisiones y, sobre todo, una mayor satisfacción de la mujer con su participación en la toma de decisiones. Por último, el ajuste marital es mayor en relaciones equitativas o de cierta inequidad positiva para la mujer. Es decir, en el ajuste interviene tanto el nivel de intimidad como el grado de igualdad o desigualdad en el ejercicio del poder, reflejado sobre todo en la satisfacción con el reparto de tareas y el grado de equidad de la relación.

La sintomatología depresiva de las mujeres en el contexto de la relación de pareja

tiene que ver también con las dos dimensiones: la intimidad y el poder, reflejado éste fundamentalmente en la satisfacción con la toma de decisiones. Las vivencias depresivas de las mujeres se dan junto con una falta de conexión emocional con el cónyuge y una insatisfacción de la mujer con su participación en la toma de decisiones, ya sea porque tiene que tomar decisiones en asuntos en los que desearía la participación del marido, o sobre todo, porque éste toma las decisiones unilateralmente, sin contar con ella. La vivencia de la mujer de estar en una relación no equitativa se asocia también a una mayor sintomatología. Ésta no sólo se da, como cabría esperar, cuando la mujer se percibe en una situación de desventaja en la relación, sino cuando se percibe en una posición ventajosa. Quizá los síntomas depresivos contribuyen a que las mujeres disminuyan sus aportaciones a la relación y paradójicamente consigan una posición de ventaja, al aumentar entonces las aportaciones del cónyuge. También es posible que al considerar que su aportación a la relación es pequeña, las mujeres lo interpreten como un fallo en su función de cuidadoras de las relaciones, y eso las haga deprimirse. Por último, hay una asociación entre la sintomatología de la mujer y las estrategias empleadas por el marido, ya que la falta de aserción, unida a la agresión y agresión pasiva de éste, se dan junto con mayores niveles de sintomatología. Curiosamente, las estrategias de la mujer no varían en los distintos niveles de sintomatología, lo que indicaría que es más relevante para el bienestar emocional de las mujeres el estilo de relación que perciben en su cónyuge que el suyo propio, aunque obviamente no podemos separar las estrategias de los cónyuges, que ejercerían una influencia mutua, dentro de un proceso de causalidad circular.

Diferencias entre el grupo control y de pacientes

Aunque las diferencias en los diversos componentes de la relación de pareja se dan más en función del nivel de sintomatología que en función de ser o no paciente, la comparación entre ambos grupos de mujeres nos permite identificar algunas características diferenciales de las relaciones de pareja de las pacientes. En las pacientes se da más claramente una influencia recíproca entre ajuste y sintomatología. Estas relaciones son menos satisfactorias globalmente, y corresponden a un patrón de relación en que parece que se ponen más en juego las disputas por el poder entre los cónyuges. Los maridos de las pacientes son menos pasivo-agresivos y más agresivos que en el grupo control, y las mujeres tienden a ser menos sumisas y más agresivas. Así como el malestar en la relación se manifiesta en el grupo control sobre todo mediante una actitud pasivo-agresiva de ambos cónyuges, es decir, por un conflicto más implícito, en las pacientes se da una agresión más directa del marido, ante la que las mujeres podrían oscilar entre la sumisión y la agresión. Ambas estrategias se asocian a un deterioro en el ajuste marital, que a su vez incrementa la sintomatología depresiva. Frente a actitudes de la mujer de sometimiento o de agresión hacia el cónyuge, ineficaces para conseguir una mejora en la calidad de la relación o un aumento en el grado de poder de la mujer, la aserción aparece como particularmente importante en las pacientes, ya que contribuye a mejorar apreciablemente el ajuste marital.

Los resultados del reparto del poder en las pacientes muestran la gran importancia de la satisfacción de la mujer con el reparto de decisiones: sentirse relegada o con poco control en esta área se asocia a vivencias

depresivas. Por contraste, es menos relevante que en el grupo control la satisfacción con el reparto de tareas, ya sea porque la condición de pacientes induce a los maridos a colaborar más en el trabajo doméstico, o porque estas mujeres asumen, sin cuestionarlo, su rol de amas de casa. En conjunto, se da más entre las pacientes, como era de esperar, una posición de inequidad negativa o desventaja, pero también se dan con mayor frecuencia que en el otro grupo relaciones de inequidad positiva. Este hallazgo puede interpretarse como una prueba de la función que pueden estar ejerciendo los síntomas, y la jerarquía incongruente que se establece al ser la mujer deprimida, por un lado, la paciente identificada y, por otro lado, la que indirectamente ejerce control sobre su marido, al conseguir en este tipo de relaciones una mayor implicación y aportaciones de él a la relación.

