

## I. INTRODUCCIÓN

### **Descripción General.**

El propósito de esta investigación es estudiar la relación que existe entre la Satisfacción Marital y los Síntomas Depresivos en mujeres profesionistas y no profesionistas, así como también estudiar las diferencias entre los grupos.

La relación de pareja se caracteriza por una unión emocional de dos personas con una organización propia. Por tanto es importante conocer y estudiar a la pareja desde su inicio hasta su fin (Romero, 2003).

Según Stone (1989) la elección de una pareja no se da por medio del azar, si no que se lleva a cabo entre un número relativamente reducido de personas que se encuentran en ciertas circunstancias en un momento específico de su vida. El autor menciona que existe una serie de circunstancias que pueden motivar a la elección de una pareja, algunas de estas son: buscar un progenitor omnipotente, omnisciente, generoso, bueno, la atracción sexual, el deseo de tener hijos, la autoestima, etc.

El matrimonio es el encuentro de dos personas diferentes. Esta diferencia abarca aspectos tales como responsabilidad personal, conflicto interpersonal y el contraste de estilos emocionales. El sistema familiar influye decisivamente en la formación de cada individuo ya que los patrones de interacción entre los padres son aprendidos en la infancia y, posteriormente, son trasladados a la relación de pareja (Carvajal, 1995).

Para Bateson (citado por Páez, 2004) el matrimonio es un contrato entre dos personas de diferente sexo que convienen vivir en una unión conyugal, con el propósito de ayudarse mutuamente en la vida y establecer una familia.

Según el autor, de este contrato surgen múltiples derechos y obligaciones para ambos cónyuges.

Bell (citado por Sempe, 2003) afirma que en el matrimonio la pareja debe de disfrutar del bienestar psicológico y físico, tanto el marido como la mujer deben de tener una percepción positiva de la maduración de su pareja y de sí mismo, además influye en la satisfacción marital el disfrute o disgusto que sienten al desempeñar sus roles y aceptar sus responsabilidades dentro del matrimonio.

La Satisfacción Marital es la apreciación subjetiva de los aspectos relacionados con la relación marital como son las formas de interactuar, aspectos de contacto físico- sexual que favorecen el vínculo afectivo, la organización y funcionamiento que involucra la toma de decisiones y solución de problemas. También la familia y la distribución y cooperación en la realización de tareas en el hogar, la forma en la que se divierte la pareja y la atención y educación hacia los hijos (Díaz Loving y Sánchez, 2004).

Estudios respecto a la Satisfacción Marital revelan que ésta se ve afectada debido a la depresión. Muchos investigadores han especulado acerca del rol de la interacción marital y familiar en la depresión. Estas especulaciones han tomado varias formas. Los investigadores han sugerido que matrimonios disfuncionales pueden jugar un rol causal en por lo menos algunas depresiones; por otro lado, otros investigadores han planteado que los depresivos participan en interacciones maritales disfuncionales. Aun así otros han disputado acerca de la secuencia causal, han discutido que un matrimonio funcional puede disminuir la probabilidad de depresión en alguien que de otra manera sería un individuo vulnerable (Hammen, 1991).

En un intento de explicar cómo o por qué los problemas maritales se traducen en una predisposición a la depresión, diversas teorías se han enfocado en contingencias de comportamiento exhibidas entre las interacciones familiares de individuos deprimidos.

El objetivo de esta investigación es estudiar la relación que existe entre la Satisfacción Marital y los Síntomas Depresivos en mujeres profesionistas y mujeres no profesionistas, así como también estudiar las diferencias entre los dos grupos mencionados.

## **1. Satisfacción Marital**

### **1.1 Aspectos generales del matrimonio**

Según Avelarde, Díaz-Loving y Rivera (citados por Romero, 2003) en épocas pasadas los padres o familiares eran los que normalmente comprometían y arreglaban el matrimonio de la pareja y se asumía que el matrimonio se efectuaría en beneficio de la comunidad, la familia y los hijos y en segundo término de los futuros contrayentes. Hoy en día la mayor parte de las personas se comprometen personalmente en una relación permanente, sólo después de un largo período de exploración mutua, por lo que ha ido incrementándose la importancia emocional y psicológica por parte de cada uno de los miembros de la pareja.

Aunque el concepto de matrimonio se ha vuelto más complejo, la definición actualmente aceptada – una relación de pareja socialmente aprobada- es muy amplia. Porque esta definición invoca el concepto de norma social – regla de comportamiento definida culturalmente- esta incluye variación en matrimonios que encontramos en diferentes grupos sociales y culturales.

Entre las normas que ayudan a definir el matrimonio hay leyes formales, doctrinas religiosas y rituales. En general, se espera que las parejas de matrimonios compartan responsabilidades económicas, involucrarse en actividades sexuales sólo con sus parejas, así como tener y criar hijos (Benokraitis, 1996).

Por otro lado, la definición que da la Real Academia Española sobre el matrimonio es la siguiente: unión de hombre y mujer concertada mediante determinados ritos o formalidades legales.

El matrimonio según Rogers (citado por Maya, 2003) es un proceso y no una institución, en el cual la relación de pareja es constantemente transformada por la realización de cada uno de sus miembros al respetar y desarrollar su propio ser. También lo considera como la mayor fuente de seguridad del hombre, por lo que este es capaz de aventurarse en las conductas más desafiantes e innovadoras. Debido a ello es capaz de intentar riesgos ya que sabe que a su regreso encontrará una relación segura y protectora. En el matrimonio radica esa seguridad nuclear que facilita el continuo crecimiento. Por otra parte, desde una perspectiva sistemática, el matrimonio es más que la suma de sus partes, es más que si se unieran cada una de las personalidades de sus miembros, es una entidad diferente con una característica y reglas de funcionamiento propios. Sostiene que una relación de pareja será estable en la medida que satisfaga las necesidades emocionales, psicológicas, intelectuales y físicas de sus integrantes.

En cuanto a las teorías psicológicas, encontramos que el matrimonio para Freud (citado por Romero, 1999) se deriva de los lazos con los padres. Se eligen con frecuencia como compañeros a las personas que reviven en

nosotros los aspectos no resueltos de nuestras primeras necesidades. Esto es, que los patrones fundamentales madre – hijo, padre – hijo y niño – hermano son los prototipos de los matrimonios elegidos.

## **1.2 Etapas del matrimonio**

Satir (citado por Morales, 2003) menciona que cada etapa de la vida y el matrimonio tiene tareas de crecimiento, responsabilidades y privilegios específicos que le son inherentes. Cada parte sirve de fundamento y eslabón con la siguiente, por lo que la concepción y actitud ante estas etapas determinara los resultados de la forma de vida que se llevara a cabo en el núcleo familiar.

En un estudio realizado se observó que los matrimonios son influenciados en diferentes formas por las experiencias de cada etapa del ciclo familiar. Rollins y Cannon (citados por Chadwik, Albrecht y Kunz, 1976) llegaron a la conclusión de que la Satisfacción Marital varía a lo largo del ciclo de la vida y del tiempo de matrimonio. Ellos dan algunas razones para explicar el porque la satisfacción marital presenta una disminución durante el periodo medio del matrimonio, mientras que es más elevada en la etapa temprana y tardía del mismo. Sus motivos incluyen la presencia de los hijos, los roles cambiantes en la familia y el desgaste de la novedad inicial del matrimonio.

