

# Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión<sup>1</sup>

María Pilar Matud<sup>2</sup>, Kenya Guerrero y Roberto G. Matías  
(*Universidad de La Laguna, España*)

(Recibido 29 de noviembre 2004/ Received November 29, 2004)

(Aceptado 6 de abril 2005 / Accepted April 6, 2005)

**RESUMEN.** Generalmente se encuentra que las mujeres tienen más depresión que los hombres; aunque la existencia de estas diferencias está bien establecida, no están claras sus causas. El objetivo de este estudio descriptivo transversal es analizar la influencia de las variables sociodemográficas en la sintomatología depresiva en una muestra de conveniencia de 2.847 mujeres y 1.848 hombres de edades entre 18 y 65 años. Encontramos que las mujeres presentaban más sintomatología depresiva que los hombres, aunque el porcentaje de varianza explicado era escaso, explicando las variables sociodemográficas un porcentaje de varianza similar o superior. Las diferencias de género en depresión se maximizaban en las personas mayores de 34 años, en las que tenían hijos, en las casadas o divorciadas, en las de bajo nivel de estudios y en las no profesionales. En las sin hijos, solteras, de edades entre 25 y 34 años y en las profesionales el porcentaje de varianza explicado por el género fue inferior al 0,5%. La sintomatología depresiva de las mujeres con estudios universitarios y de las profesionales era inferior a la de los hombres con empleo manual, a la de los solteros, los que tenían menor nivel de estudios y los de entre 18 y 24 años.

**PALABRAS CLAVE.** Género. Depresión. Variables sociodemográficas. Estudio descriptivo transversal.

<sup>1</sup> Trabajo subvencionado parcialmente por el Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), por el Instituto Canario de la Mujer y por la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias.

<sup>2</sup> Correspondencia: Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. Campus de Guajara. 38205 La Laguna. Tenerife (España). E-Mail: pmatud@ull.es

**ABSTRACT.** Women are generally found to report higher levels of depression than men. Although the existence of gender differences for depression is well established, the reasons for these gender differences are not clear. The goal of this paper is to study the influence of sociodemographic variables on the symptoms of depression in a convenience sample of 2847 women and 1848 men, ranging in age from 18 to 65 years old. The women presented more depressive symptoms than the men although the percentage the variance explained was very low. Furthermore, the sociodemographic variables explained a percentage of variance very similar to, and even greater than, gender. The gender differences in depression were greater for persons older than 34, those who had children, were married or divorced, with a lower educational level, and with unskilled occupations. Among childless, single, between 25 and 34 years old, and professional people, the percentage of variance explained by gender differences in depression was less than 0.5%. The level of depressive symptoms for women who were college educated or professional was less than that for men between 18 and 24 years old with manual jobs, who were single, or with a lower educational level.

**KEYWORDS.** Gender. Depression. Sociodemographic variables. Transversal descriptive research.

**RESUMO.** Geralmente verifica-se que as mulheres têm mais depressão que os homens; no entanto, apesar da existência destas diferenças estar bem estabelecida, as suas causas não estão claras. O objectivo deste estudo descritivo transversal é analisar a influência das variáveis sociodemográficas na sintomatologia depressiva numa amostra de conveniência de 2.847 mulheres e 1.848 homens de idades compreendidas entre 18 e 65 anos. Encontrámos que as mulheres apresentavam mais sintomatologia depressiva que os homens, ainda que, a percentagem de variância explicada fosse pequena, similar ou inferior à percentagem de variância explicada pelas variáveis sociodemográficas. As diferenças de género em depressão eram maiores nas pessoas com idade superior a 34 anos, nas que tinham filhos, nas casadas ou divorciadas, nas de baixo nível académico e nas desempregadas. Nas pessoas sem filhos, solteiras, de idade entre 25 e 34 anos e nas activas profissionalmente, a percentagem de variância explicada pelo género foi inferior a 0,5%. A sintomatologia depressiva das mulheres com estudos universitários e das profissionais era inferior à dos homens com emprego manual, à dos solteiros, à dos que tinham menor nível de estudos e à dos que tinham idade entre 18 e 24 anos.

**PALAVRAS CHAVE.** Género. Depressão. Variáveis sociodemográficas. Estudo descritivo transversal.

## Introducción

Tradicionalmente las mujeres han sido diagnosticadas con mayor frecuencia de problemas de salud mental que los hombres. En las últimas décadas se ha constatado que las tasas de problemas mentales no difieren en función del género, aunque sí la frecuencia de algunos trastornos. Se ha encontrado de forma consistente que es más probable que las mujeres tengan ansiedad y depresión que los hombres, mientras que estos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de