Asociación entre los diferentes componentes de la relación de pareja

Los diversos componentes de la relación de pareja analizados están vinculados entre sí. La igualdad y la intimidad van unidas; y se dan interconexiones entre las distintas dimensiones del poder: recursos (nivel educativo y trabajo remunerado), estrategias (sumisión, agresión pasiva, agresión y aserción) y resultados (reparto de tareas y decisiones; nivel de equidad o igualdad). La asociación entre igualdad e intimidad se puede explicar en las dos direcciones. Una posible interpretación sería que una vivencia de conexión emocional y autorrevelación con el cónyuge, es decir, una mayor intimidad, hace que la mujer evalúe su relación como igualitaria, puesto que se siente escuchada y validada emocionalmente. La sensación de un ejercicio y reparto del poder igualitario no sólo tendría que ver con los aspectos que típicamente se estudian, tales como

el reparto de tareas o decisiones, sino con el grado de intimidad o comunicación afectiva.

Por otro lado, la asociación entre intimidad y poder igualitario se podría interpretar en el sentido de que la desigualdad en la relación impide o dificulta que se alcance una verdadera intimidad en la relación. En el ámbito de las estrategias de los cónyuges, la aserción de ambos, que implica una posición de igualdad y respeto mutuo, facilitaría la intimidad, mientras que la agresión pasiva de ambos, la agresión del marido y la sumisión de la mujer la dificultarían. Estas dos últimas estrategias podrían representar el extremo del estereotipo de roles de género según el cual los hombres intentan dominar las relaciones y las mujeres asumen un papel secundario o subordinado con respecto al cónyuge. Estos resultados, por tanto, indicarían que el ejercicio de dichos roles tradicionales dificultaría la intimidad, sobre todo en las pacientes, para quienes su propia aserción y sumisión, y la agresión del marido, son particularmente relevantes.

Las mujeres perciben que alcanzan mayores niveles de intimidad debido sobre todo a la aportación del marido, fundamentalmente por su comportamiento asertivo. Al estar típicamente las mujeres, por su rol de género, más sensibilizadas a la consecución de niveles altos de autorrevelación, es probable que el nivel de intimidad de la relación venga más determinado o limitado por el marido, que, en este caso, sería el cónyuge menos implicado en incrementar esa intimidad. Por eso las mujeres valoran como particularmente importante y positiva una actitud abierta y asertiva del marido, que es la principal variable predictora del nivel de intimidad o comunicación afectiva de la relación. Por el contrario, una actitud agresiva del marido sería un obstáculo para la intimidad.

Otros obstáculos para la intimidad son la falta de reparto de tareas y la insatisfacción

de la mujer con su participación en la toma de decisiones, así como una valoración de estar en una situación de inequidad o de desigualdad en la relación, aportando más que el marido. La falta de reparto de tareas puede generar en la mujer sobrecarga o una sensación de no ser tenida en cuenta, que resta intimidad en la relación. En cambio, la colaboración del marido le ayudaría a sentirse más apoyada por su cónyuge en la cotidianidad. Asimismo, la participación conjunta en la toma de decisiones implicaría mayores niveles de intimidad, puesto que se requeriría respeto mutuo y negociación e intercambios frecuentes entre los cónyuges. Por último, se vincula la valoración de la mujer de inequidad negativa o desigualdad con la falta de intimidad, al percibir seguramente que ella invierte emocionalmente en el cuidado del cónyuge y la relación en mayor medida que su marido. El conjunto de estos resultados referentes a la relación entre la intimidad y el poder indicarían que, detrás de las quejas de muchas mujeres deprimidas por la falta de intimidad en su relación, seguramente hay un ejercicio y reparto del poder poco igualitario en el que la mujer se siente en desventaja.