Estrada (1987) describe cuatro etapas fundamentales por las que atraviesan los cónyuges de acuerdo al ciclo vital: 1) Antes de la llegada de los hijos: en esta etapa la pareja se encuentra en una relación de enamoramiento, es la prolongación de la luna de miel, donde la unión se torna dulce, amorosa, calida y no presenta una gran resolución de crisis; 2) La crianza de los hijos,

esta etapa abarca desde el nacimiento del primer hijo y continua con la procreación, a que la pareja centra sus expectativas en la educación y disciplina de los hijos, así como en metas y objetivos para el desarrollo familiar, es una fase caracterizada por el progreso; 3) Nido vacío, corresponde a la etapa en la que los hijos se van del hogar y la pareja se une para compartir el desprendimiento de estos, a quienes les brindaron apoyo y amor; 4) Después de que los hijos se van, es la última etapa y la más dolorosa del ciclo vital, ya que en esta se da el proceso de jubilación de uno o ambos cónyuges, y el duelo por la muerte del compañero.

Por su parte Sánchez (citado por Romero, 2003) menciona otra clasificación de las etapas del ciclo vital de la pareja, esta clasificación abarca las siguientes etapas: 1) Noviazgo (de 0 a 6 meses): esta etapa se inicia con la atracción y el conocimiento mutuo de la pareja, el descubrimiento de personalidad, gustos, intereses y hábitos; 2) Noviazgo (de 6 meses hasta el matrimonio): esta etapa da la pauta para la posible formalización de la relación a partir de la negociación de diferencias y la aceptación de similitudes; 3) Matrimonio sin hijos (con 0 o 3 años de relación): este periodo se caracteriza por la vida conjunta de la pareja, en este momento de adaptación, se da un enfrentamiento y cumplimiento de responsabilidades y reglas acordadas sobre su dinámica de interacción, la familia extendida, los amigos, etc.; 4) Matrimonio con hijos (con 3 a 7 años de relación): aquí, se empiezan a afirmar los roles de padre y madre en la pareja; los cuales están determinados por sus respectivos antecedentes familiares; así mismo se empieza a limitar la posibilidad de interacción entre la pareja; 5) Matrimonio con hijos (de 7 a 14 años de relación), en este periodo se consolida la pareja, buscando un equilibrio entre

aspiraciones y logros individuales y en consecuencia de la pareja; 6) Matrimonio con hijos (con 14 o más años de relación): en esta etapa se da una confrontación entre la pareja y los hijos adolescentes lo cual provoca un ajuste en la pareja ya que los hijos piden independencia y a la vez exigen más de la estructura familiar. Además, se vuelve a dar un ajuste intrapareja ya que es en este momento cuando poseen más tiempo para ellos mismos, lo cual los lleva a redefinir su relación y así encontrarse.

Díaz Loving y Sánchez (2004) mencionan que las parejas atraviesan por diferentes etapas, a esto lo llaman el ciclo de acercamiento-alejamiento de la pareja, el cual permite establecer y categorizar el tipo de relación e información que los miembros de una pareja están atendiendo y procesando. Cada miembro va a evaluar, tanto cognoscitiva como afectivamente, las conductas del otro de manera distinta. Las etapas propuestas por los autores son las siguientes: a) Etapa extraño/conocido: únicamente se percibe y reconoce al otro, pero no se realizan conductas o cogniciones dirigidas al fomento de algún tipo de relación; b) Etapa de conocido: se evalúa al estímulo y categoriza a la persona como alguien que podría convertirse en un conocido o mantenerse como extraño;

c) Etapa de amistad: el simple interés de querer acercarse más a la relación implica una motivación afectiva común a la amistad; d) Etapa de atracción: aparece la unión como motivo y con ella, la locomoción de acercamiento afectivo hacia el otro sujeto. Se acentúa un interés por conocer, e interactuar con el otro, aunando a esto la búsqueda de formas y momentos de hacerse más independiente; e) Etapa de pasión y romance: existe una respuesta fisiológica y una interpretación cognoscitiva de intensidad que define a la

relación como una relación más cercana; f) Etapa de compromiso: los sujetos están de acuerdo en continuar dentro de su relación a largo plazo; g) Etapa de mantenimiento: permea el diario convivir de la pareja en una relación a largo plazo; h) Etapa de conflicto: surge cuando en aquellas situaciones en la funcionalidad y el diario trajín de las relaciones evocan tensiones; i) Etapa de alejamiento y desamor: la evaluación de la interacción se presenta sin aspectos positivos y atractivos y, a su vez, fortalece los aspectos negativos, incluyendo en algunos casos, hasta el hostigamiento físico o psicológico; j) Etapa de separación olvido: cuando la relación de pareja se vuelve insoportable, inmediatamente se vuelven más atractivas otras opciones (dejar la relación o tener otra pareja) y el descontento con la relación hace evidente que lo más adecuado es separarse.

### **1.3 ¿Qué se entiende por Satisfacción Marital?**

Un factor importante en el éxito del matrimonio es la satisfacción con el rol marital de uno mismo. Sin embargo el concepto de éxito marital, según Brenokraitis (1996) es difícil de definir. Los investigadores han estudiado “éxito marital”, “satisfacción marital”, “calidad marital” y “felicidad marital”, pero frecuentemente suelen intercambiar dichos términos. Esto se debe a que no hay una definición específica, sino que describen el éxito o felicidad de los matrimonios basados en las propias evaluaciones de los patrones maritales.

Según Díaz Loving (citado por Carvajal, 1995) la Satisfacción Marital es definida como la apreciación subjetiva que un individuo hace del bienestar, calidad y valor de las diferentes facetas de su pareja y de su interacción con ella. Se entiende, entonces, por Satisfacción Marital a la actitud que tiene una

persona sobre su matrimonio, la cual puede ser negativa o positiva en función de la cobertura de necesidades y una realización personal.

La vida de casados comienza desde el regreso de la luna de miel. Seleccionar un lugar en donde vivir, amueblarlo, establecerse, organizar la rutina del hogar y aprender el trabajo de dirigir un hogar y el ser esposo o esposa se convierte, entonces, en una prioridad para cada uno de los integrantes (Puget y Berenstein, 1988).