sustancias (Kessler *et al.*, 1994; Regier *et al.*, 1988). La descripción y explicación de las diferencias de género en salud se ha hecho desde cuatro niveles (Walsh, Sorensen y Leonard, 1995, citado en Kawachi, Kennedy, Gupta y Prothrow-Stith, 1999), si bien clásicamente se han basado en el modelo biomédico, que trata de explicar las diferencias en base a factores genéticos, hormonales, anatómicos o fisiológicos. De importancia central han sido los factores hormonales, a los que tradicionalmente se les ha atribuido cualquier diferencia en la salud de la mujer respecto a la de los hombres y en torno a los cuales se ha planteado la existencia de “trastornos” tales como el síndrome premenstrual, la depresión postparto o se ha considerado la menopausia como una “patología” en la mujer. Así, se asumía la causalidad hormonal en la mayoría de los problemas de salud de la mujer y los prejuicios y estereotipos sustituían a las investigaciones en la salud de las mujeres. El modelo psicosocial trata de explicar las diferencias entre mujeres y hombres en base a diferencias a nivel intrapsíquico e interpersonal, analizando las diferencias en variables tales como personalidad, afrontamiento, autoeficacia o en la experiencia y la información de signos y síntomas. Desde la epidemiología se trata de buscar los factores de riesgo, es decir, las conductas y exposiciones a sustancias que puedan explicar las diferencias de género en salud. Y a nivel social se intentan analizar los procesos culturales, sociales, económicos y políticos que dan lugar a diferentes riesgos para la salud de mujeres y hombres.

Aunque la mayoría de los estudios se centra en el análisis de los tres primeros niveles, hay evidencia empírica de la relevancia del nivel social en la salud. Así, en un estudio realizado en Estados Unidos, Kawachi *et al.* (1999) encontraron que las mujeres presentaban mayor morbilidad y mortalidad en los estados donde tenían menor participación política y autonomía económica, factores que aunque también afectaban negativamente a la salud de los hombres, parecían ser más importantes en el caso de las mujeres. En un estudio con la población canadiense, Denton y Walters (1999) encontraron que en las mujeres los factores sociales estructurales eran los principales determinantes de la salud, siendo más relevantes en la buena salud de las mujeres que en la de los hombres el estar en la categoría de empleo más alta, trabajar a tiempo completo, tener una familia y tener apoyo social, mientras que en la salud de los hombres influía más no tener pareja o vivir solo. Las mayores diferencias de género las encontraron en los determinantes conductuales de salud, siendo el fumar y el consumir alcohol más importantes en la salud de los hombres que en la de las mujeres, mientras que el peso corporal y el estar físicamente inactivo eran determinantes más importantes para las mujeres que para los hombres.

La depresión es uno de los problemas de salud mental más común (Dowd, 2004), dándose en las mujeres con mayor frecuencia que en los hombres. Este mayor riesgo se ha encontrado en múltiples estudios epidemiológicos y clínicos, tanto si se considera el nivel de síntomas como el diagnóstico de trastorno depresivo unipolar (véase, por ejemplo, Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer y Nelson, 1993; Lehtinen y Joukamaa, 1994; Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman y Klerman, 1977). 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 las tienen más elevadas, las mujeres presentan más depresión a lo largo de todo el ciclo vital, surgiendo en la adolescencia y manteniéndose a lo largo de la vida adulta

(Cyranowski, Frank, Young y Shear, 2000; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Sweeting y West, 2003).

Algunos autores han sugerido que estas diferencias podrían deberse más a «artefactos» que a diferencias «reales» entre hombres y mujeres, afirmando que la mujer percibe, reconoce, informa y busca ayuda para los síntomas con mayor frecuencia que los hombres, mientras que es más probable que estos expresen sus síntomas de forma diferente, o tomen alcohol o drogas para hacer frente a su estado depresivo, por lo que el diagnóstico sería distinto. Pero aunque se ha encontrado que las mujeres expresan sus emociones más libremente que los hombres, estas diferencias no explican las diferencias de género en depresión (Mirowsky y Ross, 1995; Weissman y Klerman, 1977). Muchas han sido las hipótesis formuladas respecto a las causas de estas diferencias, yendo desde factores biológicos hasta sociales. Desde 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 ellas (Bebbington, 1998; Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman y Klerman, 1977).

Desde la perspectiva psicosocial se ha planteado que la mayor vulnerabilidad a la depresión del género femenino deriva de los condicionantes generados por su menor estatus social y poder, así como de la interiorización de las expectativas asociadas a los roles femeninos tradicionales. Algunos autores redefinen los valores clásicos de la «feminidad» como una variante de la indefensión aprendida. 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 un repertorio de respuestas limitado cuando están sometidas a estrés. Esas autoimágenes y expectativas son interiorizadas en la infancia, de modo que posteriormente llegan a creer que el estereotipo de feminidad es normativo, esperado y valorado (Weissman y Klerman, 1977). También se ha planteado que, debido a su menor estatus social y poder, las mujeres experimentan más sucesos negativos y tienen menos control que los hombres en muchas áreas de su vida, lo que puede llevarles a mayor estrés crónico y menor sentido de dominio, lo que puede conducirles a un afrontamiento de la depresión más inadecuado (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999).

Una de las hipótesis 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. Mirowsky (1996), en un análisis de tres estudios que en total recogen datos de más de 15.000 personas, dos de los cuales eran con muestras nacionales de Estados Unidos, encontró que las diferencias en depresión entre mujeres y hombres aumentaban en la edad adulta, cuando las mujeres y los hombres experimentan las diferencias en estatus debidas al género. Este autor informa que, pese a los cambios en las vidas de las mujeres en las últimas tres o cuatro generaciones, no ha encontrado indicios claros de que estén desapareciendo las diferencias de género en depresión, porque, pese a los cambios, 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.