Las diferentes dimensiones del poder analizadas están asimismo vinculadas entre sí. Los resultados indican en primer lugar que, a la hora de analizar el poder en la pareja, hay que tener en cuenta la posible falta de recursos de la mujer, que la sitúa en una posición de desventaja en la relación. Es mucho más difícil para una mujer sin empleo remunerado y con un bajo nivel de estudios, sobre todo si es una paciente, conseguir una relación equitativa. Seguramente esta mujer, al carecer de recursos socialmente valorados, hace mayores aportaciones a la relación que su marido y obtiene menos ganancias que él, ya que ambos asumen implícitamente que el salario de él compensa o sirve de excusa

para su menor implicación en otras aportaciones a la relación. Además, las mujeres sin empleo remunerado asumen menos en sus interacciones menos una posición de igualdad (aserción), y más una posición de inferioridad (sumisión), y consiguen una menor participación en la toma de decisiones y una menor colaboración de sus maridos en las tareas domésticas y el cuidado de los hijos. Es decir, son menos capaces de establecer unas condiciones de igualdad en la relación, y de contrarrestar la posición dominante del marido.

Conclusiones

Los resultados de esta investigación tienen implicaciones de cara al trabajo psicoterapéutico con mujeres o con parejas. En primer lugar, la asociación significativa entre la calidad de la relación de pareja y la sintomatología depresiva de la mujer implica la necesidad de considerar la opción de terapia de pareja como la modalidad preferente para tratar trastornos depresivos generados y/o mantenidos en el contexto de la relación marital. Los resultados de investigaciones sobre la eficacia de este tipo de tratamiento, tanto desde el enfoque cognitivo-conductual (Beach *et al.*, 1990; Beach, 2001) como desde el modelo sistémico (Jones y Asen, 2000; Leff *et al.*, 2000) muestran que es tan eficaz a corto plazo como el tratamiento individual o farmacológico en disminuir la sintomatología depresiva y mucho más eficaz a medio plazo en mejorar la calidad de la relación.

Al abordar el tratamiento de una mujer deprimida tendremos que explorar, entre otros aspectos, en qué circunstancias empezó a manifestarse la sintomatología, cómo eran las interacciones antes y cómo cambiaron a raíz de la aparición de la depresión, qué significado tiene ésta para cada miembro de la pareja, cómo interviene el cónyuge para

tratar de manejar o de aliviar los síntomas, qué problemas han pasado a un segundo plano desde la aparición de la depresión, o cuáles se han incrementado. Si los síntomas de la mujer se vinculan a su relación de pareja, tratarlos individualmente sin tener en cuenta el contexto en el que se dan o la función que cumplen puede tener justamente el efecto de mantener, en lugar de cuestionar, el rol de enferma. Este rol es por un lado una llamada de atención de su malestar y de la necesidad de cambio en el sistema, pero por otro lado es una forma de mantenerse en una posición debilitada que oscurece los problemas relacionales y resulta menos amenazante para el estatus quo.

Dentro de los diferentes aspectos de la relación de pareja, el nivel de intimidad es el que ejerce un mayor impacto sobre el bienestar individual y relacional de la mujer. Por tanto, es fundamental abordar este aspecto en la terapia con las mujeres que consultan. En primer lugar, fomentando cercanía afectiva, empatía y autorrevelación entre los cónyuges. En segundo lugar, abordando con la mujer los posibles obstáculos que ella misma puede estar poniendo para la consecución de un mayor nivel de intimidad, como la sumisión o el “silenciamiento” (Jack, 1991) que, aunque intentan evitar conflictos, sólo conducen a una mayor desconexión. Se debe facilitar la expresión y reivindicación eficaz de los sentimientos y deseos de las mujeres cuidando, a la vez, que los maridos no reaccionen defensivamente ni lo interpreten como ataques o reproches.

Al estar vinculado el grado de intimidad en la relación con el grado de igualdad o desigualdad en el ejercicio y reparto del poder, estos últimos aspectos deben evaluarse y abordarse siempre que se quiera incrementar el nivel de intimidad en la pareja, incluso cuando no se incluyan explícitamente en el

motivo de consulta inicial. Debemos valorar en terapia los recursos con que cuenta cada cónyuge, cómo se han repartido las responsabilidades y privilegios en la pareja, cómo y quién toma las decisiones, de qué manera intenta cada uno ejercer poder o influir sobre el otro y cómo es en general entre ellos el equilibrio de las aportaciones y las ganancias.