Toda pareja enamorada, sin duda, se siente convencida de que su unión será exitosa y de que vivirán románticamente felices por siempre. Sería bueno si esto fuera verdad. Aún así, poco después del matrimonio, especialmente las mujeres se preguntan porqué el romance, la gloriosa continuación de las relaciones románticas, no continúa durante el matrimonio. El hecho es que si lo hace, ellas no lo reconocen. Uno de los ingredientes de la felicidad es un amplio abastecimiento de amor y romance al comienzo. Pero esto no es la única base, sino una expresión de amor verdadero y entendimiento. Una de las cosas importantes que uno debe llevar al matrimonio es el conocimiento de cómo preservar la esencia de ese romance que estaba en evidencia durante los últimos días del compromiso y de los periodos de luna de miel. Algunas de las cosas que tienden a preservar este ingrediente de amor en el matrimonio son las siguientes: la actitud de uno en mantener el interés del otro, lealtad, procurar la felicidad y bienestar de la pareja, actitud de apreciación recíproca, tolerancia, entendimiento, reconocimiento del hecho de que ningún matrimonio a vivido feliz por siempre, buscar cada día algo (por trivial que sea) acerca del esposo (a) y dar muestras aprobación (Benokraitis, 1996).

Según Sager (1980) algunos matrimonios están destinados al fracaso ya que uno de los contratos individuales, o ambos los basan en expectativas quiméricas, en ocasiones pueden ser sanas y plausibles, pero también las habrá neuróticas y conflictivas. No obstante el esposo o la esposa cumplan con sus obligaciones, sus propias necesidades quedan insatisfechas por el hecho de que su compañero es incapaz de complacerlas.

Para Kirchler (citado por Maya, 2003) la Satisfacción Marital juega un papel diferente con cada tipo de pareja en relación con el tiempo que se invierte en la misma, por ejemplo conversaciones acerca de temas personales. En una pareja contenta en su matrimonio el índice de tiempo invertido es aproximadamente 7 horas diarias, mientras que en las parejas de casados que están descontentas entre sí el índice es menor a 5 horas diarias. Comenta el autor que las parejas contentas en su matrimonio pasan más tiempo juntos en su casa e invierten más tiempo en planes y discusiones sobre temas personales y menos tiempo en conflicto.

#### **1.4 Factores que componen la Satisfacción Marital**

Ojeda, Díaz-Loving y Rivera Aragón (1997), mencionan que existen seis factores de Satisfacción Marital y sus indicadores, estos factores son los siguientes: a) Factor de Interacción: son los aspectos emocionales, afectivos y de comprensión que facilitan la interacción de la pareja; b) Factor Físico-sexual: son las expresiones físico corporales tales como caricias, abrazos, besos y relaciones sexuales; c) Factor de organización y funcionamiento: este factor se refiere a la parte estructural, instrumental, de toma de decisiones, de

solución de problemas y función de la pareja; d) Factor de la familia: Contempla la organización y realización de tareas que se dan en el hogar, tales como distribución y cooperación; e) Factor diversión: es definida como la diversión que tiene la pareja en la convivencia y comunicación afectiva que se lleva a cabo dentro y fuera del hogar; f) Factor hijos: se refiere a la satisfacción que siente el cónyuge por la educación, atención y cuidado que proporciona su pareja a los hijos.

Según Rodríguez (citado por Sempe, 2003) existen tres factores que facilitan y fomentan la unión entre la pareja, estos son, los factores psicológico-axiológicos, los biológicos y los sociales-pragmáticos; 1) Los factores psicológicos-axiológicos son las actitudes que fomentan el sentimiento de amor y admiración por la pareja como el respeto, el compromiso, fidelidad, aceptación de la individualidad del otro, poseer un concepto adecuado de la pareja, la confianza, la conciencia de vida y objetivos comunes, el sentimiento de ser amado, el conocimiento de la identidad de la pareja y de sí mismo, el compañerismo y ayuda mutua, y por ultimo la comunicación y expresividad adecuadas; 2) Los factores biológicos se refieren a los hijos, que es el fruto del amor que existe entre la pareja, lo cual fomenta su unión; 3) Los factores sociales- pragmáticos, son los roles que cada miembro de la pareja desempeña en su familia y en sociedad; para una optima convivencia en pareja es necesario que ambos estén de acuerdo en el desempeño de sus roles, por medio de los cuales satisfacen sus necesidades individuales y comunes.

Berscheid y Lopes (1997), consideran que la satisfacción con la relación depende de ciertas condiciones personales y ambientales que ayudan o repelen la interacción de la pareja, generando así tanto ganancias positivas

como negativas. Para los autores, las condiciones que se derivan de la interacción endógena y exógena que mantiene la pareja cambian con el tiempo, y por último mencionan que la satisfacción es la responsable de determinar la estabilidad y permanencia de una relación de pareja.

Rogers (1978), afirma que para que se mantenga una relación íntima a largo plazo, como lo es el matrimonio se necesita de cuatro elementos básicos. Estos elementos son los siguientes: a) Consagrarse al compromiso, es decir que cada miembro debe considerar el matrimonio como una sociedad en continuo proceso y no un contrato. El trabajo que se desarrolla en tal proceso es para satisfacción personal y mutua, con metas separadas y comunes; b) La comunicación, la expresión de sentimientos franca y total, tanto de sentimientos positivos como negativos, además de dar una respuesta ya sea acusatoria, crítica, compartida o autoreveladora. Con respecto a esta comunicación el autor comenta que tiene dos fases igualmente importantes: una es expresar la emoción y la otra es experimentar la respuesta del otro; c) La no aceptación de papeles establecidos, esto se refiere a la vivencia del matrimonio como tal sin tratar de cumplir expectativas de los demás como por ejemplo la familia y la sociedad; d) La capacidad para compartir la vida interior, es decir, transformarse a si mismo por separado, el cual es un proceso profundo por descubrir y aceptar la propia naturaleza tanto de si mismo como de la pareja: lo cual lleva a ambos a la autorrealización individual y a la capacidad de compartirla.

Por otro lado, Boszormenyi (1992), expresa que la Satisfacción Marital puede estar dada, también, por un nivel patológico dado en la pareja de casados. La patología puede ser de uno o de los dos miembros de la pareja.

En este caso, la persona desadaptada trata de escapar de sus miserias individuales y con esto logra sumar sus problemas con los de su pareja.

Por su parte Kaslow (Citado por Mendoza, 2006) afirma que los factores que influyen en la Satisfacción Marital son los siguientes: 1) La institución es un contrato para toda la vida; 2) Responsabilidad por la pareja y los hijos en común; 3) Profesar el mismo credo o tener concepciones similares del mundo; 4) Llevarse bien con la familia de origen del cónyuge; 5) Llevarse bien con los amigos de la pareja y su círculo social fortalece y enriquece la convivencia marital; 6) Capacidad para resolver las crisis que se dan en la vida conyugal provocadas por los cambios que se van produciendo en lo personal, en la pareja y en lo familiar; 7) La confianza que significa tener fe en el otro, saber que siempre será honesto, leal, fiel, etcétera; 8) Respeto: es el reconocimiento de la presencia del cónyuge como tal, aceptándolo como es; 9) Amor y capacidad para expresarlo; 10) Comunicación entre los cónyuges, al abrirse al diálogo fructífero en torno a sus emociones, pensamientos, desafíos, planes y temas en conflicto; 11) Una buena capacidad para resolver sus problemas; 12) Compartir la misma concepción del mundo, valores e intereses; 14) Dejarse espacio y tiempo para estar y divertirse juntos.

