

El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud

The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status

**Carles Simó-Noguera, Andrea Hernández-Monleón, David Muñoz-Rodríguez
y M^ª Eugenia González-Sanjuán**

Palabras clave

- Depresión psíquica
- Diferencias de género
- Divorcio
- Encuestas
- Estado civil
- Salud
- Salud mental
- Separación

Key words

- Depression
- Gender Differences
- Divorce
- Surveys
- Marital Status
- Health
- Mental Health
- Separation

Resumen

Las investigaciones en torno a las consecuencias del divorcio sobre la salud en España escasean. Esta investigación es una contribución en este campo desde la sociología y la demografía. En ella se analiza la salud de las personas separadas/divorciadas en España con la Encuesta Europea de Salud 2009-2010. Mediante las preguntas sobre salud percibida y salud mental objetiva se explora si 1) las personas con estado civil de divorciadas sufren de una peor salud que las casadas; si 2) la situación de convivencia en pareja evidencia una mejor salud; y si 3) el género es una fuente de diferenciación de la salud entre las personas separadas/divorciadas. Los resultados muestran que la salud de las mujeres es peor y que los hombres separados/divorciados presentan mayores riesgos de sufrir depresión crónica que el resto de hombres. Además, las mujeres separadas/divorciadas muestran sufrir mayores probabilidades tanto de ansiedad crónica como de depresión crónica.

Abstract

Researches on the consequences of divorce on health are scarce in Spain. This study is a contribution to this field from sociology and demography. In it, the health of separated/divorced Spanish men and women is analyzed using the European Health Survey 2009-2010. Employing questions on perceived health and objective mental health, we explore whether 1) people with divorced or separated marital status suffer from poorer health than married; if 2) the cohabitation with a partner promotes a better health; and if 3) gender is a source of health differences between divorcees. The results show that the health of female divorcees is worse and that male divorcees have higher risk for chronic depression than other men. In addition, the female divorcees are much more likely to suffer chronic anxiety and chronic depression.

Cómo citar

Simó-Noguera, Carles; Hernández-Monleón, Andrea; Muñoz-Rodríguez, David y González-Sanjuán, M.^a Eugenia (2015). «El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151: 141-166. (<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.151.141>)

La versión en inglés de este artículo puede consultarse en <http://reis.cis.es> y <http://reis.metapress.com>

Carles Simó-Noguera: Departament de Sociologia i Antropologia Social, Facultat de Ciències Socials, Universitat de València | carles.simo@uv.es

Andrea Hernández-Monleón: Universitat de València | andrea.hernandez@uv.es

David Muñoz-Rodríguez: Universitat de València | francisco.d.munoz@uv.es

M^ª Eugenia González-Sanjuán: Universitat de València | eugenia.gonzalez@uv.es

INTRODUCCIÓN¹

La investigación sociodemográfica sobre el divorcio en nuestro país ha prestado especial atención a los determinantes de la ruptura (véanse, entre otros, Houle *et al.*, 1999; Simó y Solsona, 2003; Bernardi y Martínez-Pastor, 2011). Son escasas, sin embargo, las evidencias sobre sus consecuencias y, con frecuencia, los trabajos existentes focalizan la atención en las trayectorias postdivorcio (Solsona *et al.*, 2007; Solsona, 2011a y 2011b; Simó *et al.*, 2013). El objeto de este trabajo es analizar las consecuencias que tiene el divorcio en la salud de los hombres y de las mujeres que lo protagonizan, y aborda aspectos específicos, como la autopercepción de la salud² y la prevalencia de ansiedad y depresión crónicas.

La ruptura de la unión conlleva efectos emocionales relacionados con el sentimiento de pérdida y de percepción de fracaso. Una experiencia que se desvela angustiosa aun en sociedades con tasas de divorcio elevadas (Ghähler, 2006; Solsona, 2009), en las que conviven diferentes modelos de unión que han aportado mayor plasticidad, tanto en la formación de las uniones como en su disolución (Simó y Solsona, 2010). Al redefinir la intimidad y los vínculos afectivos, toda ruptura de unión puede desencadenar además un aumento de la vulnerabilidad, puesto que constituye una transición vital que a menudo provoca aislamiento y sensación de quiebra del grupo de pertenencia (Solsona, 2009). Asimismo, el divorcio supone en muchas

ocasiones una importante transformación de los recursos disponibles y de las condiciones de vida y, consecuentemente, de los proyectos vitales (Peterson, 1996). Esta reducción de los recursos y la merma en las condiciones de vida afectan mucho más frecuentemente a las mujeres que a los hombres (Peterson, 1996; Andreß y Hummelsheim, 2009)³. Por otra parte, cabe señalar que en los casos de ruptura conflictiva, la duración del proceso puede dilatarse en el tiempo. De hecho, el divorcio no siempre implica el final del conflicto de la pareja, sobre todo cuando existen hijos comunes o bienes materiales compartidos (Wallerstein y Blakeslee, 2003). En definitiva, la complejidad de la ruptura y sus consecuencias aumentan con la presencia de hijos, con los años de convivencia y con la existencia de un patrimonio común, pudiendo situar a los miembros de la pareja ante una mayor vulnerabilidad, particularmente, en el orden económico y en el de la salud.

Este artículo se centra precisamente en la relación entre divorcio y salud. Más concretamente, el objetivo es analizar el impacto que el divorcio ocasiona en la salud de sus protagonistas. La investigación se apoya en los datos de la muestra española de la Encuesta Europea de Salud de 2009-2010 referidos a las personas con edades comprendidas entre los 25 y los 64 años. Se utiliza la información que esta encuesta contiene sobre el estado civil y la situación de convivencia en el momento de la entrevista, para discernir si la salud de las personas divorciadas/separadas es diferente a la de las que no han pasado por una ruptura matrimonial. Al basarse en datos de corte transversal, este estudio no puede adentrarse en los procesos biográficos que condicionan la relación de causalidad entre divorcio y salud, sino que

¹ Esta investigación se ha realizado en el marco del proyecto «Post-divorcio y vulnerabilidad social en España. Experiencias de hombres y mujeres en el ámbito económico y de la salud» (Ref. CSO 2009-09891), dirigido por Montserrat Solsona i Pairó y subvencionado por el Plan nacional I+D+i del Ministerio de Educación y Ciencia. Entre los autores son investigadores en formación del programa FPU-MEC Andrea Hernández (ref. AP2010-4482) y F. David Muñoz (ref. PFP12/04496).

² La salud subjetiva refleja el concepto multidimensional de la salud (física, psíquica y social).

³ Sobre las consecuencias económicas que tiene el divorcio para las mujeres en Europa véanse también los estudios de Uunk (2004) y de Aassve y sus colegas (Aassve *et al.*, 2007).

analiza la salud de las personas separadas/divorciadas y la compara con la del resto para comprobar si estas sufren una peor salud. Con este fin se utilizan diferentes preguntas de la encuesta referidas a la salud percibida y la salud objetiva, con objeto de desvelar hasta qué punto la salud de los hombres y de las mujeres difiere entre los distintos estados civiles, entre las situaciones de convivencia o no convivencia en pareja y, finalmente, entre las diferentes combinaciones entre el estado civil y la situación de convivencia.

LA RELACIÓN ENTRE EL DIVORCIO Y LA SALUD. MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

La relación entre salud y divorcio ha sido socialmente utilizada con la intención de penalizar la ruptura matrimonial, dando a entender que, sea cual sea la calidad de la convivencia, el divorcio menoscaba la salud (Coleman *et al.*, 2000). Este sesgo, que ha contribuido a la estigmatización del divorcio, tuvo también su reflejo en la perspectiva de análisis de una parte considerable de los trabajos científicos, tal como apuntaron estos mismos autores. El primer matrimonio ha sido presentado como el mejor o incluso la única estructura familiar aceptable para criar a los hijos, y esta posición ha influido en la perspectiva de las ciencias sociales sobre este asunto (Clingempeel *et al.*, 1987). Así, por lo que a la influencia epistemológica se refiere, cabe afirmar que el marco funcionalista se ha mantenido en la sombra, paralelamente al desarrollo y avance en el conocimiento sobre las causas y consecuencias del divorcio. En 1977, Lynch abordaba las consecuencias de la soledad en la prevalencia del cáncer y de enfermedades cardiovasculares, y encontraba cifras más elevadas entre la población divorciada o separada. Estos resultados, y otros similares, condujeron a los Institutos Nacionales de Salud Mental de Estados Unidos a afirmar, con un excesivo

catastrofismo, que el divorcio podía ser un factor predictivo de las enfermedades relacionadas con estrés físico y emocional (Lynch, 1977).

Ciertamente, es difícil alcanzar un resultado concluyente, lo que en parte obedece a razones de índole metodológica (muestras analizadas o tipos de análisis). Así, por ejemplo, todavía son poco conocidos los efectos que las relaciones matrimoniales conflictivas o asimétricas tienen en la salud de hombres y mujeres. Además, debido a la complejidad en la obtención de datos, la mayoría de los estudios sobre el divorcio se han centrado solo en las parejas que estuvieron casadas y han omitido a las parejas de hecho, lo que dificulta estudiar la relación entre ruptura y salud atendiendo al tipo de unión. Sin embargo, como veremos en las líneas que siguen, existe una literatura internacional reciente con evidencias sólidas que aborda temáticas como las consecuencias de la separación matrimonial y, entre ellas, el efecto que tiene la ruptura en la salud. Esta literatura tiende a mostrar que la ruptura de una unión merma la salud de las personas que la protagonizan y que existe una clara desigualdad de género.

La ruptura como factor patógeno y la convivencia como factor saludable

La relación entre el estado de salud y el divorcio ha sido abordada desde diversos ángulos disciplinares, como la epidemiología, la demografía y la sociología. Varios estudios se han centrado en mostrar las consecuencias del divorcio en la salud y han puesto de manifiesto que, tanto en hombres como en mujeres, el divorcio aumenta el riesgo de sufrir enfermedades (Strand, 2010; Dupre y Meadows, 2007; Colman *et al.*, 2008 y 2010).

Diversos estudios han revelado que la separación matrimonial entraña costes emocionales (Williams y Umberson, 2004; Kalmijn y Monden, 2004; Ghäler, 2006; Andreß y Bröckel, 2007; Colman *et al.*, 2008; Barstad,

2008). En este sentido, se considera que el divorcio puede llegar a lesionar la salud mental⁴ (Amato, 2000; Rutter, 1987), incrementando las probabilidades de sufrir depresión, ansiedad y fobias, lo que a su vez puede favorecer la aparición de trastornos psicossomáticos, o potenciar conductas nocivas (como las adicciones) o provocar la desatención de la salud física personal. De hecho, debido a la dificultad de sobrellevar las secuelas de la disolución del vínculo, el divorcio, como toda pérdida afectiva, pone en marcha los procesos psicológicos de duelo (Määttä, 2011), una situación normalmente pasajera, pero que también puede devenir crónica.

Sin embargo, la relación entre divorcio y salud no es unidireccional. La vulnerabilidad en salud no solo puede incrementarse con la ruptura de la unión, sino que además puede estar en el origen de la ruptura (Cleek y Pearson, 1985). Es decir, puede ocupar un lugar importante entre los factores que ocasionan y recrudecen los conflictos, o incluso entre aquellos que menoscaban los procesos de negociación en el seno de la unión (Amato y Rogers, 1997).

En el mismo sentido, Garriga y Kiernan (2010) apuntan que existe una relación innegable entre divorcio y depresión; no obstante, de la revisión bibliográfica que realizan se desprende la dificultad de determinar el sentido de tal relación, con lo que sigue abierto el debate acerca de en qué medida es el divorcio lo que origina la depresión o, por el contrario, es la depresión la que incide negativamente en la calidad de la convivencia. A pesar de estas y otras limitaciones, estos mismos autores sostienen que aunque entre divorcio y depresión se produce una relación de interdependencia, el efecto de la calidad

de la unión anterior sobre la depresión posruptura podría ser mayor.

Algunos trabajos parecen apuntar que el matrimonio ofrece una mayor protección contra el suicidio en tanto que representa una ayuda a la integración en la comunidad y reduce el aislamiento. El estudio longitudinal realizado por Kposowa (2000) en Estados Unidos reveló una tasa de suicidio de más del doble entre divorciados y separados que entre las personas casadas. Dicho estudio comprobó también la existencia de diferencias por sexo: el riesgo de suicidio entre los hombres divorciados era más del doble que entre los casados, mientras que en las mujeres no mostraba variación según el estado civil (Kposowa, 2000).