Es importante revisar en la terapia, ya sea individual o de pareja, qué impacto tienen en la mujer las estrategias que utiliza su cónyuge, así como hacer a la mujer consciente del efecto que sus propias estrategias tienen en la relación. Por ejemplo, hay que evaluar el potencial de abuso en la relación, pues la agresión psicológica del marido puede ir acompañada de agresiones físicas y, aunque no se suele detectar, hay un alto porcentaje de maltrato físico en las mujeres que consultan en salud mental (Polo, 2001). Si se puede trabajar con la pareja, es primordial reducir esa agresividad del marido, que es especialmente dañina para el bienestar emocional de la mujer, y sustituir el intento del cónyuge de imponer su dominio por una actitud más respetuosa y más igualitaria. Con la mujer es necesario buscar formas eficaces de situarse en una posición de igualdad respecto a su marido, actuando asertivamente, y evitar caer en dos posiciones que son especialmente nocivas para las relaciones de pareja de las pacientes: la sumisión o la agresividad, que mantienen las desigualdades o la pugna por el poder.

Otra área de trabajo terapéutico relevante, referida al poder, es la distribución de roles y de la toma de decisiones en la pareja. La falta de control de la mujer en el reparto o falta de reparto de tareas, y sobre todo en la toma de decisiones, es el aspecto del poder más influyente en su nivel de sintomatología. Hay que evaluar no sólo de

qué áreas o decisiones se ocupa la mujer, sino hasta qué punto esa situación se adecua a sus deseos. Los resultados indican que las mujeres desean una participación igualitaria de ambos miembros, en la que ellas no se vean sobrecargadas con asuntos en los que desearían más participación de su marido ni, sobre todo, relegadas o no tenidas en cuenta en la toma de decisiones.

Es necesario asimismo evaluar en la terapia los posibles desequilibrios que se puedan dar en las aportaciones y ganancias de ambos cónyuges en la relación, y que se asocian a vivencias depresivas en las mujeres. En este sentido, hay que revisar con las pacientes su percepción de lo que aportan a la relación. Esto es sobre todo importante cuando algunas mujeres, por estar deprimidas o por tener pocos recursos educativos o económicos, minusvaloran sus aportaciones o no se consideran con derecho a una posición de igualdad en la relación con su marido ni a obtener sus mismas ganancias o privilegios. Cuando la mujer se percibe en una posición de desventaja, se debe intentar reequilibrar la relación, bien fomentando una mayor aportación del marido mediante una mayor implicación emocional que contribuya a una relación de mutualidad, o bien ayudando a la mujer a sentirse en control sobre su propio nivel de aportación a la pareja. Si una excesiva dedicación a la relación y una renuncia o falta de atención hacia sus propias necesidades individuales pueden situarla en una posición de desventaja, es importante que corrija esa posición de subordinación y se sitúe en un plano de igualdad, atendiendo a la relación pero no a costa de sí misma. Si se da la situación contraria, en la que la mujer se siente en ventaja en la relación debido al poder que indirectamente le otorga su rol de enferma, hay que cuestionar esa excesiva complementariedad que puede estar dándose

entre los cónyuges, es decir, la actitud protectora o los intentos benevolentes de ayuda del marido y el desvalimiento y disfuncionalidad de la mujer.

Finalmente, debemos tener en cuenta en nuestra labor terapéutica que los diversos aspectos del poder en la pareja están relacionados entre sí y que dependen en parte de los recursos educativos y laborales/ económicos con que cuenta la mujer. Es decir, que las desigualdades a nivel social tienen un impacto en el interior de la relación de pareja, en la manera de interactuar de los cónyuges y el reparto de poder entre ellos. Por tanto, debemos tratar los problemas individuales, en este caso la depresión de la mujer, no sólo en su contexto relacional significativo (la pareja) sino teniendo en cuenta la valoración social de los recursos de la mujer. En las mujeres que consultan, la distribución del poder aparece aún más vinculada a sus recursos que en las mujeres del grupo control, lo que indica que para las pacientes casadas, amas de casa, y con un bajo nivel educativo, va a ser especialmente difícil alcanzar mayor igualdad y, por tanto, mayor intimidad en la relación. En la intervención terapéutica se debe poner de manifiesto con la paciente o con la pareja el impacto que tienen en su relación los recursos con que cuenta cada cónyuge, así como revisar el valor que se asigna a esos recursos. Por ejemplo, se cuestionaría si el salario del hombre le pertenece más a él que a la mujer, o si le otorga privilegios de los que carece la mujer; también podrían revalorizarse otros recursos que aporte la mujer, como su capacidad de dar cuidados prácticos o emocionales, o el valor y significado del trabajo doméstico. Paralelamente la terapia podría fomentar la adquisición de recursos educativos, laborales o económicos que abran nuevas perspectivas en su vida y ayuden a estas mujeres a salir de la posición de debilitamiento.