Otro factor importante que influye en la Satisfacción Marital es el sistema de valores que existe en la pareja, ya que éstos representan modos y formas de conducta deseables y, como tales, tienen componentes cognitivos, afectivos y conductuales. Estos valores se organizan en forma jerárquica, en un sistema de creencias. Los valores son determinantes de las actitudes y por tanto mantienen una función motivacional. A mayor similitud de valores habrá mas

sentimientos positivos entre los cónyuges, lo cual trae como consecuencia un mayor ajuste marital (Rokeach, 1979)

Por su parte, Rodríguez y Mogyoros (citados por Páez, 2004) identifican los siguientes factores que pueden obstaculizar la satisfacción en una pareja:

1) Las relaciones neuróticas con los padres: en muchas ocasiones los miembros de una pareja no se percatan que están transfiriendo al cónyuge sus sentimientos, expectativas, temores, rencores, nacidos de la fijación a sus progenitores; b) La falta de autoestima en uno u otra: la tendencia a devaluarse, a condenarse se traduce en múltiples frustraciones y en propensión a crítica y a culpar al otro; c) La pretensión de cambiar al otro: el cónyuge que cede a la tendencia a recriminar al otro por sus defectos, debe darse cuenta que esta emitiendo un mensaje implícito pero legible de que no lo aceptan como es; d) el carácter paranoico y paranoide: cuando uno de los cónyuges presenta acentuados rasgos de paranoia ya que usará la culpa como instrumento de control; e) El egoísmo: se considera como inmadurez, encierro y poca tolerancia a la frustración; f) El carácter absorbente y dominante de uno de los dos; g) Las diferencias notables en las escalas de valores de ambos: tales diferencias afectan tanto más a la relación de pareja cuanto menos maduras sean las personas; h) Las mutuas expectativas no expresadas: se pueden traducir en demandas excesivas, rígidas, irracionales sobre como quiere que sea el cónyuge; i) La hostilidad estereotipada: esto propicia actitudes negativas de un sexo hacia el otro; j) Problemas económicos.

### **1.5 Estudios Recientes sobre Satisfacción Marital**

Numerosos investigadores han examinado una serie de factores que se asocian en la Satisfacción Marital. Lo que más a menudo se ha asociado en la calidad marital son los estilos de apego en los integrantes de la pareja, el neuroticismo, la comunicación, los estilos de personalidad, etcétera. Hasta el momento, según Ben-Ari y Lavee (2005) la mayoría de la investigación ha ligado la relación marital a cada uno de los rasgos de la personalidad de los esposos. Sin embargo, menciona que hay razón de creer que la satisfacción en las parejas está formada por las combinaciones específicas de las personalidades de cada uno de los miembros.

Dentro de las investigaciones que se han realizado en cuanto a la Satisfacción Marital, se han encontrado diferentes factores que influyen de manera significativa. Por ejemplo, existen diferencias entre la pareja acerca de sus expectativas, ejecución de roles, comunicación, estilo de vida y valores, así como diferencias de género, edad, años de casados, número de hijos y escolaridad (Martínez, 2004).

Los hallazgos de Pick y Andrade (citados por Rodríguez, 1998), respecto a la Satisfacción Marital se encuentran divididos de la siguiente manera: En cuanto a la satisfacción con la interacción conyugal (SIC), reportan que el grupo de varones se encuentra más satisfecho que el grupo femenino. De igual manera, aquellas parejas con menos años de casados están más satisfechas que aquellas con muchos años de casados.

De acuerdo con el número de hijos, parejas con tres hijos o más presentan una mayor insatisfacción que aquellas parejas con dos hijos, un hijo o ningún hijo. Respecto a la escolaridad, se encontró mayor satisfacción en personas con una profesión que aquellas que no la tienen. Por lo que respecta

a la satisfacción con aspectos emocionales del cónyuge (SEM), Pick y Andrade (1988) encontraron que la variable que discrimina en este rubro es el número de hijos, parejas con tres hijos o más se encuentran más insatisfechas que las que tienen dos hijos o menos. En relación a la satisfacción con aspectos estructurales del cónyuge (SES) las variables sexo y número de hijos son significativas. Los hombres están más satisfechos con aspectos estructurales que las mujeres. Aquellas parejas sin hijos están más satisfechas que las que tienen tres hijos o más.

Dunn, Croft y Hackett (citados por Carrillo, 2004) encontraron que las mujeres reportan mayor satisfacción que los hombres, y ambos sexos reportan mayor satisfacción marital a mayor frecuencia de relaciones sexuales. Los que resultaron menos satisfechos son aquellos que se perciben con problemas sexuales como disfunción eréctil y eyaculación precoz en el hombre y sequedad vaginal en la mujer.

Los resultados de algunos estudios indican que el nivel de escolaridad de cada uno de los cónyuges tiene efectos distintos en la percepción de la Satisfacción Marital, es decir en algunos casos a mayor escolaridad, mayor satisfacción (Castillo, Reyes- Lagunas y Mezquita, 1992; De la Coleta, 1990; Martínez y Valdés, 1998; Reyes, 1996, Pick de Weiss y Andrade, 1988) y menor frustración y enojo, así como mayor gusto para conocer a la pareja e interactuar con ella (Díaz Loving, Andrade, Muñiz y Camacho, 1986) siempre y cuando el nivel educativo afiliativo del hombre sea alto. Cuando la mujer altamente instrumental y educada se aparea con un hombre con baja educación y con poco interés por establecer una relación equitativa, la tendencia es a la frustración y a bajos niveles de satisfacción en las mujeres.

Por su parte Shibley y cols. (2001) realizaron un estudio longitudinal con una muestra de mujeres embarazadas dividida en 4 grupos: amas de casa, mujeres que trabajaban medio tiempo, mujeres que trabajan tiempo completo y mujeres que trabajan horas extras. Encontraron que no existen diferencias significativas en el intercurso de las relaciones ni en la satisfacción sexual, en los grupos. Sin embargo, reportan que la relación sexual en el matrimonio se ve alterada cuando la esposa es empleada, particularmente si ella es empleada de tiempo completo, observaron que la fatiga es un factor asociado a la disminución del deseo sexual.

Otras investigaciones sobre Satisfacción Marital son las que realizaron Davila y Bradbury (citados por Pinzón, 2002) quienes realizaron estudios sobre la Satisfacción Marital y los estilos de apego. En estos estudios encontraron que el estilo de apego inseguro esta asociado con el hecho de permanecer en un matrimonio donde no se sienten satisfechos, es decir, las personas que estaban en un matrimonio estable pero no satisfechos, mostraban altos niveles de inseguridad. La contraparte del estilo de apego inseguro esta asociado con insatisfacción, poca comunicación y un pobre soporte en el matrimonio y así hacer a las personas dependientes.

Por su parte Millar et al (2003), encontraron que la relación de pareja y la satisfacción de esta, tiene que ver con el ciclo familiar de los miembros de la pareja. Afirman que las parejas pueden presentar problemas en el ciclo familiar, pero que estos van cambiando conforme pasa el tiempo, es decir, los problemas que presentan en su primer año de matrimonio varían conforme pasa el tiempo.