Por otra parte, también existen evidencias que tienden a mostrar que el matrimonio proporciona estabilidad social y emocional, mientras que el divorcio, la separación, la viudedad y el estar sin pareja la socavan (Dupre y Meadows, 2007; Hughes y Waite, 2009; Williams, 2003). Estos estudios sugieren que la convivencia en pareja podría representar un antídoto contra la enfermedad, al igual que otros tipos de relaciones de sociabilidad (Hafen *et al.*, 1996).

Kalmijn (2010) utiliza un análisis multinivel que incluye 38 países desarrollados y aporta evidencias de que las personas divorciadas se encuentran en niveles de bienestar más bajos que las casadas, si bien las diferencias entre países son muy notorias. También recoge evidencias de que las consecuencias del divorcio son más débiles en sociedades donde la familia es más fuerte, o en sociedades donde el divorcio es más común, lo que sugiere, según el autor, que el efecto selectivo del divorcio disminuye a medida que su intensidad crece (Kalmijn, 2010).

A tenor de las consecuencias de las rupturas matrimoniales observadas en estudios anteriores, nuestra primera hipótesis predice que la población cuyo estado civil es divorciada presenta un estado de salud peor que

⁴ Para la planificación de los servicios de salud mental algunos países consideran las cifras de personas divorciadas tras observar que estas presentan más probabilidades de sufrir trastornos mentales.

la población casada. Ahora bien, si las deficiencias en el estado de salud de la población varían en función del estado civil, ello podría deberse a factores de estrés relacionados con el divorcio y no tanto a los efectos positivos asociados al matrimonio (Meadows *et al.*, 2008; Williams y Umberson, 2004). Berninger y sus colaboradores (2011), basándose en el «Social stress theory, family stress model» (Conger *et al.*, 1999), plantean que las personas que han vivido una ruptura de pareja, y debido a su posición más vulnerable desde el punto de vista socioeconómico, pueden sentir una mayor frustración y tener más problemas emocionales. Symoens y Bracke (2010) apuntan también la existencia de una peor salud mental (depresión más frecuente y menor satisfacción vital) entre las personas que han vivido la ruptura de una pareja.

Así mismo, existen numerosas evidencias sobre el mayor bienestar psicológico de las personas casadas en relación con las que no se han casado (Simon, 2002). Como señalan Lamb y sus colaboradores, se han formulado dos tipos de razonamientos a la hora de explicar la ventaja relativa en salud que disfrutaban las personas casadas en relación con las que nunca se han casado (Lamb *et al.*, 2003). Por un lado, estaría el efecto de selección, según el cual las personas con mejor salud tendrían una mayor probabilidad de contraer matrimonio (Lamb *et al.*, 2003; Horowitz *et al.*, 1996). Por otro lado, estarían los beneficios que dan las relaciones de pareja (apoyo, intimidad, cuidado mutuo, compañía, etc.) (Simon y Marcussen, 1999) y el efecto amortiguador contra los acontecimientos adversos como la enfermedad, la pobreza o la pérdida de seres queridos (Lamb *et al.*, 2003; Pearlin y Johnson, 1977). Los beneficios que da la relación de pareja son, a tenor de resultados recientes, más importantes que el efecto de selección como predictores de los más bajos niveles de depresión de las personas casadas en comparación con las no casadas y con las personas que viven en pare-

jas consensuales o no matrimoniales (Lamb *et al.*, 2003).

A la luz de los hallazgos, cabe presumir que las personas separadas o divorciadas que viven solas muestran una salud autopercebida más deteriorada que aquellas de su misma edad que están casadas o conviven en pareja. De este modo, nuestra segunda hipótesis está relacionada con la anterior y emerge del debate existente sobre los efectos que presenta la convivencia en pareja sobre la salud. En concreto, predice una mejor salud entre las personas que conviven en pareja comparada con la de las personas que viven solas, independientemente del estado civil que tengan.

La influencia del género

La existencia de repercusiones distintas del divorcio en la salud de hombres y mujeres no es únicamente la consecuencia de la asimetría en los procesos que experimentan ellos y ellas antes y tras la ruptura. En efecto, entre los mecanismos sociales relacionados con las evidencias de una peor salud entre las mujeres, el proceso de estrés que resulta de los roles de género y de la distribución desigual de recursos ha sido objeto de atención recurrente por parte de las ciencias sociales (Simon, 1998). Algunos científicos argumentan que los efectos del estrés en la salud son experimentados y somatizados de modo diferente por hombres y mujeres (Horowitz *et al.*, 1996). Para McDonough y Walters (2001), la investigación que se centra en la supuesta mayor vulnerabilidad de las mujeres para explicar las diferencias en salud se apoya en dos hipótesis. Por un lado, la hipótesis sobre la exposición diferencial sugiere que la mayor frecuencia con la que las mujeres sufren de mala salud sería consecuencia de las mayores exigencias y obligaciones de sus roles sociales; y, por otro lado, la hipótesis de la vulnerabilidad diferencial se refiere a la mayor reacción o respuesta de las mujeres ante eventos vitales y las dificultades

asociadas a ellos. Esta mayor reacción estaría relacionada con la desventaja generalizada de las mujeres en los roles sociales y en el acceso a los recursos.

El trabajo de McDonough y Walters (2001) no encuentra evidencias que apoyen la hipótesis sobre la mayor vulnerabilidad de las mujeres, mientras sí parece que apuntan la idea de que actualmente se está dando una transición en la especialización de los roles sociales por género. Debe también señalarse que, tras las diferentes respuestas al estrés que protagonizan hombres y mujeres, se esconden modelos de socialización de roles para cada sexo que canalizan frustraciones (deseos y aspiraciones) de forma diferente entre ellos y ellas (Mirowsky y Ross, 1995).

En el caso español son destacables las investigaciones del equipo de Artazcoz (2011), un interesante trabajo sobre desigualdades sociales en salud, donde se observa el efecto del género y de la ocupación, teniendo en cuenta el estado civil y la situación de convivencia. Las conclusiones de estas autoras son relevantes para el trabajo que describimos en las siguientes páginas, puesto que, junto al efecto de las variables relativas al género y la clase ocupacional, destacan la importancia de contemplar no solo el estado civil, sino también la situación de convivencia (Artazcoz *et al.*, 2011). A conclusiones similares referidas a otras sociedades llegan Lund *et al.* (2002) y Shapiro y Keyes (2008).

Connell (2012) advierte que el grueso de la literatura sobre la relación entre salud y género puede calificarse como parte integrante de un pensamiento categórico que utiliza una definición de género basada en la clasificación dicotómica —biológica—, cuyo punto de partida es la diferenciación entre cuerpo masculino y cuerpo femenino. Esta concepción se sitúa muy cerca del sentido común más extendido en la cultura médica moderna, la cual muestra un fuerte interés por los procesos biológicos y por las clasifi-

caciones. Sin embargo, existen otras perspectivas teóricas, como la que señala la misma autora en las investigaciones sobre educación y género, que tratan los conceptos de género, raza y clase social como elementos que se constituyen mutuamente (Morrell, 2001, citado por Connell, 2012). De hecho, la creencia, muy extendida, de que la diferencia biológica está presente en las profundas diferencias psicológicas y comportamentales, hoy día ya no se sostiene científicamente (Connell, 2012). Actualmente, la teoría relacional integra un cuerpo teórico más variado que el postestructuralismo y tiene como denominador común una preocupación por las prácticas sociales cotidianas que se desarrollan en el denso y activo tejido social conformado por lugares e instituciones (Connell, 2012: 1677). De todo ello se derivan importantes consecuencias, como el hecho de que en la construcción social del género tampoco la salud es un proceso neutro y, en esta construcción, la ciencia médica ha tenido un papel fundamental (Connell, 2012).

Así, desde esta perspectiva constructivista, como afirma Courtenay (2000), el género es conceptualizado como una estructura social dinámica. Esta autora utiliza la depresión como ejemplo de cómo el sistema de salud contribuye a la construcción social de la enfermedad y se refiere al hecho de que la depresión muestra una sobreprevalencia entre las mujeres (Courtenay, 2000). Ello puede deberse, como apunta la autora, a la menor propensión que tienen los hombres a buscar ayuda, según algunos estudios (O'Neil *et al.*, 1985) o a la mayor dificultad que experimentan los médicos en diagnosticar depresión a los hombres (Potts *et al.*, 1991), o bien a la mayor inclinación que muestran los varones a convencerse a sí mismos de que no sufren de depresión o a probarse que la depresión es una estupidez (O'Neil *et al.*, 1985). Según Courtenay (2000), negar la depresión sería uno más entre los medios que utilizan los hombres para manifestar la masculinidad y

evitar ser encasillados en un estatus inferior relativo a las mujeres o a otros hombres. Este riesgo más elevado de que las mujeres presenten síntomas depresivos se ha observado igualmente en las personas mayores, y también hay evidencia de que los factores protectores de sintomatología depresiva difieren por sexo: el alto nivel de estudios para las mujeres y la presencia de pareja para los varones (Escobar *et al.*, 2013).

Nuestra tercera hipótesis se fundamenta en las diferencias de género que la literatura especializada en divorcio ha venido señalando en los últimos años. Symoens y Bracke (2010) afirman que las evidencias que señalan hacia un incremento del estrés se cumplen más entre los hombres, mientras que las que se refieren a la tensión crónica son más relevantes entre las mujeres.

Así pues, la hipótesis que puede aventurarse a partir de los hallazgos expuestos mantiene que el sistema sexo/género interviene en los efectos de la ruptura sobre la salud. De esta afirmación se derivan dos subhipótesis: a) las mujeres divorciadas sufrirían peor salud que los hombres divorciados, pero además, b) la autopercepción y la ansiedad y la depresión crónicas diferirían fuertemente entre ellas y ellos. Evidentemente, las hipótesis que orientan la investigación no pueden desvincularse de nuestro caso de estudio, por ello, y con objeto de contextualizar adecuadamente el análisis, se exponen a continuación los aspectos más significativos de la evolución del divorcio en España, así como los cambios acaecidos en las relaciones de género en el seno de la familia, y las diferencias por sexo en las consecuencias de las rupturas.

El contexto español

La conformación, la dinámica y la composición de las familias se ven afectadas por un profundo proceso de cambio en todas las sociedades occidentales. En nuestro país, como es conocido, con el fin de la dictadura

se produjeron cambios sociales que han ido alterando la manera en la que las diferentes generaciones llevan a cabo sus proyectos vitales y, entre estos, la conformación de las familias. En lo que a la institución familiar se refiere, las cuatro décadas de dictadura se caracterizaron por un severo control de la Iglesia católica en la política y la legislación familiares. Mediante la institución matrimonial, única forma de constitución familiar, basada en la autoridad histórica natural, religiosa y legal del marido, se concedían derechos desiguales en función del sexo, tanto dentro como fuera del matrimonio (Iglesias de Ussel, 1998; Morán, 1995). Para ejercer un trabajo, iniciar un negocio propio, abrir una cuenta bancaria, emprender un procedimiento judicial, comprar y vender bienes u obtener un pasaporte, las mujeres necesitaban el permiso del marido (Hooper, 1995).

Con la transformación política que acompañó el cambio de la dictadura a la democracia, el derecho de familia experimentó cambios sustanciales. En 1981 se abolió la subordinación jurídica de la mujer al marido, la autoridad sobre los hijos devino una responsabilidad compartida entre la madre y el padre, se garantizó un acceso igual de los hombres y mujeres a la administración, y se legalizaron la separación y el divorcio. Más tarde, con la ley 15/2005 de 8 de julio, mediante la que se modificaba el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio, se liberalizaron las disoluciones matrimoniales. Esto se consiguió al eliminar la condición de que existieran causas del divorcio, prescindir del requisito de una separación civil previa para poder acceder al divorcio y permitir que cualquiera de los dos cónyuges pudiera pedir unilateralmente la disolución matrimonial (Solsona y Simó, 2007). Como resultado de estas transformaciones, las familias del siglo XXI son más plurales y complejas, pero también más versátiles porque, entre otras cosas, tanto la conformación de las uniones como su disolución son mucho más fáciles.