Referencias

- Assh, S.D. y Byers, E.S. (1996). Understanding the co-occurrence of marital distress and depression in women. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13 (4), 537-552.
- Beach, S.R.H., Sandeen, E.E. y O'Leary, K.D. (1990). *Depression in marriage. A model for etiology and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Beach, S.R.H. (Ed.) (2001). *Marital and family processes in depression: a scientific foundation for clinical practice*. Washington: American Psychological Association.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M. Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Brems, C. (1995). Women and depression: a comprehensive analysis. En E.E. Beckham y W.R. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional support questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-723.
- Brown, G.W. y Harris, T. (1978). *Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock Publications.
- Brown, G.W., Harris, T.O. y Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine*, 25, 7-21.
- Byrne, M. y Carr, A. (2000). Depression and power in marriage. *Journal of Family Therapy*, 22, 408-427.
- Byrne, M., Carr, A. y Clark, M. (2004). Power in relationships of women with depression. *Journal of Family Therapy*, 26, 407-429.
- Carrasco, M.J. (1996). *ASP. Cuestionario de aseercción en la pareja. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carter, B. (1996). *Love, honor and negotiate. Building partnerships that last a lifetime*. Nueva York: Pocket Books.
- Coppo, A., Salgueiro, M.C. y Nieto, M.T. (2008). Aspectos interpersonales de la depresión: intervenciones con parejas y familias. En H. Fernández Álvarez (Coord.), *Integración y salud mental: el proyecto Aigle 1977-2008* (págs. 455-511). Bilbao: Desclee de Brower.
- Cotten, S.R. (1999). Marital status and mental health revisited: examining the importance of risk factors and resources. *Family Relations*, 48 (3), 225-233.
- Coyne, J.C., Thompson, R. y Palmer, S.C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology*, 16 (1), 26-37.
- Cowan, C.P. y Cowan, P.A. (1979). *Who does what?* Nueva York: National Auxiliary Publications Service.
- Culbertson, F.M. (1997). Depression and gender: An international review. *American Psychologist*, 52 (1), 25-31.
- Delgado, M., González, C. y Mas Hesse, J. (1993). Morbilidad real y morbilidad en consulta en un distrito sanitario del sur de Madrid. En J. Mas Hesse y A. Tesoro Amate (Coords.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Goldner, V. (1989). Generation and gender: normative and covert hierarchies. En M. McGoldrick, C. Anderson y F. Walsh (Eds.), *Women in families. A framework*