Lavee y Ben- Ari (2004), por su parte, mencionan que dentro de relaciones interpersonales, la tendencia a ser emocionalmente expresivo puede afectar al grado de la satisfacción y del descontento de los esposos con la relación. Por un lado, compartir emociones tales como afecto, dulzura, y servicios de la vulnerabilidad puede generar un sentido de la intimidad y confianza en la relación. Por otra parte, la expresión de emociones tales como cólera, amargura, y frustración puede conducir a una opinión de la relación como insatisfecha.

## **2. Depresión**

### **2.1 ¿Qué se entiende por depresión y cuáles son sus síntomas?**

La depresión, en sus formas más habituales, empieza a afectar considerablemente a una personalidad que no se distinguía en nada de las demás y las circunstancias que la provocan no tienen a menudo nada de excepcional. Los signos de la depresión realizan una amplificación de un estado de tristeza y de desinterés que todos conocemos, e incluso cuando ésta amplificación adopta un cariz extremo, cuando aparecen ideas de persecución o se manifiesta un verdadero estado de estupor, el cuadro clínico permanece comprensible, “es la exageración de un estado normal”. Además, en un gran número de casos, la depresión no sobreviene casualmente. Aparece en relación con una situación o un acontecimiento doloroso. En pocas palabras, más que en cualquier otro trastorno mental, la depresión aparece ciertamente como un error del pensamiento y de la sensibilidad, pero como un error inteligible (Widlocher, 1986).

La depresión es un desorden mental caracterizado por, pérdida del interés en las actividades y un decremento de la energía. La depresión, es muy diferente de los cambios normales en el estado de ánimo ya que en ésta, los síntomas y la duración son severos y extensos (Costello, 1993).

Para Hamilton (1985) la palabra depresión significa “hundimiento o abatimiento”. La característica esencial de este proceso consiste en una profunda perturbación de naturaleza orgánica, que puede manifestarse en un descenso de la actividad vital, expresado a través de alteraciones en el funcionamiento cognitivo, afectivo y fisiológico.

Por otra parte, Santrock (2001) define la depresión como un tipo de desorden de la personalidad en el cual el individuo no se considera valioso, cree que las cosas no mejoran nunca y se vuelve letárgico por un periodo prolongado. Cuando la persona muestra estos síntomas, está experimentando una depresión.

Según Martín y Pear (1999) el sentirse deprimido suele ser el resultado de la pérdida de una fuente importante de refuerzo que existía en la vida de la persona, como por ejemplo, un trabajo, un amante, o un ser querido. En casos normales la depresión desaparece después de un corto periodo de tiempo, a medida que aparecen otras fuentes de refuerzo, en otros casos algunos individuos siguen estando deprimidos durante la mayor parte del tiempo sin ninguna razón externa aparente.

Si se considera al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también se debe tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla, y así dividir a los cuadros depresivos en tres tipos: psicóticos, neuróticos y simples (Calderón, 1990).

El DSM-IV (1997) da pautas que distinguen diversas formas de depresión en función de su gravedad, duración y síntomas. Al mismo tiempo expone las características básicas del episodio depresivo mayor de esta forma:

A) Durante al menos 2 semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo necesariamente el 1 o el 2: Estado de ánimo deprimido; disminución del placer o interés en cualquier actividad; aumento o disminución de peso/apetito; insomnio o hipersomnio; agitación o enlentecimiento psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimientos excesivos de inutilidad o culpa; problemas de concentración o toma de decisiones; ideas recurrentes de muerte o suicidio. B) Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano; C) No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general; D) No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses.

El primer síntoma de una depresión, y el más característico, es una apatía general, que percibe tanto en el trabajo como en la vida familiar y el ocio, e incluso se puede extender al cuidado personal y a la higiene. En ocasiones el síntoma más evidente de la depresión es la ansiedad aguda, que genera inquietud y agitación, la intensidad de estos síntomas varían a menudo, según la hora del día.

Calderón (1990) divide los Síntomas de la Depresión en cuatro grupos:

1) Trastornos afectivos: el enfermo generalmente inicia su cuadro con un estado de indiferencia hacia situaciones o circunstancias que antes despertaban su interés. Los principales síntomas son: indiferencia afectiva, tristeza, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad e irritabilidad; 2) Trastornos intelectuales: aunque no son los más afectados se pueden presentar síntomas

importantes: sensopercepción disminuida (mala captación de estímulos), trastornos de memoria, disminución de la atención, disminución de la comprensión, ideas de culpa o de fracaso, pensamiento obsesivo; 3) Trastornos conductuales: trastornos de la conducta tales como: actividad disminuida, productividad disminuida, impulsos suicidas, impulso a la ingestión de alcohol y otras drogas; 4) Trastornos somáticos: incluye, trastornos del sueño, trastornos del apetito, disminución de la libido, cefalea tensional, trastornos digestivos y trastornos cardiovasculares.

Por otro lado los Síntomas de Depresión que menciona Paykel (1985) son los siguientes: 1) Los trastornos del juicio, los pacientes suelen fijarse en el lado triste de las cosas, consideran algo banal su trabajo y sus actividades y contemplan toda su vida anterior como algo sin sentido y lleno tan solo de fracasos. No tienen perspectivas para el futuro y todo les parece inútil; 2) La ansiedad, se manifiesta no sólo como un continuo estado de aprehensión sino como irritabilidad y explosiones de cólera ante la más pequeña frustración. Las personas deprimidas se vuelven olvidadizas debido a su falta de atención y a su incapacidad para concentrarse. Se sienten tensos y les es imposible relajarse. Estos síntomas se acompañan de los aspectos somáticos de la ansiedad. Sufren de palpitaciones, sudoración, de agudos dolores de cabeza, de sequedad en la boca, etcétera; 3) El trastorno del sueño más común es la demora en el sueño o la incapacidad para dormir. Los pacientes pueden quejarse también de sueños desagradables, aunque no de las típicas pesadillas. Los sueños a veces son de contenido triste y trágico; 4) El síndrome de agitación, que se define como una forma particular de inquietud asociada a la ansiedad; 5) El retardo psicomotor es un síntoma típico de la depresión. En

la forma más leve, el paciente camina lentamente, igual que si llevase un fardo y se sienta con una peculiar inmovilidad. Es una quietud abatida más bien que rígida. La cara es inexpresiva o muestra una expresión fija y melancólica: 6) El síntoma físico más destacado es la falta de energía y la fatigabilidad. Algunos pacientes se quejan de un dolor de cabeza y de un malestar difuso y vago en los músculos; 7) La pérdida de apetito es muy típica en las depresiones. La comida pierde su sabor y aunque los pacientes pueden continuar comiendo cantidades normales, pronto empiezan a comer menos y al final pierden totalmente el apetito; 8) La pérdida de libido ocurre pronto en las depresiones y esto está en acusado contraste con los estados de ansiedad, en los cuales los pacientes pueden sufrir de síntomas muy severos y ser, sin embargo, capaces de una actividad sexual normal.