A lo largo de las últimas décadas, los divorcios aumentaron considerablemente. Si en 1982 el 10% de los matrimonios acababa en ruptura, en 2005 ascendía al 30%. Esta cifra se acentúa tras la reforma de la ley de 2005, cuya aplicación conlleva un aumento coyuntural de la intensidad y alcanza niveles muy altos, resultando 60 disoluciones matrimoniales por cada 100 matrimonios en 2007, si bien en 2008 se reducen un 13% respecto al año anterior (Solsona, 2011a: 79). En la actualidad, en un 21% de los matrimonios que se celebraran al menos uno de los cónyuges es divorciado/a. Pero con las transformaciones de los últimos treinta años no solo se normalizan las disoluciones matrimoniales, sino que además aparecen nuevas formas de unión no matrimoniales. La cohabitación se ha incrementado significativamente como forma de unión previa al matrimonio y como modelo familiar alternativo, de manera que desde 2008 más del 33% de los nacimientos tiene lugar fuera del matrimonio.

Las relaciones de género en el seno de la familia también se han visto sustancialmente transformadas. En las dos últimas décadas del siglo XX el modelo familiar en el que el hombre era el único proveedor continuaba siendo importante en un mercado dual rígido y complejo (Davía y Hernanz, 2004), en el que tanto las mujeres en general como las generaciones de jóvenes de ambos sexos se vieron afectadas por altas tasas de paro en el momento de acceder al mercado de trabajo. Sin embargo, con el tiempo, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha ido consolidando el modelo familiar con dos fuentes de ingresos. A pesar de ello, en la esfera familiar, las mujeres todavía continúan asumiendo la mayor parte del trabajo de la casa y el cuidado de los niños y de los mayores en un contexto en el que los recursos públicos para el cuidado de las personas dependientes han sido escasos (Flaquer, 2000). De hecho, en nuestro país, las mujeres que optan por llevar a cabo una carrera profesional han de realizar una dura inversión

tanto en tiempo y esfuerzo como en capital educativo, en comparación con los hombres, en un contexto en el que el mercado laboral las penaliza cuando han de abandonar temporalmente la carrera profesional para dedicarse a la crianza de los hijos. Efectivamente, para ellas es muy difícil poder compaginar la carrera laboral con la vida familiar y, muy a menudo, se ven obligadas a elegir entre estas dos esferas que en nuestro país se revelan difícilmente reconciliables (Simó, 2006).

Los estudios demográficos sobre el divorcio se han hecho eco de una gran variabilidad en la intensidad del divorcio por generaciones y de que el género es un factor clave para entender las diferencias en las trayectorias familiares posruptura (Solsona, 2011b). El análisis de los determinantes sociodemográficos del divorcio muestra resultados consistentes con los encontrados en otros países de nuestro entorno europeo. Pero en España los estudios pioneros realizados con los datos de la Encuesta Sociodemográfica de 1991 mostraban al divorcio como un fenómeno socialmente selectivo en el que las variables educativas y laborales jugaban un papel preponderante, afectando más a una determinada parte de la población femenina: la más instruida y mejor situada en el mercado de trabajo (Houle *et al.*, 1999). Sin embargo, con el tiempo, la disolución matrimonial se ha normalizado y ha acabado por afectar a todos los niveles educativos (Bernardi y Martínez-Pastor, 2011). Por otro lado, la situación laboral, y en concreto la posición en el mercado de trabajo, adquiere en nuestro país una gran relevancia entre los factores estudiados de la ruptura matrimonial (Simó y Solsona, 2003) y opera en ambos sexos en sentido inverso: las mujeres ocupadas se divorcian más que el resto, y los hombres en peor situación (parados) también.

Si en los determinantes del divorcio el género es fuente de desigualdad y contraste, cuando se abordan las consecuencias de las disoluciones matrimoniales, las diferencias entre ellos y ellas son también sustanciales

(Solsona, 2011b). Como sucede en otros países, los hombres divorciados se casan más y más rápido que las mujeres, y con frecuencia con mujeres más jóvenes que ellos, tal como se pudo observar con los datos de la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1995 (Simó *et al.*, 2009; Spijker *et al.*, 2012). Según datos más recientes obtenidos con la Encuesta de Fecundidad, Familia y Valores de 2005, cinco años después de la ruptura el 50% de los hombres se había vuelto a unir de forma estable, mientras que solo el 30% de las mujeres lo había hecho en ese mismo período (Solsona, 2011a). Ello sucede porque, entre otras cosas, después de un divorcio los hijos menores suelen quedarse con las madres en mucha mayor frecuencia que con los padres. Tal como evidencian las estadísticas recientes de las sentencias judiciales de separaciones y divorcios publicadas por el Instituto Nacional de Estadística, el 58% de las separaciones y el 53% de los divorcios han sido protagonizados por matrimonios con hijos menores de edad. En estos casos, la custodia de los menores se otorga a la madre en el 84,6% de las sentencias, mientras que al padre se le otorga en el 5,6% de los casos, y en el 9,8% restante ésta se concede a ambos progenitores.

Así pues, en nuestro país, las consecuencias que presentan las rupturas de unión difieren enormemente entre los hombres y las mujeres, debido, entre otras cosas, a la asimetría de género en las situaciones laborales y familiares. Además del sexo, la edad a la que sucede el divorcio repercute necesariamente en las posibilidades de reconstrucción de los proyectos vitales, de pareja y reproductivos. Asimismo, cabe insistir en que las diferentes generaciones de divorciados/as han vivido los procesos de ruptura en distintos contextos socioculturales (de una menor a una mayor normalización del divorcio, de una legislación más culpabilizante a una más flexible). De todo ello se deriva la importancia que adquieren las desigualdades de género, la edad y la generación en las

dinámicas postdivorcio. Finalmente, como hemos visto, además de la situación de actividad, el capital educativo se revela también como un factor fundamental tanto en el estudio de los determinantes como en el de las consecuencias de las rupturas matrimoniales. Por todo lo que se acaba de argumentar, para verificar nuestras hipótesis —peor salud de la población divorciada, mejor salud de las personas que conviven en pareja y fuertes diferencias de género en la salud—, en el contexto español resulta imprescindible tener en cuenta los efectos de la edad, del nivel educativo y de la situación de actividad.

DATOS Y MÉTODO

Este trabajo focaliza su atención en el impacto de la ruptura matrimonial en los trastornos mentales diagnosticados, y en la salud auto-percibida, aspectos que, por ser más sensibles a las posibles consecuencias de la ruptura matrimonial, han sido más comúnmente estudiados en la literatura internacional. Bajo una concepción multidimensional de la salud, el estado de salud mental tiene que ver con la autoestima, la frustración, el estrés o la felicidad. En este sentido, el estudio de la ansiedad crónica resulta pertinente dado que el estrés psicológico continuado puede presentar un doble impacto sobre la salud: de un lado, un efecto directo de tipo somático al dañar el sistema cardiovascular, el endocrino y el inmunológico; y, por otro lado, un efecto indirecto con un cambio de pautas hacia un consumo más abusivo de alcohol, de tabaco y la adopción de conductas arriesgadas (Elstad, 1998; Wilkinson y Marmot, 1999).

Estudios previos han probado que las rupturas matrimoniales pueden disminuir los niveles de felicidad y aumentar los de depresión y ansiedad, tal como sugieren evidencias recientes sobre el uso más intenso de servicios de salud mental por parte de personas divorciadas y separadas (Colman *et*

al., 2008). Con todo, también ha quedado probado que los efectos de la depresión y su proceso de deterioro se reducen e incluso detienen a medida que el momento de la separación se aleja en el tiempo (Kalmijn y Monden, 2004). Así pues, es de especial interés poder establecer la relación entre la duración desde la ruptura matrimonial y los efectos en la salud.

En este sentido, en la comprensión de los procesos de ruptura de pareja el uso de fuentes de información longitudinal es cada día más relevante (Sweeney, 2010). En efecto, en el establecimiento de una relación causal entre la ruptura de una unión y sus consecuencias se precisa de información sobre los ciclos vitales que incluya los momentos en que se producen los eventos y las duraciones de las transiciones, junto con los factores socio-económicos, o en este caso relacionados con la salud, que pueden o no cambiar a lo largo del tiempo. En España, sin embargo, se detecta una carencia de fuentes de observación continuas y de microdatos con información longitudinal (Simó y Solsona, 2010). Entre otras cosas, esta carencia hace que sea muy difícil poder observar la relación entre procesos vitales y procesos de salud, de manera que en nuestro país no es posible analizar la dinámica subyacente en la relación entre divorcio y otros procesos y situaciones vitales, con la excepción de la Encuesta de Fecundidad y Familia de 1995 (Delgado y Castro, 1995) y de la Encuesta de Fecundidad, Familia y Valores de 2006 (Delgado, 2007), las cuales recogen algunas tablas de procesos, como la conformación de uniones, las maternidades, la educación, etc., y, por tanto, pueden apoyar un análisis causal de las consecuencias del divorcio. Sin embargo, estas encuestas no incluyeron información sobre el estado de salud con la que poder analizar el papel de las dinámicas y las transiciones postdivorcio.

Ahora bien, sí que se dispone en nuestro país de encuestas con información transversal que permiten discernir las diferencias en

salud entre las personas separadas y divorciadas y el resto, mediante dos tipos de informaciones especialmente relevantes: el estado civil y la situación de convivencia. Entre las encuestas que reúnen variables nucleares para el estudio de las consecuencias del divorcio⁵ destaca la Encuesta Europea de Salud de 2009/2010. Sin lugar a dudas, esta encuesta constituye la fuente de información más pertinente, dada su reciente elaboración, el extenso tamaño muestral y la inclusión de indicadores básicos del nivel de salud de la población. Con una periodicidad quinquenal, esta encuesta se realiza a los hogares y a las personas que los componen, y obtiene datos sobre el estado de salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, de manera armonizada y comparable en 18 países de la Unión Europea.

La edición española ha sido elaborada durante el período abril 2009/marzo 2010 por el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es) en convenio con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. El universo de la encuesta es el conjunto de personas residentes en viviendas familiares principales, y las unidades de información que recoge son la vivienda familiar, el hogar y los miembros del hogar⁶. El cuestionario sobre el hogar contiene características sociodemográficas básicas (estructura del hogar) y características de cada uno de sus miembros (fecha de nacimiento, sexo, relación de parentesco con la persona de referencia, situación actual en relación con la actividad económica,

⁵ Entre otros: Encuesta de Condiciones de Vida, Encuesta Nacional de Salud, Encuesta Europea de Salud 2009, Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del siglo XXI, Boletín Estadístico de Defunción, Estadísticas de Suicidio en España, Encuesta de Empleo del Tiempo, Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, Encuesta Continua de Presupuestos Familiares, Encuesta de la Población Activa (Módulo sobre Conciliación entre la Vida Laboral y Familiar).

⁶ Para una revisión de los conceptos y definiciones: www.ine.es.

fuente de ingresos y escala de ingresos). Finalmente, dentro de cada hogar se ha seleccionado una persona adulta (16 o más años) que es objeto de las preguntas del cuestionario individual que, aparte de información educacional y laboral, incluye la batería de preguntas sobre la salud (www.ine.es). Para la explotación estadística de esta investigación se ha construido un único fichero como resultado de la fusión del archivo de personas adultas y el archivo de hogares (57.839 personas incluidas en 22.188 hogares) mediante los números de identificación del hogar y de los individuos. De esta forma ha quedado garantizada la posibilidad de utilizar tanto la información del hogar como la información de las variables individuales.

Para este estudio se han seleccionado únicamente las personas con edad comprendida entre los 25 y los 64 años, con la finalidad de apartarnos de los casos extremos en los límites de la edad y en los que la ruptura matrimonial es minoritaria. Como hemos avanzado, del abanico de indicadores que proporciona esta encuesta, y que pueden emplearse para evaluar la salud de la población, se ha situado el foco de atención en la salud subjetiva (autopercepción de la salud, en general y en los últimos 12 meses) y en el diagnóstico de la ansiedad y la depresión crónicas.