Las mujeres también tienen mayores tasas de pobreza y ésta representa un factor de riesgo para los problemas mentales, habiéndose 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 muchas ocasiones. Brown y Harris (1978) plantean que 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.

Varios estudios han analizado la relación entre estado civil y depresión, encontrándose resultados contradictorios. 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/as, la salud y edad de éstos/as, el tipo de relación con el esposo, y el reparto de las cargas domésticas entre ambos cónyuges.

Así, todo indica que las variables sociales y estructurales tienen un papel importante en las diferencias de género en depresión. Pero, dado que la mayoría de los estudios en que se ha analizado la relevancia de dichas variables se ha hecho con muestras de otros entornos socioculturales, desconocemos la medida en que sus resultados son aplicables al nuestro. El objetivo de este estudio descriptivo transversal (Montero y León, 2005) es analizar la relevancia de algunas variables sociales y estructurales en las diferencias en depresión entre una amplia muestra de mujeres y hombres residentes en la Comunidad Canaria. Concretamente, analizaremos la relevancia de la edad, el nivel de estudios, la profesión, el estado civil y el número de hijos. En la redacción de este artículo se siguieron las normas propuestas por Ramos-Alvarez y Catena (2004).

## Método

### *Participantes*

La muestra está compuesta por 2.807 mujeres y 1.848 hombres, residentes en las Islas Canarias, de edades comprendidas entre 18 y 65 años, siendo la edad media de las mujeres de 33,4 (desviación típica de 11,8) y la de los hombres 32 (desviación típica de 11,7). Pese a que la diferencia es de poco más de un año, es estadísticamente significativa ( $t = 4,1$ ;  $p < 0,001$ ). En la Tabla 1 presentamos las principales características sociodemográficas. Como puede observarse, aunque hay representantes de todos los niveles sociodemográficos, laborales y educativos, predominan las personas solteras y sin hijos, que son prácticamente la mitad en el caso de las mujeres y algo más en el grupo de los hombres. También se observa que hay menos personas con estudios primarios y de mayor edad, y solo hay tres hombres viudos. Y aunque hay representantes de todos los niveles de ocupación, únicamente se definían como “amas de casa” mujeres, en un porcentaje del 16,8%.

**TABLA 1.** Características sociodemográficas de los participantes.

	Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%
<i>Edad</i>				
Entre 18 y 24 años	986	35,5	723	39,5
Entre 25 y 34 años	685	24,6	550	30,1
Entre 35 y 44 años	581	20,9	235	12,8
Entre 45 y 54 años	417	15,0	245	13,4
Entre 55 y 65 años	112	4,0	77	4,2
Sin dato	26		18	
<i>Nivel de estudios</i>				
Primarios	738	26,8	416	22,9
Secundarios	852	30,9	701	38,6
Universitarios	1168	42,3	700	38,5
Sin dato	49		31	
<i>Profesión</i>				
Amas de casa	463	16,8	0	0
Empleo manual	613	22,3	392	21,9
Empleo no manual	577	21,0	578	32,2
Profesional	485	17,6	437	24,4
Estudiante	614	21,5	386	21,5
Sin dato	55		55	
<i>Estado civil</i>				
Soltero	1387	50,0	1152	63,2
Casado	1155	41,7	620	34,0
Separado/divorciado	174	6,3	48	2,6
Viudo	57	2,1	3	0,2
Sin dato	34		25	
<i>Número de hijos</i>				
Sin hijos	1543	55,3	1261	69,0
Uno	295	10,6	146	8,0
Dos	535	19,2	218	11,9
Más de dos	417	14,9	202	11,1
Sin dato	17		21	

*Instrumentos y procedimiento*

La depresión se evaluó mediante la escala de depresión grave del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) (Goldberg y Hillier, 1979). El GHQ es un cuestionario ampliamente utilizado que ha sido diseñado para ser utilizado como un test autoadministrado para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario y en medios

clínicos no psiquiátricos, habiendo mostrado adecuadas propiedades psicométricas también en su traducción al español (véase, por ejemplo, Gibbons, de Arévalo y Mónico, 2004). La escala de depresión consta de 7 ítems y han sido puntuados según la respuesta múltiple tipo Likert, que asigna pesos desde 0 (para la respuesta «menos que lo habitual») hasta 3 («mucho más que lo habitual»). En un análisis factorial realizado con la muestra de este estudio encontramos que todos los ítems se agruparon en un factor cuya consistencia interna fue de 0,88. Los datos sociodemográficos y educativos se tomaron mediante una hoja de recogida de datos. El pase de pruebas fue individual, autoadministrado en el caso de las personas con mayor nivel de estudios y en forma de entrevista en las que era bajo y/o aquellas que prefirieron el procedimiento de entrevista. Todas ellas aceptaron participar de forma voluntaria y cumplían los siguientes requisitos: edad entre 18 y 65 años y no tener ninguna enfermedad ni alteración física que limitase seriamente su calidad de vida y, en el caso de las mujeres, no estar embarazadas. El acceso a la muestra fue a través de diversos centros laborales y educativos de las Islas Canarias. En este trabajo se integran y analizan datos procedentes de varios proyectos de investigación que se han venido realizando desde 1998.