## **2.2 Tipos de depresión y sus causas**

Según Dio (1992) la depresión es un malestar que afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que se come y se duerme, el deseo sexual, la opinión de uno mismo y el concepto de la vida en general. El autor divide la depresión en 4 tipos: 1) Las depresiones bipolares mayores, existen episodios psiquiátricos que se alteran y que pueden dar lugar a ciclos; 2) Las ciclotimias, se parecen a las depresiones bipolares mayores, pero estos episodios no tienen ni la duración ni la gravedad que caracterizan a los de las depresiones bipolares mayores; 3) Las personalidades ciclotímicas, son aquellas que a lo largo de la vida pasan por periodos, a veces prolongados en que se sienten entusiastas, optimistas, mientras que en otros apagadas, con poca energía, tristes, desinteresadas; 4) Las oscilaciones del humor: son

cambios hacia la alegría o la tristeza que no constituyen un trastorno psiquiátrico y que se presentan en personas normales.

El Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSMIV (1997), divide a los trastornos depresivos en: 1) Trastorno depresivo mayor que se caracteriza por uno o más estados depresivos mayores. De acuerdo al número de episodios presentados en la persona, éste se divide en: Episodio único y recidivante; 2) Trastorno distímico, que se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del tiempo durante el menos dos años; 3) Trastorno depresivo no especificado, incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor ni para el trastorno distímico.

Zubiría (1992), por su parte clasifica a la depresión de la siguiente manera:

- a) Depresión primaria o secundaria: Se le llama primaria a la depresión que constituye un componente esencial o importante de un síndrome. Secundaria es a la que surge en el contexto en otra afección, en donde presumiblemente si no fuera ésta, no hubiera aparecido;
- b) Depresión endógena o reactiva: Se le llama endógena a la depresión que basa en factores orgánicos, muy probablemente hereditarios, y se manifiestan mediante alteraciones bioquímicas del organismo. La depresión reactiva se le conoce como a la que aparece como consecuencia de un suceso que el sujeto siente como perjudicial o displacentero, el cual puede ser real o simbólico. En este caso lo endógeno se refiere a que la enfermedad es fruto de un cambio intrínseco, mientras que lo reactivo se refiere a un fracaso en la adecuación psicológica a una desilusión acompañante;
- c) Depresión psicótica, o neurótica: el termino depresión psicótica, no implica la presencia de una psicosis, se refiere únicamente al

grado de menoscabo funcional del individuo enfermo. Cualquiera que sea la transformación producida en el paciente psicótico, esta no deje de ser sino una transformación en el modo de relacionarse consigo mismo y con los demás y, por lo mismo, de su manera de interpretar al mundo. Su interpretación puede estar distorsionada. La diferencia entre depresión psicótica y neurótica es que la persona con depresión psicótica trata de huir de su enfermedad, y cree que ha sufrido de una drástica transformación emocional por la cual cree que su manera de sentir es la adecuada a las circunstancias en que vive; d) Depresión profunda o depresión leve: ambas pueden clasificarse como sintónica. Se puede decir que una depresión leve es cuando el enfermo admite su vivencia depresiva, quiere salir de ella pero no sabe como. Pueden acompañar a esta depresión sentimiento de pesimismo, soledad, desvalorización y autocrítica. Y por el contrario en una depresión profunda el enfermo trata de rechazarla.

Existen distintas formas de explicar la depresión, por un lado las teorías psicoanalíticas exponen como causa de la depresión los sentimientos de culpa, perdida o baja autoestima y que son autodirigidos; por un lado, las teorías cognoscitivas proponen que un trastorno del pensamiento caracterizado entre otras cosas por la subestimación de si mismo e ideas de pérdida, es el responsable de la depresión. Por su parte las teorías psicodinámicas, proponen la dinámica familiar en la infancia como factor determinante en la presencia de depresión adulta, refiere que los sentimientos de inferioridad del núcleo familiar y la presencia de una madre dominante, generan en la persona sentimientos de ambivalencia y consecuentemente de culpa. Por último la teoría estructural también hace referencia a lo aprendido en la infancia, y propone la depresión

como el resultado de la interrelación entre el yo, superyo y el objeto amado (Arroyo y Estrada, 2002).

Costello (1993) afirma que uno de los factores más importantes para la aparición de la depresión, es la genética, que ésta predice de manera contundente trastornos del estado del ánimo, por lo que considera que la depresión debe ser vista como enfermedad de origen biológico.

Por otro lado, Calderón (1990) expresa que las causas de la depresión son: 1) Genéticas: el factor hereditario es especialmente importante en las depresiones psicóticas. Sin embargo en las neuróticas y simples, los factores constitucionales no pueden ser ignorados, ya que frecuentemente se presentan trastornos depresivos en mas de un miembro de la familia; 2) Psicológicas, que a la vez las divide en dos: determinantes, que abarcan la mala integración de la personalidad en la etapa formativa y las desencadenantes, que se refiere a la necesidad de reprimir distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia; 3) Ambientales: la contaminación atmosférica, los problemas de tránsito, perdida económica y disminución de las horas de descanso, ruido excesivo, etc.; 4) Sociales: se encuentran englobadas la desintegración familiar, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, la falta de vínculos con los vecinos y migraciones; 5) Ecológicas: la contaminación atmosférica, problemas de tránsito y el ruido excesivo.

Dethelefsen y Dahlke (1990) dividen las causas de la depresión en tres: 1) Agresividad: que no es una conducta hacia el exterior se convierte en dolor corporal y en el aspecto psíquico conduce a la depresión. La agresividad dirigida hacia uno mismo encuentra su expresión más clara en el suicidio; 2)

Responsabilidad: el miedo a asumir responsabilidad está en primer término. Todas las depresiones se producen precisamente cuando el paciente tiene que entrar en otra fase de la vida; 3) Renuncia, soledad, vejez y muerte: todo lo vivo como movimiento, relación social y comunicación es arrebatado al depresivo y se le ofrece el polo opuesto apatía, inmovilidad, soledad, pensamientos sobre la muerte. El conflicto radica en que se teme tanto a la vida como a la muerte. La vida activa trae consigo culpabilidad y responsabilidad. Asumir responsabilidad significa también renunciar a la proyección en el otro y aceptar la propia soledad. La separación o la muerte de la persona amada suele ser desencadenante de una depresión.

### **2.3. Depresión a lo largo del ciclo vital**

A lo largo del ciclo vital del ser humano, puede experimentar en mayor o menor grado una serie de Síntomas Depresivos que se pueden desencadenar en una depresión mayor.