Para responder a nuestras hipótesis, la información más relevante de la que disponemos es, por un lado, el estado civil y, por otro lado, la situación de convivencia con la pareja en el momento de la encuesta. El estado civil nos permite identificar a las personas que han protagonizado una ruptura matrimonial legal mediante la separación y/o el divorcio, puesto que ambos confieren un cambio del estado civil. Sin embargo, el estado civil no nos permite identificar a aquellas personas que han protagonizado una separación en una unión no marital. Por su parte, la situación de convivencia en pareja nos permite observar a las personas que conviven en unión independientemente del

estado civil que tengan. Ahora bien, dado el incremento de las uniones consensuales (no matrimoniales) en nuestro país, cada vez son más numerosas las personas cuyo estado civil es viudo/a, separado/a-divorciado/a o soltero/a y que se encuentran conviviendo en una unión (consensual). Pero además, también ha crecido el número de rupturas de hecho entre uniones matrimoniales. En ellas, el estado civil de casado/a perdura aún cuando, tras una separación matrimonial de hecho, los protagonistas establecen una nueva unión en convivencia. Por este motivo, se ha creado una variable que dé respuesta a estos cambios sociales mediante la combinación (o interacción) entre el estado civil y la situación de convivencia⁷.

En primer lugar se han analizado las diferencias de salud entre los distintos estados civiles y las diferentes situaciones que resultan de la interacción entre el estado civil y la situación de convivencia. De esta manera se ha podido discernir si las personas divorciadas o separadas que no conviven en pareja sufren una peor salud y, por ende, si la convivencia en pareja protege frente a los problemas de salud.

Se han realizado diferentes regresiones logísticas⁸ para estimar la Odd Ratio o razón entre la probabilidad de tener mala salud y la probabilidad de que no sea así, para cada variable dependiente dicotómica utilizada: 1) de regular a muy mala autopercepción de la salud en general, 2) de regular a muy mala

⁷ Puesto que se trata de la declaración del estado civil legal, las personas con estado civil «casado/a» que no viven en pareja han sido incluidas en un mismo grupo con las personas separadas y divorciadas que no viven en pareja.

⁸ Se ha comprobado que no existe colinealidad entre las variables explicativas utilizadas mediante el cálculo de las correlaciones bivariadas entre, por un lado, sexo, edad, educación, estado civil y situación de actividad, y en un segundo momento, sexo, edad, educación, situación de actividad y la variable proveniente de la combinación del estado civil y la situación de convivencia en pareja. Los resultados obtenidos se alejan de los valores de la colinealidad (>0,7).

TABLA 1. Distribución de los hombres y mujeres por estado civil y situación de convivencia en pareja distinguiendo según si sufren o no de depresión y ansiedad crónicas y si la salud autopercibida es de regular a muy mala

ESTADO CIVIL Y SITUACIÓN DE CONVIVENCIA		HOMBRES		MUJERES		TOTAL		
		NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	
DEPRESIÓN CRÓNICA	SOLTEROS SOLOS	NO	2.450	95,7%	2.131	92,9%	4.581	94,3%
		SÍ	111	4,3%	164	7,1%	275	5,7%
	CASADOS	NO	5.546	95,7%	5.255	89,2%	10.801	92,4%
		SÍ	248	4,3%	636	10,8%	884	7,6%
	SEPARADOS/AS Y DIVORCIADOS/AS QUE NO CONVIVEN EN PAREJA	NO	526	91,3%	737	80,8%	1.263	84,9%
		SÍ	50	8,7%	175	19,2%	225	15,1%
	VIUDOS QUE NO CONVIVEN EN PAREJA	NO	432	91,9%	1.828	77,9%	2.260	80,3%
		SÍ	38	8,1%	518	22,1%	556	19,7%
	CONSENSUALES	NO	616	96,7%	642	93,6%	1.258	95,1%
		SÍ	21	3,3%	44	6,4%	65	4,9%
TOTAL		NO	8.954	95,2%	9.951	87,0%	18.905	90,7%
		SÍ	447	4,8%	1.493	13,0%	1.940	9,3%
ANSIEDAD CRÓNICA	SOLTEROS SOLOS	NO	2.435	95,1%	2.084	90,7%	4.519	93,0%
		SÍ	126	4,9%	214	9,3%	340	7,0%
	CASADOS	NO	5.516	95,2%	5.153	87,5%	10.669	91,3%
		SÍ	278	4,8%	739	12,5%	1.017	8,7%
	SEPARADOS/AS Y DIVORCIADOS/AS QUE NO CONVIVEN EN PAREJA	NO	538	93,4%	740	81,1%	1.278	85,8%
		SÍ	38	6,6%	173	18,9%	211	14,2%
	VIUDOS QUE NO CONVIVEN EN PAREJA	NO	441	93,8%	1.961	83,6%	2.402	85,3%
		SÍ	29	6,2%	385	16,4%	414	14,7%
	CONSENSUALES	NO	604	94,8%	625	91,0%	1.229	92,8%
		SÍ	33	5,2%	62	9,0%	95	7,2%
TOTAL		NO	8.930	95,0%	9.938	86,8%	18.868	90,5%
		SÍ	471	5,0%	1.511	13,2%	1.982	9,5%

AUTOPERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD EN GENERAL (1 regular a muy mal)	SOLTEROS SOLOS		NO	2.145	83,7%	1.826	79,4%	3.971	81,7%
			SÍ	418	16,3%	473	20,6%	891	18,3%
	CASADOS		NO	4.256	73,4%	3.946	66,9%	8.202	70,1%
			SÍ	1.543	26,6%	1.948	33,1%	3.491	29,9%
	SEPARADOS/AS Y DIVORCIADOS/AS QUE NO CONVIVEN EN PAREJA		NO	411	71,4%	636	69,7%	1.047	70,3%
			SÍ	165	28,6%	277	30,3%	442	29,7%
	VIUDOS QUE NO CONVIVEN EN PAREJA		NO	224	47,7%	895	38,1%	1.119	39,7%
			SÍ	246	52,3%	1.455	61,9%	1.701	60,3%
	CONSENSUALES		NO	542	85,1%	559	81,4%	1.101	83,2%
			SÍ	95	14,9%	128	18,6%	223	16,8%
TOTAL			NO	7.036	74,8%	7.303	63,7%	14.339	68,7%
			SÍ	2.372	25,2%	4.153	36,3%	6.525	31,3%
AUTOPERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (1 regular a muy mal)	SOLTEROS SOLOS		NO	2.078	81,1%	1.743	75,8%	3.821	78,6%
			SÍ	485	18,9%	556	24,2%	1.041	21,4%
	CASADOS		NO	4.095	70,6%	3.730	63,3%	7.825	66,9%
			SÍ	1.704	29,4%	2.164	36,7%	3.868	33,1%
	SEPARADOS/AS Y DIVORCIADOS/AS QUE NO CONVIVEN EN PAREJA		NO	397	68,9%	595	65,2%	992	66,6%
			SÍ	179	31,1%	318	34,8%	497	33,4%
	VIUDOS QUE NO CONVIVEN EN PAREJA		NO	210	44,7%	842	35,8%	1.052	37,3%
			SÍ	260	55,3%	1.508	64,2%	1.768	62,7%
	CONSENSUALES		NO	523	82,1%	536	78,0%	1.059	80,0%
			SÍ	114	17,9%	151	22,0%	265	20,0%
TOTAL			NO	6.780	72,1%	6.910	60,3%	13.690	65,6%
			SÍ	2.628	27,9%	4.546	39,7%	7.174	34,4%

Fuente: Muestra española de la Encuesta Europea de Salud, 2009-2010. Adultos de 25 a 64 años de edad.

autopercepción de la salud en los últimos 12 meses, 3) sufrir ansiedad crónica y 4) sufrir depresión crónica. La tabla 1 presenta la distribución de los hombres y de las mujeres de la encuesta por estado civil y situación de convivencia en pareja distinguiendo si sufren o no los trastornos de salud estudiados.

RESULTADOS

La autopercepción de la salud constituye el objeto de las primeras regresiones logísticas (tabla 2). Los modelos se han construido con la intención de visualizar los factores que inciden en un estado de salud de regular a muy malo, tanto en los últimos doce meses como en general. En los primeros modelos (A y B) se incluyen el sexo, la edad y la interacción entre estado de convivencia y estado civil, pero se omiten el nivel de educación y la situación laboral. Los resultados más relevantes en estos modelos son los siguientes: 1) las mujeres tienen un mayor riesgo de declarar una peor salud en comparación con los hombres (coeficiente robusto), 2) con la edad, las personas se atribuyen una peor salud, 3) las personas casadas son las que se atribuyen una mejor salud en comparación con el resto de interacciones entre el estado civil y la situación de convivencia en pareja, y 4) estar separado/a o divorciado/a y no convivir en pareja no es una situación que conlleve peores estados de salud en general.

No se aprecian diferencias destacadas entre la autopercepción de la salud en los últimos doce meses y la autopercepción de la salud en general. La edad, el grupo resultante de la combinación del estado civil y la situación de convivencia y, como veremos, la situación laboral y la educación influyen de igual manera en ambas formas de atribuirse el estado de salud (modelos A, B, C y D-autopercepción de la salud en los últimos doce meses y autopercepción de la salud en general, tabla 2).

Sin embargo, como resultado, sin duda revelador, destaca que entre los varones y

las mujeres sí difiere y, notablemente, el estado de salud, en general, y los factores que lo influyen, sobre todo si atendemos al efecto de la edad y a las situaciones que resultan de la combinación del estado civil y la convivencia en pareja.

Especial importancia adquiere el cambio del efecto de la edad cuando introducimos el nivel educativo y la situación laboral. Entre ellos, la edad pierde importancia como factor de mala salud, mientras que entre ellas se invierte el efecto: las mujeres más jóvenes (grupo de referencia) son las que mayor riesgo muestran de declarar una salud entre regular y muy mala. Todo parece indicar que las mujeres más jóvenes presentan los mayores riesgos por el hecho de que el efecto de la educación y de la ocupación no parece protegerlas de la misma manera que a las más mayores. La situación de inactividad para ellos (principal factor de deterioro de la salud) y para ellas contribuye a empeorar la autopercepción de la salud, mucho más que la situación de paro.

Sin embargo, aparte del efecto de la edad, las diferencias de género más sustanciales se encuentran en la interacción entre la situación de convivencia y el estado civil. Entre los hombres (tabla 2, modelos C1 y D1), los viudos que viven solos registran el mayor riesgo de atribuirse una mala salud. Las mujeres (tabla 2, modelos C2 y D2), sin embargo, muestran una pauta diferente, en la cual las viudas solas tienen los riesgos más altos de mostrar una peor autopercepción de la salud, seguidas de las mujeres separadas/divorciadas que viven solas. Así pues, la asimetría de género sí que incide, hasta el punto de que, entre ellas, las consecuencias de la separación y el divorcio repercuten en el deterioro de la salud autopercebida.

La ansiedad y la depresión crónicas desvelan una mayor importancia en el estudio de la salud diferencial de las personas separadas y divorciadas. La tabla 3 presenta los resultados de las regresiones realizadas para calcular los riesgos de sufrir ansiedad y depresión cró-

nicas⁹. Los modelos A y B se han realizado para ambos sexos conjuntamente. Comparados con las mujeres, los hombres registran un menor riesgo (menos de la mitad) de sufrir tanto ansiedad como depresión crónica. El efecto de la edad difiere entre ambas patologías y, con la edad, el riesgo de sufrir depresión aumenta mucho más que el de sufrir ansiedad. Finalmente, la interacción del estado civil con la situación de convivencia en pareja se revela también como un factor importante. De hecho, las personas separadas/divorciadas y las viudas que no viven en pareja son las que afrontan mayores riesgos de sufrir ansiedad y depresión crónicas comparadas con las personas casadas, aunque es en la depresión crónica donde las diferencias son mayores.

Los modelos C y D (tabla 3), estimados para hombres (C1a, C2a, D1a y D2a) y mujeres (C1b, C2b, D1b y D2b) separadamente, presentan los riesgos de sufrir ansiedad y depresión crónicas respectivamente. Mientras que en los modelos C1 y D1 se incluyen los estados civiles, en los modelos C2 y D2 los estados civiles son reemplazados por las diferentes situaciones que da la interacción de la situación de convivencia con la pareja y el estado civil. La ansiedad crónica no afecta más a los hombres divorciados/separados: ni los diferentes estados civiles ni la interacción de estos con la situación de convivencia explican unos mayores riesgos de sufrir esta enfermedad mental (modelos C1a y C2a). En cambio, sí son factores importantes de este diagnóstico la edad, la educación y la situación de actividad. Los hombres de 35 a 44 años de edad, los parados y los que tienen como máximo estudios primarios completos registran los mayores riesgos de sufrir ansiedad crónica.