Para analizar la relevancia de los factores sociodemográficos en la depresión de mujeres y hombres se realizaron varios análisis de varianza y covarianza, tomando como covariado la edad, ya que había diferencias significativas entre ambos grupos en dicha variable. La variable dependiente fue la puntuación en la escala de depresión del GHQ-28 y los factores los grupos de edad, nivel de estudios, profesión, estado civil y número de hijos mostrados en la Tabla 1. Para conocer la magnitud de las diferencias de género dentro de cada categoría, se realizó un análisis de covarianza para cada agrupación. Cuando se comparaban más de dos grupos y se encontraban diferencias significativas, se realizaban análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni para conocer entre qué grupos se daban tales diferencias. Los análisis estadísticos se realizaron con la versión 12 del programa SPSS para Windows.

## Resultados

El rango de puntuación en el factor de depresión osciló entre 0 y 21, que era la puntuación máxima que permitía la escala. La puntuación media para las mujeres era de 2,68 (desviación típica = 3,8) y para los hombres de 1,94 (desviación típica = 3,2), diferencias que eran estadísticamente significativas ( $F = 50,3$ ;  $p < 0,001$ ), aunque el porcentaje de varianza explicado, una vez controlado el efecto de la edad, fue solo del 1,1%.

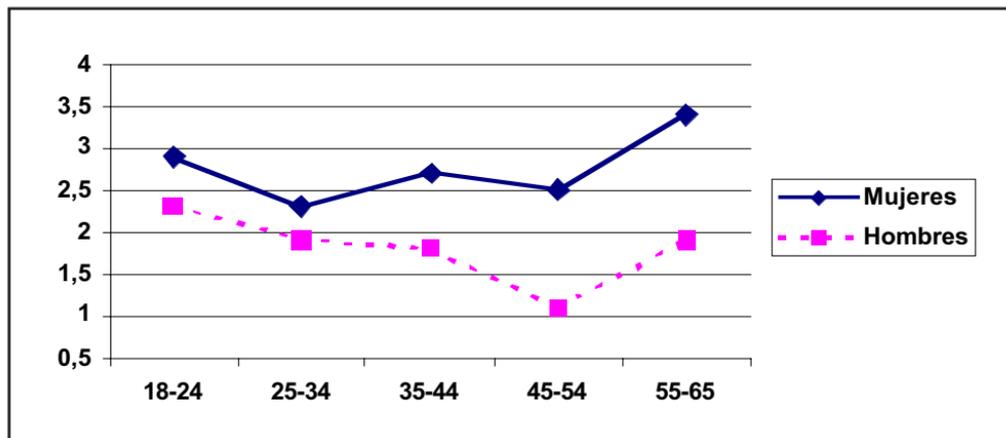
Al analizar la relevancia de la edad en las diferencias de género en depresión, en el análisis de varianza en que los factores fueron los cinco grupos de edad, encontramos que la interacción género X edad fue significativa [ $F(4,4601) = 2,55$ ;  $p < 0,05$ ], lo que indica que la relevancia de la edad en la sintomatología depresiva es diferente en mujeres y en hombres. En el análisis de varianza en la muestra de mujeres encontramos un efecto significativo de la edad [ $F(4,2775) = 3,63$ ;  $p < 0,01$ ], aunque el porcentaje de varianza explicado era solo del 0,4%. En la muestra de hombres, también el efecto fue significativo [ $F(4,1826) = 6,26$ ;  $p < 0,001$ ], explicando el 1,1% de la varianza. El

análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostró que únicamente se daban diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre el grupo de mujeres que tenían entre 18 y 24 años, y las que tenían entre 25 y 34. Como puede observarse en la Figura 1, el nivel depresivo era menor en este último grupo; además, éstas tenían también menos depresión que las mujeres de edades entre 55 y 65 años, si bien en este caso las diferencias solo eran marginalmente significativas ( $p = 0,064$ ), quizá como consecuencia de que el número de mujeres de este grupo era menor.

En la muestra de hombres, encontramos diferencias significativas entre los de edades comprendidas entre 45 y 54 años y los de entre 18 y 24 ( $p < 0,001$ ), así como con los de entre 25 y 34 ( $p < 0,05$ ). Como puede observarse en la Figura 1, son los hombres con edades entre 45 y 54 años los que tienen menor sintomatología depresiva, siendo en este intervalo de edad donde se agudizan las diferencias de género en depresión.

Los análisis de covarianza en función del género para cada grupo de edad mostraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en todos los casos, con mayor nivel de síntomas depresivos en las mujeres, aunque el tamaño del efecto varió ampliamente en función de la edad. En el grupo de edades entre 18 y 24 años la varianza explicada por el género fue del 0,6%, en el de entre 25 y 34 del 0,4%, en el de entre 35 y 44 del 1,2%, entre 45 y 54 del 4,4%, y entre 55 y 65 años del 2,8%.