La depresión forma parte integrante de la vida psíquica de un niño, sin tener, no obstante, una dimensión patológica. Cuanto más joven es el niño, más somático es el aspecto de su depresión; y a medida que va creciendo, va afirmándose el predominio psíquico. Se detecta depresión a partir de los seis a los ocho meses, es decir, en el momento de ese periodo fundamental llamado angustia del octavo mes. Esos bebés de seis a ocho meses que se ven separados de la madre se deprimen tanto más rápida y profundamente cuanto mejor era la relación establecida con la madre. En pocos días se encuentra: a) Aprensión ante el adulto; b) Pérdida de contacto, rechazo del entorno y repliegue; c) Disminución del tiempo de respuesta al estímulo, lentitud de

movimientos, estado de abatimiento que puede llegar a un verdadero estupor;

d) Signos físicos: pérdida del apetito, rechazo de alimentos, disminución de peso, insomnio (Puyelo, 1984)

Para Goleman (1995) en la adolescencia especialmente, los problemas de relación son un desencadenante de la depresión. La dificultad aparece tanto en relación con los padres, como con los pares. Con frecuencia los niños y adolescentes con depresión son incapaces de hablar sobre las causas de su tristeza, o renuentes a hacerlo. Parecen no poder clasificar apropiadamente sus sentimientos, mostrándose en cambios hoscos e irritables, con impaciencia, caprichos y enfado, especialmente hacia sus padres. Esto, a su vez vuelve más dura para los padres la tarea de ofrecer el apoyo emocional y la orientación que el chico deprimido realmente necesita, poniendo en marcha una espiral descendente que habitualmente termina en discusiones constantes y en alineación. Según el autor, las causas de la depresión en la adolescencia se basa en dos áreas de las aptitudes emocionales en las que los jóvenes manifiestan déficits puntuales: habilidad para relacionarse con los demás, por un lado, y la forma (generadora de la depresión) en que interpretan los contratiempos, por el otro. En tanto que en gran medida, parte de la tendencia a la depresión obedece casi con certeza a causas genéticas, algo de esa tendencia parece deberse a reversibles hábitos pesimistas de pequeña derrota que sufren en la vida (fracasos escolares, una discusión con sus padres, un rechazo social), cayendo en la depresión.

Por otro lado, para Faw (1988) la depresión es una forma de retirada. En la adolescencia la depresión es asociada con estados prolongados de fatiga física, frustración emocional y tristeza por circunstancias que no siempre

pueden ser identificadas claramente. Con frecuencia la depresión está acompañada de enojo y conflicto por la forma como pueden expresar este enojo. Para los adolescentes recobrase de un estado depresivo supone el desarrollo de métodos realistas para enfrentar la frustración y resolver el conflicto concerniente con la expresión del enojo. La confianza en que sus sentimientos son normales también ayuda al adolescente a recobrase de su depresión.

En la fase generadora de la madurez, la psicobiología une y diferencia los sexos. En la mujer, por ejemplo, la fase de la progesterona, del embarazo y de la lactancia, activa ciertos procesos metabólicos, lo que psicológicamente, la hace más receptiva. La condición fisiológica de la mujer, base de la supervivencia de la especie humana, puede provocar en ella, peligros de estados emocionales depresivos (Zubiría, 1992).

El parto es normalmente un trauma para la madre. Los cambios hormonales, el dolor, la expulsión, interrumpen la unidad simbiótica que hubo. Las madres primerizas, sobre todo, mientras su organismo se esta preparando para la lactancia, pueden sufrir de un retraso emocional. Si durante el embarazo creyeron que iban a amar a su hijo, pueden sentirse culpables de no sentir ese amor hacia el bebé recién nacido, lo que las llenará de angustia, decepción, inseguridad. En algunas ocasiones puede experimentar reacciones fóbicas que las lleven a evitar al niño, por miedo a dañarlo, o incluso, que la vuelvan contra su hijo. La función psíquica de la mujer puede ser la adecuada para la gestación y el parto en circunstancias ambientales habituales para ella; pero un parto extremadamente difícil o en circunstancias económicas y sociales

dolorosamente adversas, inclinaran las posibilidades a un trastorno post-parto (Anthony y Benedek, 1981).

Kendall-Tacket (1993) afirma que la depresión post parto es una condición que puede aislar a las mujeres en el tiempo que ellas más necesitan la ayuda de otros. Ellas quizá están avergonzadas de admitir que la vida con un nuevo bebé no siempre es felicidad. La depresión post parto en términos generales describe 3 tipos de enfermedad. Estos varían en tiempo de llegada, duración de los episodios y la severidad de los síntomas. Las tres condiciones son: a) Melancolía post parto: es comúnmente descrita como los llantos y tristeza que empieza casi inmediatamente tiempo después del nacimiento del bebé y dura solo unos días. Otros han referido esta condición como un ánimo depresivo, síntomas depresivos y depresión posparto momentánea; b) Depresiones post parto: la depresión comienza después de las 2 semanas del nacimiento. Es una condición más seria que la melancolía ya que los síntomas depresivos duran más y son más severos; c) Psicosis post parto: es la parte más severa de la enfermedad post parto. Es definida en términos de la severidad y la intensidad de la presentación de los síntomas.

Con respecto a la vejez Skinner (1983) menciona que la depresión es el desorden de la salud mental más extendido entre las personas mayores de sesenta y cinco años. Una depresión puede deberse a una enfermedad física, y si es este el caso hay que tratar esa afección, pero también se puede sentir deprimido por el hecho de que ya no puede hacer muchas de las cosas que antes disfrutaba. Para el autor, existen diferentes causas de depresión en la vejez, entre ellas se encuentran: a) El enojo: que es una clase de enojo que proviene del fracaso. Este enojo en muchas ocasiones viene de que en esta

etapa las cosas son más difíciles de hacer, también puede ser por la envidia y el resentimiento con los jóvenes porque estos disfrutaban de una manera que en otro tiempo estaba prohibida; b) El amor sexual, tal vez es muy natural que la actividad sexual de los viejos sea relativamente infrecuente. El sexo no es siempre algo que las personas adultas deban supeditar a la prudencia; c) El miedo: los viejos tienen muchas cosas de las que temer. Una de ellas es la enfermedad. Los síntomas triviales son motivos de temor. El temor es especialmente peligroso si uno teme descubrir que está realmente enfermo, también puede surgir el miedo por las preocupaciones económicas, etcétera; d) Indefinición: ésta se refiere a la pérdida del dominio de las funciones corporales, que puede llegar a ser humillante.

#### **2.4. Estudios sobre Depresión**

Estudios han revelado que las parejas casadas reportan menos incidencia de depresión, ansiedad y otras formas de angustia, y tienen menos probabilidades de decir que están enfermos, inhabilitados, visitar al doctor o ser hospitalizados en comparación con parejas de solteros. Además, parejas casadas tienen tasas de mortalidad considerablemente más bajas por casi todas las causas de muerte en comparación con gente soltera de la misma edad y sexo (Benokraitis, 1996).

Sin embargo, el mismo autor menciona que el estar casado no garantiza mejor salud automáticamente. Diferentes estudios han encontrado que mujeres casadas son menos saludables que hombres casados. Un factor que puede contribuir a la diferencia es la multiplicidad de responsabilidades del rol de la mujer. Mujeres que trabajan con hijos pequeños en pareja en las que

las ganancias de ambos son bajas tienen más probabilidad de reportar depresión que los hombres casados, y que las amas de casa de tiempo completo, o mujeres casadas que trabajan que no tienen problemas económicos ni el deber de cuidar hijos.