Sin embargo, la depresión crónica sí que impacta más a los hombres divorciados y

separados (modelos D1a y D2a), tanto cuando se observa el efecto del estado civil como cuando se trata de la interacción del estado civil con la situación de convivencia en pareja. Las evidencias muestran que el riesgo de sufrir depresión crónica es dos veces mayor entre los separados/divorciados que viven solos comparados con los casados.

Las mujeres separadas y divorciadas son las que mayor riesgo presentan de sufrir ansiedad crónica (tabla 3, modelos C1b y C2b). Por otro lado, las mujeres también presentan una diferente pauta en los riesgos de sufrir ansiedad crónica, comparada con el padecimiento de la depresión crónica, dolencia en que los riesgos son muy parecidos entre los varones y las mujeres. Y no solo son las separadas/divorciadas que viven solas las que presentan los riesgos más altos de sufrir ansiedad crónica sino que también tienen los mayores riesgos de padecer depresión crónica. La edad (las más jóvenes muestran los riesgos más bajos), los niveles de estudios (las mujeres con niveles superiores de educación afrontan menores riesgos) y la situación laboral (estar en el paro registra el riesgo más alto) son factores importantes, pero no eclipsan el efecto del estado civil y de la convivencia en pareja.

Estos resultados confirman muchas de las expectativas expresadas en las hipótesis. De acuerdo con nuestra primera hipótesis, el estado civil de separado/a o divorciado/a se asocia a una peor salud mental: mayores riesgos de sufrir ansiedad y depresión crónicas. En la autopercepción de la salud, el estado civil por sí solo también se ha revelado importante. Aunque no se han presentado los resultados, modelos realizados previamente han mostrado la relevancia del estado civil, sin tener en cuenta la convivencia en pareja, en la autopercepción de la salud¹⁰. Sin embargo,

⁹ Recordemos que, en la Encuesta de Salud, las personas entrevistadas que sufren estas enfermedades mentales responden positivamente a estas preguntas cuando cuentan con un diagnóstico médico.

¹⁰ Aunque las personas separadas/divorciadas presentaban fuertes riesgos, son las personas viudas las que presentaban los riesgos más altos.

TABLA 2. Efectos de factores de riesgo en la autopercepción de la salud. Modelos de regresión logística para hombres y mujeres

	Autopercepción de la salud (mujeres y varones conjuntamente)			Autopercepción de la salud, de regular a muy mala (últimos 12 meses)				Autopercepción de la salud, de regular a muy mala (en general)			
	A.		B.	C1 Varones		C2 Mujeres	D1 Varones		D2 Mujeres		
	Últimos 12 meses	Sig.	Salud en general	Exp(?)	Sig.	Exp(?)	Sig.	Exp(?)	Sig.	Exp(?)	Sig.
HOMBRE	0,691	***	0,703	***							
<i>Ref. MUJER</i>											
EDAD 35 A 44 AÑOS	1,450	***	1,580	***	1,110	0,639	***	0,980		0,589	***
EDAD 45 A 54 AÑOS	2,555	***	3,216	***	1,715	0,840	***	1,706	***	0,866	**
EDAD 55 A 64 AÑOS	5,022	***	6,741	***	1,768	1,040	***	1,817	***	1,070	
<i>Ref. nivel de estudios: PRIMARIA Y SIN ESTUDIOS</i>											
SECUNDARIA				2,411	***	3,343	***	2,687	***	4,089	***
TERCIARIA				1,382	***	1,604	***	1,441	***	1,761	***
<i>Ref. EN PARO</i>											
INACTIVIDAD				3,608	***	1,753	***	3,758	***	1,970	***
TRABAJANDO				0,671	***	0,726	***	0,640	***	0,733	***

Ref. CASADO/A CONVIVIENDO CON ESPOSO/A												
SOLTEROS/AS QUE VIVEN SOLOS	1,211	***	1,252	***	0,930		1,024		0,911		1,044	
SEPARADOS/AS, DIVORCIADOS/AS Y CASADOS QUE NO VIVEN EN PAREJA	1,154	**	1,156	**	1,110		1,288	***	1,151		1,294	***
VIUDOS SOLOS	1,323	***	1,356	***	1,289	**	1,434	***	1,249	**	1,445	***
CONSENSUALES (solteros/as, separados/as, viudos/as)	1,118		1,211	**	0,985		0,795	**	0,922		0,849	
Constante	0,163	***	0,106	***	0,139	***	0,266	***	0,111	***	0,178	***
-2 log de la verosimilitud	15.288		13.851		9.524,1		13.144		8.865,2		12.432	
R cuadrado de Cox y Snell	0,067		0,078		0,160		0,174		0,174		0,200	
R cuadrado de Nagelkerke	0,099		0,121		0,228		0,235		0,254		0,273	
Población	20.551		20.551		9.221		11.330		9.221		11.330	
Número de casos y porcentaje	7.298	36%	7.036	34%	2.688	29%	4.610	41%	2.426	26%	4.220	37%

Significación: * 0,9 ; **≥ 0,95; ***≥0,99.

TABLA 3. Efectos de factores de riesgo en la ansiedad y depresión crónicas. Modelos de regresión logística para hombres y mujeres

	A. ANSIEDAD CRÓNICA (SEXO)				B. DEPRESIÓN CRÓNICA (SEXO)				C. SUFRIR ANSIEDAD CRÓNICA						D. SUFRIR DEPRESIÓN CRÓNICA					
	MODELOS C1 a y b		MODELOS C2 a y b		MODELOS C1 a y b		MODELOS C2 a y b		MODELOS D1 a y b		MODELOS D2 a y b		MODELOS D1 a y b		MODELOS D2 a y b					
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES				
Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.			
Ref. MUJER																				
HOMBRE	0,404	***																		
Ref. CASADO/A																				
SEPARADO/A Y DIVORCIADO/A			1,169	***										2,371	***					
VIUDO/A			1,042	**										1,240	***					
SOLTERO/A			1,166	***										1,567	***					
Ref. EDAD 25 A 34 AÑOS																				
EDAD 35 A 44 AÑOS	1,629	***	1,485	**	1,779	***	1,497	**	1,766	***	1,662	**	1,830	***	1,681	**	1,827	***		
EDAD 45 A 54 AÑOS	1,867	***	1,318	***	1,921	***	1,337	***	1,888	***	2,119	***	2,322	***	2,149	***	2,279	***		
EDAD 55 A 64 AÑOS	2,829	***	1,063	***	2,415	***	1,068	***	2,359	***	1,884	***	2,850	***	1,906	***	2,751	***		
Ref. nivel de estudios: PRIMARIA Y SIN ESTUDIOS																				
SECUNDARIA			0,800	*	0,761	***	0,798	*	0,759	***	0,610	***	0,578	***	0,618	***	0,576	***		
TERCIARIA			0,702	**	0,495	***	0,700	**	0,492	***	0,665	**	0,360	***	0,670	**	0,357	***		
Ref. situación laboral: EN PARO																				
INACTIVIDAD			0,242	***	0,581	***	0,239	***	0,582	***	0,196	***	0,482	***	0,201	***	0,481	***		
TRABAJANDO			0,426	***	0,979	***	0,429	***	0,980	***	0,468	***	1,062	***	0,476	***	1,058	***		

de acuerdo con nuestra segunda hipótesis, los resultados también sugieren que la convivencia en pareja (interacción entre el estado civil y la convivencia en pareja) disminuye los riesgos de sufrir peor salud mental (ansiedad y depresión) y de atribuirse una peor salud general. Finalmente, salvo en la autopercepción de salud, la situación de convivencia que revela peores riesgos para la salud es la de las personas separadas y divorciadas que no conviven en pareja. Esta afirmación es válida, tanto para ellos como para ellas, si atendemos a los riesgos de sufrir depresión crónica, mientras que en cuanto a la ansiedad crónica a ellos no les parece afectar la situación de convivencia y de estado civil.

Esta diferencia entre ellos y ellas confirma también nuestra hipótesis 3a, en el sentido de que las mujeres, en general, sufren peor salud que los hombres; y en particular, las mujeres divorciadas/separadas que no conviven en pareja en comparación con los hombres que se encuentran en la misma situación. Además, de acuerdo con la hipótesis 3b, los cuadros de salud en la autopercepción, y la ansiedad y la depresión crónicas difieren fuertemente entre ellas y ellos. Así lo sugiere la pauta que dibujan los factores explicativos utilizados en las regresiones realizadas para cada sexo, así como los diferentes factores dependientes: comparados con las mujeres, los hombres registran un menor riesgo (menos de la mitad) de sufrir ansiedad y depresión crónicas. Lo más relevante es quizás que, entre los hombres, la interacción de estos factores con la situación de convivencia no explica unos mayores riesgos de sufrir ansiedad crónica, mientras que entre las mujeres, sí. En la depresión crónica, los peores riesgos los sufren las personas separadas y divorciadas, aunque ellas más que ellos.

DISCUSIÓN

La relación entre la ruptura de la pareja y el empeoramiento de la salud de sus miembros

ha sido ampliamente tratada en diversas investigaciones, tal y como señalábamos al inicio del trabajo. Autores como Williams y Umberson (2004), desde la perspectiva de los cursos de vida y utilizando datos longitudinales, encuentran que las tensiones de la disolución del matrimonio minan la salud autopercebida de los hombres, pero no la de las mujeres, y que tales consecuencias aumentan con la edad y disminuyen con el paso del tiempo desde la ruptura. Nuestros modelos, realizados con datos transversales, evidencian lo contrario: las mujeres registran una peor percepción de la salud en general y de la salud en los últimos doce meses. Aquí, es necesario señalar que no disponemos de la fecha en la que se produjo la ruptura, por lo que es difícil afinar en las afirmaciones respecto al efecto del paso del tiempo. En este sentido, es conveniente recordar que en la literatura especializada hay cierto consenso en que la percepción subjetiva de la salud está influida por el estado de salud en el momento de responder el cuestionario, especialmente por la capacidad de realizar aquellas actividades importantes para la persona (Naughton y Shumaker, 2010). Por tanto, no es descartable que la escasa diferencia en los resultados de ambas cuestiones (estado de salud general y en los últimos doce meses) pueda deberse a un sesgo en la respuesta.

La convivencia con la pareja es, como se ha visto en el apartado anterior, de gran relevancia, ya que las diferencias en la salud no vienen dadas exclusivamente por el estado civil sino por la interacción entre ambas variables. De este modo, nuestro trabajo refuerza las conclusiones ya obtenidas por diversas investigaciones relativas al efecto beneficioso de las uniones y la mejoría del bienestar físico y emocional tras la transición a la convivencia con una nueva pareja, frente a las personas que permanecen sin esta (Colman *et al.*, 2008 y 2010; Dupre y Meadows, 2007; Hughes y Waite, 2009).

En relación con el tipo de patologías más frecuentes entre quienes han pasado por una

ruptura de pareja, la mayoría de investigaciones ponen el énfasis en las consecuencias que el divorcio o la separación tienen sobre la salud emocional y mental de las personas implicadas. Así, Barstad (2008), Garriga y Kiernan (2010) o Symoens y Bracke (2010) mantienen que la ruptura, tanto matrimonial como de cohabitación, incrementa los problemas de depresión y ansiedad. En el mismo sentido, Berninger y sus colaboradores (2011) señalan un mayor riesgo de sufrir frustración y tener problemas emocionales tras la ruptura de pareja. En nuestro trabajo, hemos podido comprobar la importancia de incluir la interacción entre el estado civil y la convivencia para observar mejor la incidencia de la ruptura de unión en los estados de salud. Sin embargo, lo más destacable es lo que añaden estos resultados a la perspectiva de género. Tal como mantienen autores como Kalmijn y Monden (2006), el divorcio conduce a mayores síntomas depresivos en las mujeres, pero además, según los modelos calculados para hombres y mujeres por separado, ellos y ellas también muestran patologías diferentes. Nuestros resultados concuerdan, tanto para ellas como para ellos, en lo que a la depresión crónica se refiere y añaden nuevas evidencias en lo concerniente a las diferencias de género en el riesgo de sufrir ansiedad crónica.