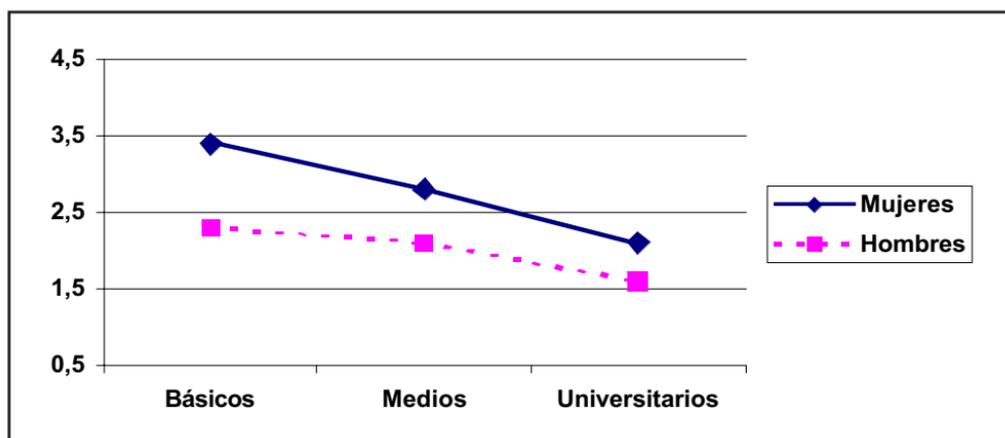
**FIGURA 1.** Sintomatología depresiva en mujeres y hombres en función de la edad.



Al estudiar el efecto del nivel de estudios en la sintomatología depresiva de mujeres y hombres, el análisis de covarianza controlando el efecto de la edad mostró que la interacción género X nivel de estudios no fue significativa [ $F(2,4535) = 2,63$ ;  $p > 0,05$ ], aunque sí lo fue el efecto del género [ $F(1,4535) = 56,18$ ;  $p < 0,001$ ] y del nivel de estudios [ $F(2,4535) = 37,3$ ;  $p < 0,001$ ]. El porcentaje de varianza en sintomatología depresiva explicado por el género fue del 1,2% y el del nivel de estudios del 1,6%. El análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostró que se daban diferencias significa-

tivas ( $p < 0,001$ ) entre todos los niveles de estudios, siendo la sintomatología depresiva mayor cuanto menor es el nivel de estudios (véase la Figura 2). Como puede observarse en dicha figura, aunque las mujeres con estudios básicos y medios tienen más sintomatología depresiva que los hombres, el nivel depresivo de las que tienen estudios universitarios es ligeramente inferior al de los hombres con estudios básicos o medios.

**FIGURA 2.** Sintomatología depresiva en mujeres y hombres en función del nivel de estudios.



Los análisis de covarianza en función del género para cada grupo educativo mostraron diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) en todos los casos, con mayor nivel de síntomas depresivos en las mujeres, aunque el tamaño del efecto fue distinto según el nivel de estudios. Una vez controlado el efecto de la edad, en el caso de las personas con estudios básicos el porcentaje de varianza explicada por el género fue del 2%, del 1,2% en las de estudios medios y del 0,7% en las de estudios universitarios.

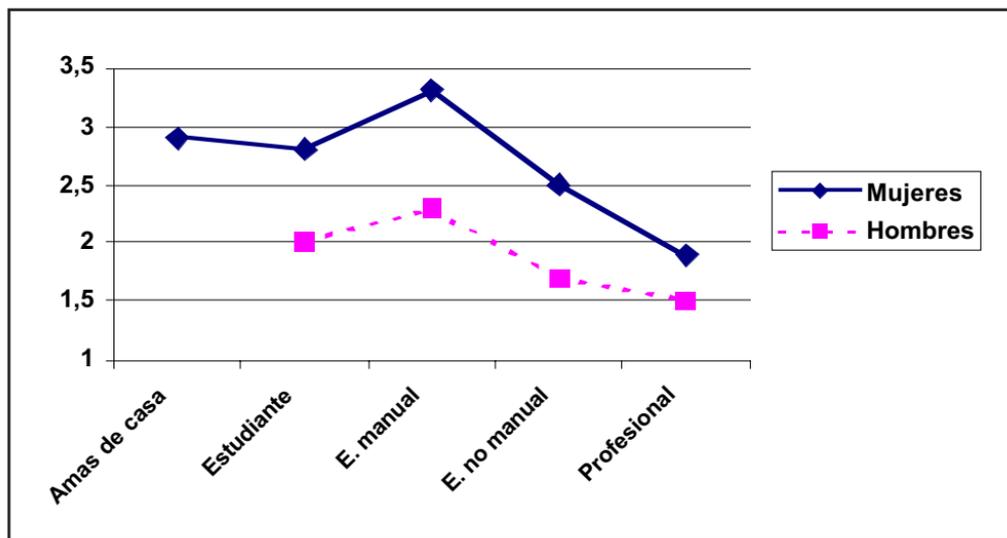
En el análisis de la relevancia del nivel profesional realizamos los análisis de covarianza por separado para mujeres y hombres, ya que el número de categorías no era el mismo en ambos géneros, pues solo en el grupo de mujeres había “amas de casa”. Los resultados mostraron que existían diferencias significativas en el grupo de mujeres en función de la profesión [ $F(1,2726) = 11,16$ ;  $p < 0,001$ ], explicando el 1,6% de la varianza. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que había diferencias significativas entre el grupo de profesionales y todos los demás, excepto el de las que tenían empleo de tipo no manual; además, éstas se diferenciaban significativamente ( $p < 0,01$ ) del grupo de mujeres con empleo manual. Como puede observarse en la Figura 3, en las mujeres con empleo el nivel depresivo disminuye a medida que aumenta su nivel profesional, siendo menor en aquellas que tienen profesiones para las que se requiere estudios universitarios y presentando mayor sintomatología depresiva las mujeres con empleos de tipo manual. La sintomatología depresiva de las amas de casa y de las estudiantes era bastante similar, siendo algo inferior al de las mujeres con

empleo de tipo manual pero superior al de las mujeres con empleo no manual y las profesionales, aunque las diferencias solo eran estadísticamente significativas respecto a este último grupo.