Muchos investigadores han especulado acerca del rol de la interacción marital y familiar en la depresión. Y estas especulaciones han tomado varias formas. Algunos investigadores han sugerido que matrimonios disfuncionales pueden jugar un rol causal en por lo menos algunas depresiones; por otro lado, otros investigadores han planteado que los depresivos participan en interacciones maritales disfuncionales. Aun así otros han disputado o guardado silencio acerca de la secuencia causal, pero han discutido que un matrimonio funcional puede disminuir la probabilidad de depresión en alguien que de otra manera sería un individuo vulnerable (Hammen, 1991).

Peterson, Newton y Rosen (2000) realizaron otros estudios que se enfocan en la asociación entre la angustia marital y depresión. Estos autores encontraron que existe una necesidad de investigación que evalúe esta asociación, basada en una comunidad representativa y muestras clínicas.

Karney (2001) examinó las asociaciones entre Síntomas Depresivos y Satisfacción Marital en ambas direcciones. Los análisis reportaron asociaciones bidireccionales, por lo tanto apoyan modelos recientes de Síntomas Depresivos y funcionamiento marital.

Por su parte, trabajos recientes de investigadores como Dávila, Karney y Bradbury (2003) acerca del contexto interpersonal de la depresión proponen que los aumentos en Síntomas Depresivos pueden producir decaídas en la calidad de la relación íntima de un individuo, que puede después dirigirse a

posteriores aumentos en Síntomas Depresivos. Para estos autores los Modelos marital-familiares de depresión también sugieren que un esposo(a) deprimido(a) evidenciará un funcionamiento mal adaptado en la relación que más adelante resultará en depresión.

Las recomendaciones de que los tratamientos para la depresión incluyan un componente interpersonal (por ejemplo, terapia marital o terapia interpersonal) similarmente asumen que, cambios en la satisfacción en la relación, corresponderán con cambios en niveles de depresión en un individuo. A medida que una persona deprimida aprende a cambiar la forma en que él o ella se acercan y maneja experiencias interpersonales, él o ella deberán estar cada vez menos deprimidos.

Otras investigaciones de estos mismos autores encontraron que satisfacción y Síntomas Depresivos aunque correlacionados cambiaban en diferentes formas a través del tiempo. La Satisfacción Marital decae linealmente, indicando que los recién casados se vuelven menos satisfechos mientras su matrimonio avanza. También encontraron que los Síntomas Depresivos no muestran cambios sistemáticos a través del tiempo. Más bien, suben y bajan fluctuando alrededor de un individuo dentro de un matrimonio.

Keeley (2004) afirma que la depresión es una enfermedad multidimensional, observó que frecuentemente, los pacientes que reportan más Síntomas Depresivos físicos que psicológicos, regularmente no son adecuadamente diagnosticados ni tratados en comparación con aquellos que reportan más síntomas psicológicos, a quienes se les diagnostica atinadamente algún tipo de depresión y se les trata con psicoterapia y/o depresivos, cuando en caso lo requiere.

Endler et al (1999) encontraron que las mujeres reportan significativamente más signos y Síntomas Depresivos físicos que los hombres. Así mismo, los autores argumentaron que una razón para dicha diferencia era que las personas con más sintomatología depresiva psicológica estaban sometidas a un mayor estrés.

Whisman y Jacobson (1989) realizaron una investigación en la cual las mujeres con niveles más altos de Síntomas Depresivos tendieron a tener puntajes más bajos de masculinidad, reportando menos satisfacción con la toma de decisiones y la distribución de las tareas de la casa dentro de sus matrimonios, y al mismo tiempo tenían mayor descontento con la distribución de responsabilidades hacia sus hijos, al contrario de lo que reportaron las mujeres sin sintomatología depresiva. Estos investigadores propusieron que la presencia de una orientación del papel del sexo masculino (o no tradicional) proporciona un almacenador intermediario contra la depresión.

Por su parte Blanco y Feldman (1995) encontraron que quienes perciben sobrecarga en la planificación de tareas del hogar, refirieron presencia de ansiedad y depresión; dichas autoras propusieron que en estas mujeres el percibir la sobrecarga en la planificación y realización de y tareas del hogar, así como el cuidado de los hijos está relacionado con una mayor tendencia a presentar problemas de salud mental.

Arroyo y Estrada (2002) mencionan que el ser ama de casa tiene sus consecuencias respecto a la salud de la mujer por las propias características del trabajo doméstico, observando tendencia a presentar dolores de cabeza, espalda, mareos y cambios importantes en el estado de animo, sin que esto sea plenamente identificado por la mujer, además se observó mayor tendencia

a la ansiedad y depresión, sobre todo cuando hay niños pequeños que atender, aislamiento social y exclusión del ámbito público que les lleva a renunciar a proyectos de desarrollo personal.

### **3. Planteamiento del problema**

De acuerdo con la OMS (2001) en el mundo hay 121 millones de individuos afectados por trastornos mentales o neurológicos. Sobre la depresión, se conoce que al menos cuatro millones de mexicanos la sufren en algún momento de sus vidas. Según registros en el año 2000 padecieron por primera vez alguna forma de depresión hasta 250 mil mexicanos.

Numerosos estudios apoyan la importancia de la interacción marital para entender la depresión. Mas del 50% de individuos deprimidos reportan problemas maritales (Roy, 1987), y aunque la mayor parte de la disfunción marital pueda reflejar una secuela de los episodios depresivos, la evidencia longitudinal sugiere que problemas maritales pueden afectar el ataque, mantenimiento y tratamiento de estos episodios depresivos.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado cabe preguntarse ¿El nivel de Síntomas Depresivos juega un papel importante en la Satisfacción Marital? ¿Cuál es la relación entre el nivel de Satisfacción Marital y Síntomas Depresivos? ¿Podrían los niveles de Síntomas Depresivos predecir los niveles de Satisfacción Marital? ¿Se relaciona el nivel de Satisfacción Marital y Síntomas Depresivos en ambos grupos? ¿Existen diferencias en el nivel de Satisfacción Marital y Síntomas Depresivos entre el grupo de mujeres profesionistas y no profesionistas? Después de estos cuestionamientos, el

presente estudio tiene como objetivo principal estudiar la relación entre la Satisfacción Marital y los Síntomas Depresivos en mujeres profesionistas y no profesionistas. Así, también estudiar las diferencias en la Satisfacción Marital y Síntomas Depresivos en los dos grupos de mujeres.

Los objetivos específicos de esta investigación son los siguientes:

- a) Estudiar la relación entre la Satisfacción Marital y los Síntomas Depresivos en la muestra total.
- b) Estudiar la relación entre la Satisfacción Marital y los Síntomas Depresivos en el grupo de mujeres profesionistas.
- c) Estudiar la relación entre la Satisfacción Marital y los Síntomas Depresivos en el grupo de mujeres no profesionistas.
- d) Estudiar las diferencias en el nivel de Satisfacción Marital entre los dos grupos de mujeres.
- e) Estudiar las diferencias en el nivel de Síntomas Depresivos entre los dos grupos de mujeres.

Por tanto se hipotetiza que existe una correlación negativa entre la Satisfacción Marital y los Síntomas Depresivos en ambos grupos y que existen diferencias en las variables estudiadas entre los dos grupos.