Las diferencias de género en las patologías mentales asociadas a la ruptura de la pareja pueden ser explicadas a partir de dos razonamientos no excluyentes. El primero se refiere a la posibilidad de una reacción distinta de hombres y mujeres —depresión entre ellos, ansiedad y depresión entre ellas— ante el mismo hecho traumático, dado que los rasgos socialmente apropiados para el varón y la mujer tienen un papel fundamental en la constitución y organización de la subjetividad (Mingote, 2000). El segundo destaca las diferencias en el diagnóstico de mujeres y hombres, en tanto que la depresión o la ansiedad son diagnósticos más prevalentes entre las mujeres (Narrow, 2009); además, se

ha advertido que a igualdad de patologías o sintomatología se tiende a explorar más a fondo a los hombres, y a prescribir ansiolíticos y antidepresivos a las mujeres (Ruiz y Verdú, 2004).

En nuestro caso se ha visualizado un diagnóstico diferencial de la población española separada/divorciada, y ello puede estar relacionado con el posible papel protector del matrimonio para los hombres señalado por Williams y Umberson (2004). De este modo, la ruptura de la pareja podría generar en los hombres mayores síntomas de depresión, debido a la pérdida de protección que implica¹¹, mientras que las mujeres podrían estar sufriendo más ansiedad y más depresión, debido a los obstáculos a los que han de hacer frente (mayores dificultades laborales, económicas, de conciliación con la vida familiar, etcétera).

Los datos con los que hemos trabajado adolecen de diversas limitaciones. En este sentido es problemática la falta de observación de la duración de la pareja, la calidad de la relación o el tiempo transcurrido desde la ruptura, variables todas ellas de gran relevancia en el estudio de los efectos del divorcio sobre la salud. Tampoco, como se ha dicho previamente, contamos con datos anteriores a la ruptura, por lo que resulta difícil establecer cuál es el sentido de la relación entre divorcio y salud, ya que además de que las rupturas de pareja influyan en la salud de las personas implicadas, la salud de los miembros de un matrimonio o una pareja influye en su calidad y en los riesgos de su ruptura. Sin embargo, los resultados son sólidos y contribuyen al avance de nuestro conocimiento sobre el impacto de la ruptura matrimonial en la salud.

¹¹ Dadas las diferencias de roles de género en muchas parejas, en las que de manera tradicional las mujeres son las proveedoras de cuidados mediante el papel de la «amante esposa», mientras que los hombres son los proveedores de los recursos económicos, conforme al modelo del «male breadwinner».

A modo de conclusión

El estudio llevado a cabo sobre la relación entre salud y divorcio, mediante los datos de la Encuesta Europea de Salud para el año 2009/2010 en España, corrobora la hipótesis general de la investigación: los hombres separados/divorciados presentan mayores riesgos de sufrir depresión crónica que el resto de hombres, y las mujeres separadas/divorciadas evidencian mayores riesgos de sufrir tanto ansiedad crónica como depresión crónica. Los resultados también son convincentes en lo concerniente al efecto beneficioso de la convivencia en pareja, situación que atenúa la mala salud en todas las patologías observadas. La clave, pues, no está en el estado civil *per se*, sino que la encontramos en la interacción entre el estado civil y la situación de convivencia, por lo que parece adecuado afirmar que vivir con una nueva pareja tras la disolución del matrimonio preserva la salud de las personas implicadas.

Nuestros resultados van en la línea de lo que sugieren McDonough y Waters (2001). La aparente mayor vulnerabilidad de las mujeres no puede explicarse únicamente por la ruptura, sino que esta resulta de trayectorias diferentes entre hombres y mujeres. Al incluir las variables de educación y situación laboral actual, nuestros resultados también sugieren que las diferencias en las trayectorias entre ellos y ellas devienen factores clave en la comprensión de la relación entre la salud y el divorcio. Por otro lado, se han observado diferencias de género en los patrones de salud en la población divorciada que pueden responder bien a que unos y otras afronten y/o conciban de manera diferente el proceso de ruptura, bien a que los problemas de salud se expresen de manera diferente por hombres y mujeres, bien a que los diagnósticos médicos sean diferentes en función del sexo del paciente o, finalmente, por los tres factores a la vez (Narrow, 2009; Ruiz y Verdú, 2004). En consecuencia, creemos necesario desarrollar esta línea de investigación ha-

ciendo especial hincapié en las causas que expliquen las diferentes patologías de los hombres y de las mujeres, más en un tiempo en el que el divorcio y las rupturas de pareja en general se han normalizado en la dinámica de las trayectorias vitales.

Este estudio también pone en evidencia la necesidad de mejorar la recogida de datos en los estudios sobre la relación entre salud y divorcio. Dada la creciente relevancia de la ruptura de unión en el marco de las transformaciones familiares, se sugiere la necesidad de diseñar encuestas longitudinales y mejorar las transversales. En el último caso cabe insistir en el hecho de que recoger la fecha de ruptura de la unión anterior (independientemente de cuál era el estado civil), así como la fecha de inicio de la unión actual, en el caso de que exista, mejoraría enormemente la calidad de nuestras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Aassve, Arnstein; Betti, Gianni; Mazzucco, Stefano y Mencarini, Letizia (2007). «Marital Disruption and Economic Well-Being: A Comparative Analysis». *Journal of the Royal Statistical Society Series A (Statistics in Society)*, 170(3): 781-799
- Amato, Paul R. (2000). «The Consequences of Divorce for Adults and Children». *Journal of Marriage and Family*, 62(4): 1269-1287.
- Amato, Paul R. y Rogers, Stacy J. (1997). «A Longitudinal Study of Marital Problems and Subsequent Divorce». *Journal of Marriage and Family*, 59(3): 612-624.
- Andreß, Hans-Jürgen y Bröckel, Miriam (2007). «Marital Disruption in Germany: Does the Conservative Welfare State Care? Changes in Material Well-being and the Effects of Private and Public Transfers». *Schmollers Jahrbuch: Journal of Applied Social Science Studies*, 127(2): 193-226.
- Andreß, Hans-Jürgen y Hummelsheim, Dina (2009). *When Marriage Ends: Economic and Social Consequences of Partnership Dissolution*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Artazcoz, Lucía; Cortés, Imma; Borrell, Carme; Escrivà-Agüir, Vicenta y Cascant, Lorena (2011). «Social Inequalities in the Association between Part-

- ner/marital Status and Health among Workers in Spain». *Social Science and Medicine*, 72(4): 600-607.
- Barstad, Anders (2008). *Leaving a Marriage or Cohabiting Relationship: What Are the Emotional Costs?*. Ponencia presentada en el Sixth Meeting of the European Network for the Sociological and Demographic Study of Divorce. Oslo.
- Bernardi, Fabrizio y Martínez-Pastor, Juan-Ignacio (2011). «Divorce Risk Factors and their Variations over Time in Spain». *Demographic Research*, 24(31): 771-800. [http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol24/31/DOI: 10.4054/DemRes.2011.24.31](http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol24/31/DOI:10.4054/DemRes.2011.24.31)
- Berninger, Ina; Weiß, Bernd y Wagner, Michael (2011). «On the Links between Employment, Partnership Quality, and the Intention to Have a First Child: The Case of West Germany». *Demographic Research*, 24(24): 579-610. <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol24/24/>
- Cleek, Margaret Guminski y Pearson, T. Allan (1985). «Perceived Causes of Divorce: An Analysis of Interrelationships». *Journal of Marriage and the Family*, 47(1): 179-183.
- Clingempeel, W. G.; Flescher, M. y Brand, E. (1987). «Research on Step-families: Paradigmatic Constraints and Alternatives Proposals». En: Vincent, J. P. (ed.). *Advances in Family Intervention: Assessment and Theory*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Coleman, Marilyn; Ganong, Lawrence y Fine, Mark (2000). «Reinvestigating Remarriage: Another Decade of Progress». *Journal of Marriage and the Family*, 62(4): 1288-1307.
- Colman, Elien; Symoens, Sara y Bracke, Piet (2010). «Differences in Health Care Use among the Divorced and the Married: Are they Need-based?». Comunicación presentada al *Eighth Meeting of European Network for the Sociological and Demographic Studies of Divorce*, Valencia, 14-16 de octubre.
- Colman, Elien; Van Praag, Lore y Bracke, Piet (2008). «Differences in Mental Health Service Consumption between the Divorced and the Married». Ponencia presentada en la reunión científica *Sixth Meeting of European Network for the Sociological and Demographic Studies of Divorce*, 18-19 de septiembre, Statistics Norway y Departamento de Sociología de la Universidad de Oslo. <http://folk.uio.no/torkild/divnet/Papers/Colman.pdf>.
- Conger, R. D.; Rueter, M. A. y Elder, G. H., Jr. (1999). «Couple Resilience to Economic Pressure». *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1): 54-71.
- Connell, Raewyn (2012). «Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective». *Social Science and Medicine*, 74(11): 1675-1683.
- Courtenay, Will H. (2000). «Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-being: A Theory of Gender and Health». *Social Science and Medicine*, 50(10): 1385-1401.
- Davia, María A. y Hernanz, Virginia (2004). «Temporary Employment and Segmentation in the Spanish Labour Market: An Empirical Analysis through the Study of Wage Differentials». *Spanish Economic Review*, 6(4): 291-318.
- Delgado, Margarita (ed.) (2007). *Encuesta de fecundidad, familia y valores 2006*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Delgado, Margarita y Castro, Teresa (1995). *Encuesta de fecundidad y familia 1995 (FFS)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Dupre, Matthew E. y Meadows, Sarah O. (2007). «Disaggregating the Effects of Marital Trajectories on Health». *Journal of Family Issues*, 28(5): 623-652.
- Elstad, Jon Ivar (1998). «The Psycho-social Perspective on Social Inequalities in Health». *The Sociology of Health Inequalities*, 20(5): 39-58.
- Escobar, Miguel Ángel; Botigué, Teresa; Jürschik, Pilar; Nuin, Carmen y Blanco, Joan (2013). «Síntomatología depresiva en ancianos. La influencia del género». *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 48(2): 59-64.
- Flaquer, Lluís (2000). *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació La Caixa.
- Garriga, Anna y Kiernan, Kathleen (2010). «Depression, Partnership Quality and Partnership Breakdown». Comunicación presentada al *Eighth Meeting of European Network for the Sociological and Demographic Studies of Divorce*, Valencia, 14-16 de octubre.
- Ghåler, Michael (2006). «To Divorce is to Die a Bit...: A Longitudinal Study of Marital Disruption and Psychological Distress Among Swedish Women and Men». *The Family Journal*, 14: 372-382.
- Hafen, Brent Q.; Karren, Keith J.; Frandsen, Kat J. y Smith, N. Lee (1996). *Mind/body Health: The*