En el caso de los hombres, también había diferencias significativas [ $F(3,1772) = 5,06$ ;  $p < 0,01$ ], aunque el porcentaje de varianza explicado era solo del 0,8%. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que se daban diferencias significativas entre los hombres con empleo manual y los de empleo no manual ( $p < 0,05$ ) y entre aquellos y los profesionales ( $p < 0,01$ ). Como puede observarse en la Figura 3, también en el caso de los hombres son los que tienen un empleo menos cualificado los que experimentan mayor sintomatología depresiva.

Los análisis de covarianza en función del género para cada grupo laboral mostraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en todos los casos aunque, de nuevo, el porcentaje de varianza explicado era dispar. Una vez controlado el efecto de la edad, el porcentaje de varianza en sintomatología depresiva explicada por el género en el grupo de estudiantes fue del 0,9%, del 1,7% en el grupo de empleados de tipo manual, del 1,4% en los de empleo no manual y del 0,4% en el de profesionales.

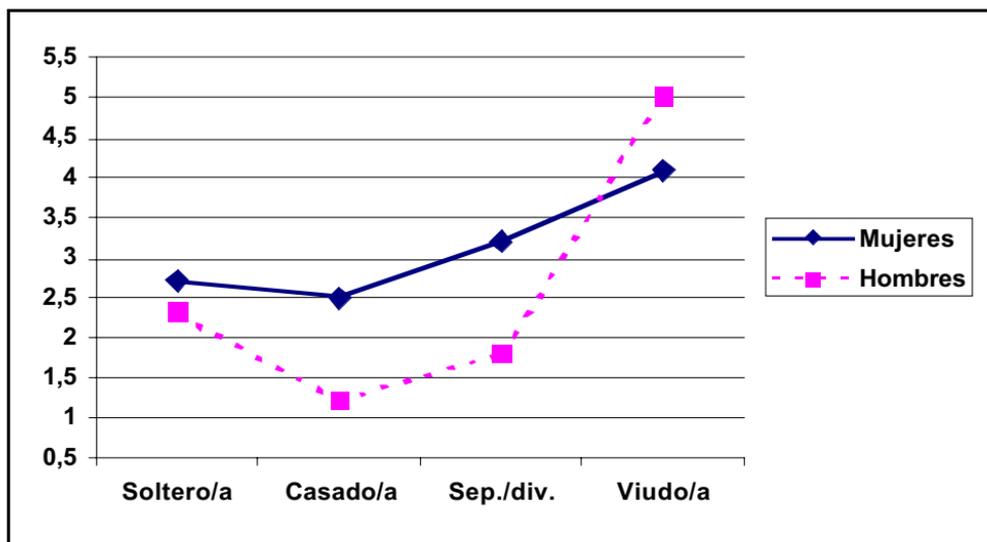
**FIGURA 3.** Sintomatología depresiva en mujeres y hombres en función de la profesión.



Al analizar la relevancia del estado civil, el análisis de covarianza mostró que la interacción con el género era significativa [ $F(3,4564) = 6,07$ ;  $p < 0,001$ ]. En el grupo de mujeres encontramos diferencias significativas en depresión en función del estado civil [ $F(3,2754) = 4,44$ ;  $p < 0,01$ ], aunque el tamaño del efecto era solo del 0,5%. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las mujeres viudas tenían significativamente más sintomatología depresiva que las solteras ( $p < 0,05$ ) y que las

casadas ( $p < 0,01$ ) (véase la Figura 4). También en el grupo de hombres había diferencias significativas en función del estado civil [ $F(3,1809) = 10,34$ ;  $p < 0,001$ ], explicando un 1,7% de la varianza. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las diferencias solo eran estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre los casados y los solteros, mostrando estos más sintomatología depresiva.