- for family therapy. Nueva York: Norton and Company.
- Gotlib, I.H. y Whiffen, V.E. (1989). Depression and marital functioning: an examination of specificity and gender differences. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (1), 23-30.
- Halloran, E.C. (1998). The role of marital power in depression and marital distress. *American Journal of Family Therapy*, 26, 3-14.
- Heene, E., Buysse, A. y Van Oost, P. (2007). An interpersonal perspective on depression: the role of marital adjustment, conflict communication, attributions, and attachment within a clinical sample. *Family Process*, 46 (4), 499-514.
- Hollist, C.S., Miller, R.B., Falceto, O.G. y Fernandez, C.L. (2007). Marital satisfaction and depression: a replication of the marital discord model in a Latino sample. *Family Process*, 46 (4), 485-498.
- Jack, D.C. (1991). *Silencing the self. Women and depression*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Jones, E. y Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. Londres: Karnak Books.
- Jordan, J.V., Kaplan, A., Miller, J.B., Stiver, I.P. y Surrey, J.L. (1991). *Women's growth in connection. Writings from the Stone Center*. Nueva York: Guilford Press.
- Kessler, R.C. y McLeod, J.D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*, 49, 620-631.
- Knudson-Martin, C. (1997). The politics of gender in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23 (4), 421-437.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C., Wolf, G., Alexander, B., Asen, E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. y Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial: Randomised controlled trial of antidepressants versus couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Lerner, H.G. (1987). Self-sacrifice and betrayal in relationships. En R. Formanek y A. Gurian (Eds.), *Women and depression. A lifespan perspective*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Linares, J.L. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Martínez Azumendi, O. y Beitia Fernández, M. (2000). Sucesos vitales en primeras consultas de un centro de salud mental y su relación con otras variables clínicas y asistenciales. *Psiquis*, 21 (4), 192-208.
- Matud, M.P., Guerrero, K. y Matías, R.G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1), 7-21.
- Mc Grath, E., Keita, Q.P., Strickland, B.R. y Russo, N.F. (1990). *Women and depression. Risk factors and treatment issues*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, J.B. (1992). *Hacia una nueva psicología de la mujer*. Madrid: Paidós. (Edición original: *Toward a new psychology of women*. Boston: Beacon Press, 1976).
- Mirowsky, J. (1985). Depression and marital power: an equity model. *American Journal of Sociology*, 91 (3), 557-592.
- Papp, P. (2000). His or her depression. En P. Papp (Ed.), *Couples on the fault line*. Nueva York: Guilford Press.

- Polo, C. (2001). *Maltrato a la mujer en la relación de pareja. Factores relacionales implicados*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Psiquiatría.
- Pérez Blasco, J. y Serra, E. (1995). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología depresiva de una muestra de mujeres adultas. *Revista de Psicología de la Educación* 18, 5-13.
- Rodríguez Vega, B. (1993). *Relaciones significativas y depresión en la mujer*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina.
- Sebastián, J. (2001). Género, salud y psicoterapia. En M.J. Carrasco y A. García-Mina (Coords.), *Género y Psicoterapia*. Universidad Pontificia Comillas de Madrid.
- Silverstein, B. y Perlick, D. (1995). *The cost of competence. Why inequality causes depression, eating disorders, and illness in women*. Oxford: Oxford University Press.
- Snyder, D.K. (1989). *Marital Satisfaction Inventory (MSI) (4th Ed.)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Spanier, G.B. (1976) Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Sperberg, E.D. y Stabb, S.D. (1998). Depression in women as related to anger and mutuality in relationships. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 223-238.
- Steil, J.M. (1989). Marital relationships and mental health: the psychic costs of inequality. En J. Freeman (Ed.), *Women. A feminist perspective (4th Ed.)*. Mountain View, California: Mayfield Publishing Company.
- Steil, J.M. (1997). *Marital equality. Its relationship to the well-being of husbands and wives*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Steil, J.M. (2000). Contemporary marriage: still an unequal partnership. En C. Hendrick y S.S. Hendrick (Eds.), *Close relationships. A sourcebook*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Tavris, C. (1992). *The mismeasure of woman*. Nueva York: Simon and Schuster.
- Ustin, T.B. y Sartorius, N. (1995) *Mental illness in General Health Care: an international study*. Nueva York: John Wiley y Organización Mundial para la Salud.
- Van Yperen, N. y Buunk, B.P. (1990). A longitudinal study of equity and satisfaction in intimate relationships. *European Journal of Social Psychology*, 20, 287-309.
- Walster, E., Walster, G.W. y Berscheid, E. (1978). *Equity. Theory and research*. Boston: Allyn & Bacon.
- Weissman, M.M. (1999). Women and depression. *IV Simposio internacional: Avances en Psiquiatría*. Madrid.
- Whiffen, V.E. (2007). Self-silencing mediates the link between marital conflict and depression. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24 (6), 993-1006.
- Wishman, M.A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. En S.R.H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- World Health Organization (W.H.O.). Department of Mental Health and Substance Dependence (2000). *Women's mental health. An evidence based review*. Ginebra: World Health Organization.
- Worell, J. y Remer, P. (1992). *Feminist perspectives in therapy. An empowerment model for women*. Nueva York: John Wiley and sons.