- Effects of Attitudes, Emotions, and Relationships*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hooper, John (1995). *The New Spaniards*. London: Penguin Books.
- Horowitz, Allan V.; White, Helene Raskin y Howell-White, Sandra (1996). «Becoming Married and Mental Health: A Longitudinal Study of a Cohort of Young Adults». *Journal of Marriage and Family*, 58(4): 895-907.
- Houle, René; Simó, Carles; Solsona, Montse y Treviño, Rocío (1999). «Análisis biográfico del divorcio en España». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 88: 11-35.
- Hughes, Mary Elizabet y Waite, Linda J. (2009). «Marital Biography and Health at Mid-life». *Journal of Health and Social Behavior*, 50(3): 344-358.
- Iglesias de Ussel, Julio (1998). *La familia y el cambio político en España*. Madrid: Tecnos.
- Kalmijn, Matthijs (2010). «Country Differences in the Effects of Divorce on Well-Being: The Role of Norms, Support, and Selectivity». *European Sociological Review*, 26(4): 475-490.
- Kalmijn, Matthijs y Monden, Christiaan (2004). «Are there Positive Effects of Divorce on Health? Reconsidering the Role of Marital Quality». *3rd Conference of European Research Network on Divorce*, Colonia, 2-4 de diciembre.
- Kalmijn, Matthijs y Monden, Christiaan (2006). «Are the Negative Effects of Divorce on Well-being Dependent on Marital Quality?». *Journal of Marriage and Family*, 68(5): 1197-1213.
- Kposowa, Augustine J. (2000). «Marital Status and Suicide in the National Longitudinal Mortality Study». *J. Epidemiol. Community Health*, 54(4): 254-261.
- Lamb, Kathleen A.; Lee, Gary R. y DeMaris, Alfred (2003). «Union Formation and Depression: Selection and Relationship Effects». *Journal of Marriage and Family*, 65(4): 953-962. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00953.x>
- Lund, Rikke; Due, Pernille; Modvig, Jens; Holstein, Bjørn Ewald; Damsgaard, Mogens Trab y Andersen, Kragh (2002). «Cohabitation and Marital Status as Predictors of Mortality: An Eight Year Follow-up Study». *Social Science and Medicine*, 55(4): 673-679.
- Lynch, James (1977). *The Broken Heart: The Medical Consequences of Loneliness*. New York: Basic Books, Inc.
- Määttä, Kaarina (2011). «The Throes and Relief of Divorce». *Journal of Divorce and Remarriage*, 52(6): 415-434.
- McDonough, Peggy y Walters, Vivienne (2001). «Gender and Health: Reassessing Patterns and Explanations». *Social Science and Medicine*, 52(4): 547-559.
- Meadows, Sarah O.; McLanahan, Sara y Brooksgunn, Jeanne (2008). «Stability and Change in Family Structure and Maternal Health Trajectories». *American Sociological Review*, 73(2): 314-334.
- Mingote, Carlos (2000). «Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres». En: Mingote, C. y López-Doriga, B. (eds.). *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Mirowsky, John y Ross, Catherine E. (1995). «Sex Differences in Distress: Real or Artifact?». *American Sociological Review*, 60(3): 449-468.
- Morán, Gloria M. (1995). «The Spanish System of Church and State». *The Brigham Young University Law Review*, 2: 535-553.
- Morrell, Robert (2001). «The Times of Change: Men and Masculinity in South Africa». En: Morrell, R. (ed.). *Changing Men in Southern Africa*. London: Zed Books.
- Narrow, William E.; First, Michael B.; Sirovatka, Paul J. y Regier, Darrel A. (2009). *Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Naughton, Michelle J. y Shumaker, Sally A. (2010). «Assessment of Health-Related Quality of Life». En: Friedman, L.; Furberg, C. y DeMets, L. (eds.). *Fundamentals of Clinical Trials*. New York: Springer.
- O'Neil, Mary Kay; Lancee, William J. y Freemann, Stanley J. J. (1985). «Sex Differences in Depressed University Students». *Social Psychiatry*, 20(4): 186-190.
- Pearlin, Leonard I. y Johnson, Joyce S. (1977). «Marital Status, Life-strains, and Depression». *American Sociological Review*, 42(5): 704-715.
- Peterson, Richard R. (1996). «A Re-Evaluation of the Economic Consequences of Divorce». *American Sociological Review*, 61(3): 528-536.
- Potts, Maily K.; Burnam, M. Audrey y Wells, Kenneth B. (1991). «Gender Differences in Depression Detection: A Comparison of Clinician Diagnosis and

- Standardised Assessment». *Psychological Assessment*, 3(4): 609-615.
- Prigerson, Holly G.; Maciejewski, Paul K. y Rosenheck, Robert A. (1999). «The Effects of Marital Dissolution and Marital Quality on Health and Health Service Use Among Women». *Medical Care*, 37(9): 858-873.
- Ruiz Cantero, María Teresa y Verdú Delgado, María (2004). «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico». *Gaceta Sanitaria*, 18(1): 118-125.
- Rutter, Michael (1987). «Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms». *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3): 316-331.
- Shapiro, Adam. y Keyes, Corey Lee M. (2008). «Marital Status and Social Well-being: Are the Married Always better off?». *Social Indicators Research*, 88(2): 329-346.
- Simó, Carles (2006). «Hard Hard Choices: Can Spanish Women Reconcile Job and Family?». En: Blossfeld, H. P. y Hofmeister, H. A. (eds.). *Globalization, Uncertainty, and Women's Careers: An International Comparison*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Simó, Carles; Hernández, Andrea; Rodríguez, David y Soler, Víctor (2013). «Trayectorias post-divorcio. El impacto en el bienestar y en la salud». Ponencia presentada en el *XI Congreso Español de Sociología*, 10-12 de julio, Universidad Complutense de Madrid. <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1403.pdf>
- Simó, Carles y Solsona, Montse (2003). «Importancia de la participación laboral como determinante del divorcio en España». *Papeles de Geografía*, 37: 245-259.
- Simó, Carles y Solsona, Montse (2010). «El registro estadístico de las rupturas de unión en España. Evaluación e ideas para avanzar desde la demografía». *Papers. Revista de Sociología*, 95(3): 609-632.
- Simó, Carles; Spijker, Jeroen y Solsona, Montse (2009). «Atlas of Divorce and Post Divorce Indicators in Europe». Documento presentado en la vigésima sexta *Conferencia Internacional de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP)*, Marruecos.
- Simon, Robin W. (1998). «Assessing Sex Differences in Vulnerability among Employed Parents: The Importance of Marital Status». *Journal of Health and Social Behavior*, 39(1): 38-54.
- Simon, Robin W. (2002). «Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health». *American Journal of Sociology*, 107(4): 1065-1096.
- Simon, Robin W. y Marcussen, Kristen (1999). «Marital Transitions, Marital Beliefs, and Mental Health». *Journal of Health and Social Behavior*, 40(2): 111-125.
- Solsona, Montse (2009). «Narrar la propia biografía después de un divorcio: notas de un estudio cualitativo de interés para la demografía». *Estudios Geográficos*, 70/267: 633-660.
- Solsona, Montse (2011a). «Biografías de divorcio: cambios de estado borrosos y trayectorias». *Notas de población, CEPAL*, 93: 77-106.
- Solsona, Montse (2011b). «El divorcio como nudo biográfico. Una revisión de la literatura reciente desde la perspectiva de la vulnerabilidad postdivorcio». *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 57(1): 105-126.
- Solsona, Montse; Ferrer, Laia; Simó, Carles y MacInnes, John (2007). «Trayectorias familiares después del divorcio. Una revisión de las contribuciones recientes desde la demografía». *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 49: 217-234.
- Solsona, Montse y Simó, Carles (2007). «Evolución histórica del divorcio en España desde la aprobación de la ley de 1981 hasta la reforma de 2004». En: Cabré, A. y Miret, P. (eds.). *La constitución familiar en España*. Fundación BBVA.
- Spijker, Jeroen; Simó, Carles y Solsona, Montse (2012). «Post First-union Repartnering and Parenthood Patterns in late 20th Century Europe». *Papers de demografia*, 399.
- Strand, Anne Hege (2010). «Poverty Triggers in Norway and Britain: The Gendered Effect of Family and Employment Changes». Comunicación presentada al *Eighth Meeting of European Network for the Sociological and Demographic Studies of Divorce*, Valencia, 14-16 de octubre.
- Sweeney, M. M., 2010, «Remarriage and stepfamilies: Strategic sites for family scholarship in the 21st Century». *Journal of Marriage and Family*, 72: 667-684.
- Symoens, Sara y Bracke, Piet (2010). «Breaking up. How Specific Characteristics of the Divorce Process Interact with the Wellbeing of Expartners after Divorce». Comunicación presentada al *Eighth Meeting of European Network for the Sociological and Demographic Studies of Divorce*, Valencia, 14-16 de octubre.

- Uunk, Wilfred (2004). «The Economic Consequences of Divorce for Women in the European Union: The Impact of Welfare State Arrangements». *European Journal of Population*, 20: 251-285.
- Wallerstein, Judith S. y Blakeslee, Sandra (2003). *What about the Kids? Raising your Children before, during, and after Divorce*. New York: Hyperion.
- Wilkinson, Richard y Marmot, Michael (eds.) (1999). *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press.
- Williams, Kristi (2003). «Has the Future of Marriage Arrived? A Contemporary Examination of Gender, Marriage, and Psychological Well-being». *Journal of Health and Social Behavior*, 44(4): 470-487.
- Williams, K. y Umberson, D. (2004). «Marital Status, Marital Transitions, and Health: A Gendered Life Course Perspective». *Journal of Health and Social Behavior*, 45:81-98.
- Wu, Z. y Hart, R. (2002). «The Effects of Marital and Nonmarital Union Transition on Health». *Journal of Marriage and Family*, 64(2): 420-432.

RECEPCIÓN: 13/09/2013

REVISIÓN: 18/02/2014

APROBACIÓN: 16/05/2014

The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status

El efecto del estado civil y de la convivencia en pareja en la salud

**Carles Simó-Noguera, Andrea Hernández-Monleón, David Muñoz-Rodríguez
and M^e Eugenia González-Sanjuán**

Key words

- Depression
- Gender Differences
- Divorce
- Surveys
- Marital Status
- Health
- Mental Health
- Separation

Palabras clave

- Depresión psíquica
- Diferencias de género
- Divorcio
- Encuestas
- Estado civil
- Salud
- Salud mental
- Separación

Abstract

Researches on the consequences of divorce on health are scarce in Spain. This study is a contribution to this field from sociology and demography. In it, the health of separated/divorced Spanish men and women is analyzed using the European Health Survey 2009-2010. Employing questions on perceived health and objective mental health, we explore whether 1) people with divorced or separated marital status suffer from poorer health than married; if 2) the cohabitation with a partner promotes a better health; and if 3) gender is a source of health differences between divorcees. The results show that the health of female divorcees is worse and that male divorcees have higher risk for chronic depression than other men. In addition, the female divorcees are much more likely to suffer chronic anxiety and chronic depression.

Resumen

Las investigaciones en torno a las de las consecuencias del divorcio sobre la salud en España escasean. Esta investigación es una contribución en este campo desde la sociología y la demografía. En ella se analiza la salud de las personas separadas/divorciadas en España con la Encuesta Europea de Salud 2009-2010. Mediante las preguntas sobre salud percibida y salud mental objetiva se explora si 1) las personas con estado civil de divorciadas sufren de una peor salud que las casadas; si 2) la situación de convivencia en pareja evidencia una mejor salud; y si 3) el género es una fuente de diferenciación de la salud entre las personas separadas/divorciadas. Los resultados muestran que la salud de las mujeres es peor y que los hombres separados/divorciados presentan mayores riesgos de sufrir depresión crónica que el resto de hombres. Además, las mujeres separadas/divorciadas muestran sufrir mayores probabilidades tanto de ansiedad crónica como de depresión crónica.

Citation

Simó-Noguera, Carles; Hernández-Monleón, Andrea; Muñoz-Rodríguez, David y González-Sanjuán, M.^a Eugenia (2015). "The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151: 141-166.
(<http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.151.141>)

Carles Simó-Noguera: Departament de Sociologia i Antropologia Social, Facultat de Ciències Socials, Universitat de València | carles.simo@uv.es

Andrea Hernández-Monleón: Universitat de València | andrea.hernandez@uv.es

David Muñoz-Rodríguez: Universitat de València | francisco.d.munoz@uv.es

M^e Eugenia González-Sanjuán: Universitat de València | eugenia.gonzalez@uv.es

INTRODUCTION¹

Socio-demographic research on divorce in Spain has mainly focused on the determinant factors involved in separation (see, amongst others, Houle *et al.*, 1999; Simó and Solsona, 2003, Bernardi and Martínez-Pastor, 2011). However, there is little evidence about its consequences and, often, the existing studies are centred on post-divorce life (Solsona *et al.* 2007; Solsona, 2011a and 2011b; Simó *et al.* 2013). The purpose of this study is to analyse the consequences that divorce has for the health of the men and women involved, and to address specific related aspects, such as self-perception of health², as well as the prevalence for chronic anxiety and depression.

Union disruption brings with it emotional effects such as a feeling of loss and a perception of failure. It is a harrowing experience even in societies with high divorce rates (Ghähler, 2006; Solsona, 2009), where there are different models of union, which have conferred greater plasticity on both union formation and dissolution (Solsona and Simó, 2010). By redefining intimacy and emotional bonds, any union disruption may also cause an increase in vulnerability, as it constitutes a life transition that often results in isolation and a feeling of breakup of the membership group (Solsona, 2009). In addition, divorce also involves substantial chan-

ges in available resources and living conditions and consequently, in the life projects of the individuals involved (Peterson, 1996). This reduction in resources and decline in living conditions affects women more often than men (Peterson, 1996; Andreß and Hummelsheim, 2009)³. It must be added that, in the case of a hostile divorce, the process could extend greatly in time. In fact, divorce does not always signal an end to the conflict between the members of the couple, particularly when there are children or shared assets involved (Wallerstein and Blakeslee, 2003). In fact, the complexity of the breakup and its consequences is greater when there are children, as the number of years of living together increases, and when there are shared assets. This could place the members of the couple in a more vulnerable position, especially with regard to economic and health issues.