**FIGURA 4.** Sintomatología depresiva en mujeres y hombres en función del estado civil.



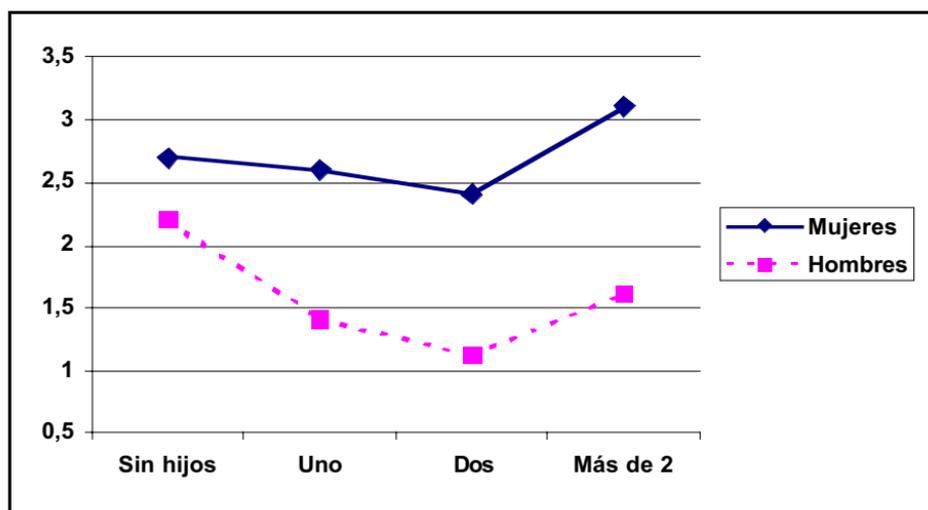
Los análisis de covarianza en función del género para cada grupo de estado civil mostraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), excepto en el caso de las personas viudas [ $F(1,56)=0,33$ ;  $p > 0,05$ ], quizá como reflejo del pequeñísimo número de hombres viudos del estudio. Excepto en este último grupo, en el que la media de los hombres era superior a la de las mujeres, éstas presentaban mayor sintomatología depresiva, aunque el tamaño del efecto fue diferente en cada grupo. Una vez controlado el efecto de la edad, el porcentaje de varianza en sintomatología depresiva explicada por el género fue del 0,2% en el caso de las personas solteras; del 3,6% en las casadas y del 2,1% en las divorciadas o separadas.

También en las diferencias en depresión en función del número de hijos/as el análisis de covarianza mostró que la interacción con el género era significativa [ $F(3,4570) = 4,46$ ;  $p < 0,01$ ]. En el grupo de mujeres se encontraron diferencias significativas en el nivel de depresión en función del número de hijos [ $F(3,2763) = 3,72$ ;  $p < 0,05$ ], aunque el porcentaje de varianza explicada fue solo del 0,4%. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las diferencias únicamente eran significativas ( $p < 0,05$ ) entre el grupo de mujeres con dos hijos y el que tenía más de dos, teniendo éstas mayor sintomatología depresiva.

En el grupo de hombres también encontramos diferencias significativas [ $F(3,1806) = 2,86; p < 0,05$ ], siendo el porcentaje de varianza explicada del 0,5%. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que los hombres sin hijos tenían más sintomatología depresiva que los que tienen uno ( $p < 0,05$ ) y dos ( $p < 0,001$ ) (véase la Figura 5).

Los análisis de covarianza en función del género para cada grupo de número de hijos mostraron diferencias significativas ( $p < 0,01$ ) en todos los casos aunque el porcentaje de varianza explicado era distinto en cada grupo. Una vez controlado el efecto de la edad, el porcentaje de varianza en sintomatología depresiva explicada por el género en el grupo personas sin hijos fue del 0,4%, del 2,3% cuando tenían uno, del 3,2% cuando tenían dos y del 3,4% cuando tenían más de dos.

**FIGURA 5.** Sintomatología depresiva en mujeres y hombres en función del número de hijos.



### Discusión

Aunque, como grupo, las mujeres tienen más sintomatología depresiva que los hombres, estas diferencias son mínimas dándose muchas de éstas en función de variables sociales y estructurales. La mayoría de éstas tienen más poder explicativo de la sintomatología depresiva en ambos géneros que el hecho en sí de pertenecer a uno u otro género, lo que ha sido constatado también por otros autores (véase, por ejemplo, Aluoja, Leinsalu, Shlik, Vasar y Luuk, 2004; Emslie, Fuhrer, Hunt, Macintyre, Shipley y Stansfeld, 2002; Rief, Nanke, Klaiberg y Braehler, 2004; Walters, McDonough y Strohschein, 2002). Hemos encontrado que las diferencias de género en depresión se maximizan en las personas de más de 34 años, en las que tienen hijos, en las casadas o divorciadas, en las de bajo nivel de estudios y en las de empleo manual. En las

personas sin hijos, en las solteras, en las que tienen edades comprendidas entre 25 y 34 años y en las profesionales el porcentaje de varianza explicado por el género es inferior al 0,5%. Por último, el nivel de sintomatología depresiva en las mujeres con estudios universitarios y en las profesionales es inferior al de los hombres con empleo manual, al de los solteros, los de menor nivel de estudios y los de edades comprendidas entre 18 y 24 años. Todo ello apunta a la escasa relevancia de los factores biológicos e indica que los factores sociales y estructurales son clave en las diferencias en depresión entre mujeres y hombres porque como señala Bebbington (1998), si sus diferencias en depresión se debiesen, por ejemplo, a una mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres, éstas no se verían afectadas por los factores sociodemográficos; este autor plantea que, aunque los factores biológicos están implicados en la emergencia de los trastornos depresivos, es difícil argumentar que sean los responsables de las diferencias en depresión entre mujeres y hombres.

Hemos encontrado que el estado civil parece ser especialmente relevante en las diferencias de género en depresión y también influye en la sintomatología depresiva de los hombres, en los cuales el estar casado parece ser particularmente beneficioso y el haber enviudado tiene un efecto muy negativo, si bien este último dato debe ser tomado con cautela ya que únicamente había tres hombres viudos en el estudio. Pero también las mujeres viudas parecen tener mayor sintomatología depresiva. Prácticamente no hay diferencias de género en sintomatología depresiva en las personas solteras. También el número de hijos es relevante en las diferencias de género en depresión, no dándose apenas diferencias en el nivel depresivo entre las mujeres y hombres que no tienen hijos, pero creciendo de forma marcada al aumentar el número de hijos. Mientras que son las mujeres con más de dos hijos las que tienen mayor nivel depresivo, en el caso de los hombres son los que no tienen hijos los que muestran más síntomas. Así, todo apunta a la relevancia de los roles familiares en las diferencias de género en depresión y muestra que, también en nuestro entorno sociocultural, el estar casado y tener hijos tiene más beneficios para el hombre que para la mujer, al menos en lo que a sintomatología depresiva se refiere.

También el nivel de estudios parece tener una influencia en la sintomatología depresiva, que es ligeramente mayor que el hecho de ser mujer u hombre, con más síntomas en las personas con menor nivel. Es importante constatar que es en este grupo donde más acusadas son las diferencias en depresión entre mujeres y hombres, observándose un fenómeno de disminución de las diferencias en sintomatología depresiva a medida que sus niveles formativos aumentan. Un fenómeno similar se da en el empleo, con menos síntomas y menos diferencias entre mujeres y hombres profesionales, mientras que el nivel depresivo y las diferencias entre géneros se maximizan en los grupos con empleos menos cualificados. Además, también destaca que la relevancia del empleo en la sintomatología depresiva es el doble en mujeres que en hombres, aunque el porcentaje de varianza explicado no llega al 2%. Ello apunta a la relevancia de los roles sociales en las diferencias de género en depresión y cómo en la medida que desaparecen las limitaciones en educación y empleo que tradicionalmente se le han impuesto a la mujer, las diferencias entre mujeres y hombres en síntomas de depresión disminuyen, resultados que también coinciden con los de otros autores (véase, por ejemplo, Emslie, Hunt y Macintyre, 1999; Emslie *et al.*, 2002; Walters *et al.*, 2002).

Respecto a la influencia de la edad, encontramos que las diferencias de género en depresión son escasas antes de los 35 años. Mientras que las mujeres de más edad son las que tienen más sintomatología depresiva, en el caso de los hombres tal sintomatología es mayor en los más jóvenes, aunque la diferencia con respecto a los de mayor edad es pequeña. La relevancia de la edad en la sintomatología depresiva parece ser escasa en las mujeres mientras que en los hombres tiene mayor relevancia destacando el agudo descenso en el nivel depresivo que experimentan entre los 45 y 54, fenómeno que no se da en las mujeres. Aunque el porcentaje de varianza explicado es bajo, todo ello indica la relevancia de los factores sociales en las diferencias de género en depresión. En general, los datos encontrados son concordantes con los de los autores que postulan la relevancia de los factores sociales y estructurales en depresión y, particularmente, con los de Mirowsky (1996), mostrando cómo las diferencias de género en depresión son mayores en la edad adulta, cuando mujeres y hombres están más inmersos en los roles profesionales y, sobre todo, familiares, los cuales parecen favorecer la salud mental de los hombres, pero no la de las mujeres.

### Referencias

- Aluoja, A., Leinsalu, M., Shlik, J., Vasar, V. y Luuk, K. (2004). Symptom of depression in the Estonian population: Prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *Journal of Affective disorders*, 78, 27-35.
- Bebbington, P. E. (1998). Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45, 385-389.
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Nueva York: Free Press.
- Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E. y Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
- Denton, M. y Walters, W. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: An analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48, 1221-1235.
- Dowd, D. T. (2004). Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 413-423.
- Emslie, C., Fuhrer, R., Hunt, K., Macintyre, S., Shipley, M. y Stansfeld, S. (2002). Gender differences in mental health: Evidence from three organizations. *Social Science & Medicine*, 54, 621-624.
- Emslie, C., Hunt, K. y Macintyre, S. (1999). Problematizing gender, work and health: The relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science & Medicine*, 48, 33-48.
- Gibbons, P., de Arévalo, H. F. y Mónico, M. (2004). Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 389-398.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Gupta, V. y Prothrow-Stith, D. (1999). Women's status and the

- health of women and men: A view from the states. *Social Science & Medicine*, 48, 21-32.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. y Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 39, 85-96.
- 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.
- Lehtinen, V. y Joukamaa, M. (1994). Epidemiology of depression: Prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *supl.* 337, 7-10.
- 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.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., y Grayson, C. (1999). Explaining the gender differences in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- 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. (1998). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Rief, W., Nanke, A., Klaiberg, A. y Braehler, E. (2004). Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 82, 271-276.
- Sweeting, H. y West, P. (2003). Sex differences in health at ages 11, 13 and 15. *Social Science and Medicine*, 56, 31-39.
- Walters, V., McDonough, P. y Strohschein, L. (2002). The influence of work, household structures, and social, personal and material resources on gender differences in health: An analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*, 54, 677-692.
- Weissman, M. M. y Klerman, G. K. (1977). Sex differences and the epidemiology of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.