This paper focuses on the relationship between divorce and health. Specifically, the objective is to analyse the impact of divorce on the health of those involved. The study uses data from the Spanish sample of the 2009-2010 European Health Interview Survey, referred to people from the ages of 25 to 64 years old. Information from the survey was used concerning marital status and cohabiting status at the time of the interview, in order to see if the health of divorced/separated people was different from the health of those who had not experienced a separation. Since it is based on cross-sectional data, this study cannot delve into the biographical processes that determine the causal relationship between divorce and health, but rather analyse the health of people who have been divorced/separated and compare them with the rest of the sample, to see if they suffer from poorer health. Different questions from the

¹ This study was conducted within the project entitled *Post-divorce and social vulnerability in Spain. Experiences of men and women in the economic and health areas* (Post-divorcio y vulnerabilidad social en España. Experiencias de hombres y mujeres en el ámbito económico y de la salud) (Ref. CSO 2009-09891), directed by Montserrat Solsona i Pairó, and funded by the Spanish Ministry Science and Education National R&D&I Plan. The authors include Andrea Hernández (ref. AP2010-4482) and F. David Muñoz (ref. PFP12/04496), trainee researchers studying under the FPU-MEC plan (Ministry of Science and Education Programme for training of University Professors).

² Subjective health covers the multidimensional concept of health (physical, mental and social).

³ For more on the economic consequences of divorce for women in Spain, see also the studies by Uunk (2004), and Aassve and his colleagues (Aassve *et al.*, 2007).

survey related to self-perceived health and objective health are used with the aim of revealing to what extent the health of men and women differs between the different marital statuses; between living with a partner or not; and, finally, between different combinations of marital status and cohabitation status.

THE RELATIONSHIP BETWEEN DIVORCE AND HEALTH. THEORETICAL FRAMEWORK AND RESEARCH HYPOTHESIS

the relationship between health and divorce has been socially used with the intention of penalising the breakup of a marriage, implying that, whatever the quality of cohabitation, divorce undermines health (Coleman *et al.*, 2000). This bias, which has contributed to stigmatising divorce, was also reflected in the analytical perspective of a considerable number of scientific studies, as noted by the above authors. Marriage was initially presented as the best, or even the only, acceptable family structure for raising children, and this position has influenced the perspective of the social sciences on this subject (Clingempeel *et al.*, 1987). So, as far as the epistemological influence is concerned, it can be said that the functionalist framework has remained in the shadows, parallel to the development and advancement of knowledge on the causes and consequences of divorce. In 1977, Lynch addressed the consequences of loneliness in the prevalence of cancer and cardiovascular disease, and found higher figures among the divorced or separated population. These results, and others like it, led the National Mental Health Institutes in the US to assert, with excessive alarmism, that divorce could be a predictor of disease associated with physical and emotional stress (Lynch, 1977).

It is certainly difficult to reach a conclusive result, partly for methodological reasons

(the samples analysed or the types of analysis undertaken). Thus, for example, the effects that conflictive or asymmetrical marriage relationships have on the health of men and women are still poorly understood. Moreover, due to the difficulty in obtaining data, most of the studies on divorce have focused only on couples who were married and omitted common-law relationships, making it difficult to study the relationship between breakup and health depending on the type of union. However, as discussed below, there is recent international literature that provides solid evidence and addresses issues such as the impact of marital separation, including the effect of breakup on health. This literature tends to show that the breakup of a union undermines the health of those involved and that there is a clear gender inequality.

Breakup as a pathogenic factor and cohabitation as a healthy factor

The relationship between health and divorce has been approached from within various different disciplines such as epidemiology, demographics and sociology. Various studies have focused on showing the consequences of divorce on health and have shown that, for both men and women, divorce increases the risk of suffering from illnesses (Strand, 2010; Dupre and Meadows, 2007; Colman *et al.* 2008 and 2010).

Several studies have shown that marital separation involves emotional costs (Williams and Umberson, 2004; Kalmijn and Monden, 2004; Ghäler, 2006; Andreß and Bröckel, 2007; Colman *et al.* 2008; Barstad, 2008). It is therefore thought that divorce can damage the mental health of the individual⁴ (Amato, 2000; Rutter, 1987), increasing the probabilities of suffering from depression,

⁴ Some countries include the number of divorced people when planning for the provision mental health services, after observing that they are more likely suffer from mental illnesses.

anxiety and phobias, which in turn could favour the appearance of psychosomatic disorders, and increase harmful behaviour (such as addictions), and lead to the individual ceasing to look after their personal physical health. In fact, given the difficulty in coping with the aftermath of the union dissolution, divorce, as is the case for all emotional loss, triggers psychological processes of grief (Määttä, 2011), a situation usually only temporary, but which can also become chronic.

Nevertheless, the relationship between divorce and health is not one-directional. Health vulnerability can not only increase with the breakup of the relationship, but also could be the cause of the separation (Cleek and Pearson, 1985). That is, it may be an important factor that causes and intensifies conflicts, and even one which undermines the negotiation processes within the partnership (Amato and Rogers, 1997).

In a similar vein, Garriga and Kiernan (2010) note that an undeniable relationship exists between divorce and depression; however, a review of the literature on the subject reveals the difficulty in determining the direction of the relationship. The debate continues about the extent to which divorce is what causes depression or, conversely, depression is what adversely affects the quality of cohabitation. Despite these and other limitations, these authors hold that, although there is an interdependence between divorce and depression, the quality of the previous relationship could have a greater effect on post-breakup depression.

Some studies suggest that marriage provides greater protection from suicide, in that it is an aid to integration into the community and reduces isolation. The longitudinal study carried out by Kposowa (2000) in the United States showed a suicide rate amongst divorced and separated people that was almost double that among married people. This study also showed the existence of gender di-

fferences: the risk of suicide amongst divorced men was almost double that among married men, but no variation existed amongst married women based on their marital status (Kposowa, 2000).

Evidence also exists that tends to show that marriage brings social and emotional stability, whilst divorce, separation, widowhood/widowerhood and not having a partner undermine stability (Dupre and Meadows, 2007; Hughes and Waite, 2009; Williams, 2003). These studies suggest that living with a partner could be an antidote against illnesses, as well as other type of sociable relationships (Hafen *et al.*, 1996).

Kalmijn (2010) used a multilevel analysis that included 38 developed countries and found evidence that divorced people had lower levels of well-being than those who were married, although the differences between countries are notorious. He also collected evidence that the consequences of divorce are weaker in societies where the family is stronger, or in societies where divorce is more common, which, according to the author, suggests that the selective effect of divorce decreases as its intensity increases (Kalmijn, 2010).

In the light of the consequences of marital breakups seen in previous studies, our first hypothesis predicts that the population whose marital status is divorced suffers from poorer health than the population whose marital status is married. If the deficiencies in the state of health of the population vary according to their marital status, this could be due to the stress factors related to divorce and not so much to the positive effects of marriage (Meadows *et al.*, 2008; Williams and Umberson, 2004). Berninger and his collaborators (2011), based on the "Social stress theory, family stress model" (Conger *et al.*, 1999) proposed that people who had experienced a breakup, due to their more vulnerable socio-economic position, could feel a greater level of frustration and have

more emotional problems. Symoens and Bracke (2010) also indicated that mental health is poorer (more frequent depression and less satisfaction with life) amongst people who had suffered a breakup with a partner.

Therefore, there is a lot of evidence on the higher psychological well-being levels of married people in relation to those who are not married (Simon, 2002). As noted by Lamb and her colleagues, two types of arguments have been provided to explain the relative health advantage enjoyed by married people in relation to those who have never married (Lamb *et al.*, 2003). On the one hand, there is the selection effect, according to which people with better health have a greater likelihood of marrying (Lamb *et al.*, 2003; Horowitz *et al.*, 1996). On the other hand, there are the benefits that being in a relationship bring (support, intimacy, mutual care, company, etc.) (Simon and Marcussen, 1999), as well as the cushioning effect against adverse events such as illness, poverty or bereavement (Lamb *et al.*, 2003; Pearlin & Johnson, 1977). According to recent studies, the benefits of having a partner are more important than the selection effect as predictors of lower levels of depression experienced by married people when compared with their unmarried counterparts, and with unmarried couples or people who live in consensual partnerships (Lamb *et al.*, 2003).

In the light of these findings, it can be assumed that people who are separated or divorced and live alone report a worse self-perceived level of health than those of the same age who are married or who live with a partner. Our second hypothesis, therefore, is related to the above, and emerges from the debate on the effects that cohabitation has on people's health. Specifically, it predicts a better state of health amongst those people who live with a partner compared to those people who live alone, regardless of their marital status.

The influence of gender

The different repercussions of divorce on health amongst men and women are not only a consequence of the asymmetrical processes experienced by men and women before and after a breakup. Among the social mechanisms related to the evidence of worse health among women, the stress process resulting from gender roles and the unequal distribution of resources has been the object of constant attention by the social sciences (Simon, 1998). Some scientists argue that the effects of stress on health are experienced and somatised differently by men and women (Horowitz *et al.* 1996). For McDonough and Walters (2001), studies that focus on the supposed greater vulnerability of women in order to explain health differences are based on two hypotheses. On the one hand, the hypothesis on different exposure suggests that women suffer from poor health with greater frequency as a consequence of the larger demands and obligations placed upon them due to their social roles; and on the other hand, the hypothesis of the difference in vulnerability refers to the better reaction or response that women have in the face of life events and related difficulties. Their better reaction is associated with the generalised disadvantage of women in social roles and access to resources.

McDonough and Walters (2001) did not find any evidence to support the hypothesis of the greater vulnerability of women, while they did suggest that there is currently a transition in the specialisation of social roles by gender. It should also be noted that, the different stress responses suffered by men and women conceal socialisation role models for each sex that channel frustrations (desires and aspirations) differently for men and women (Mirowsky and Ross, 1995).

In the case of Spain, it is worth noting the study by the team lead by Artazcoz (2001) on social inequalities in health, where the effects of gender and occupation were analysed, ta-

king to account marital status and cohabitation status. The authors' conclusions are relevant for the current study as outlined in the following pages as, together with the effect of the gender and occupation class variables, they highlight the importance of not only looking at marital status, but also at cohabitation status (Artazcoz *et al.*, 2011). Similar conclusions were reached for other countries by Lund *et al.* (2002) and Shapiro and Keyes (2008).

Connell (2012) warns that the bulk of the literature on the relationship between health and gender can be described as part of a categorical understanding of gender that uses a definition based on a dichotomous—biological—classification whose starting point is the differentiation between the male body and the female body. This conception lies close to the extended common sense of the modern medical culture, which shows a strong interest in biological processes and classifications. However, other theoretical perspectives exist, as noted by the same author, on studies on education and gender, which deal with the concepts of gender, race and social class as mutually constituting elements (Morrell, 2001, quoted by Connell, 2012). In fact, the widespread belief that biological differences are present in the profound psychological and behavioural differences, does not hold scientifically nowadays (Connell, 2012). Currently, relational theories incorporate a much more varied theoretical body than in post-structuralism, and they have as a common denominator a concern for daily social practices occurring within a dense and active social fabric made up of places and institutions (Connell, 2012: 1677). All of this has important consequences, such as the fact that, in the social construction of gender, health is not a neutral process either and, in this construction, medical science has played a fundamental role (Connell, 2012).

From this constructionist perspective, as stated by Courtenay (2000), gender is con-

ceptualised as a dynamic social structure. Courtenay used depression as an example of how the health system contributes to the social construction of illness, and referred to the fact that depression is over-prevalent among women (Courtenay, 2000). Courtenay noted that, according to some studies (O'Neil *et al.*, 1985), this could be due to the fact that men are less prone to seek help than women, or to the greater difficulty that doctors have in diagnosing depression in men (Potts *et al.*, 1985); or to the greater inclination that men have to persuade themselves that they do not suffer from depression, or to prove to themselves that depression is stupid (O'Neil *et al.*, 1985). According to Courtenay (2000), denying depression is one amongst many ways that men use to show their masculinity and avoid being pigeon-holed as having a lower status compared to women or to other men. This higher risk for women to experience depression symptoms has also been observed among the elderly, and there is also evidence that the protective factors of depression symptoms differ by gender: the high level of education for women and having a partner for men (Escobar *et al.*, 2013).

Our third hypothesis is based on gender differences that the literature specialised in divorce has pointed out in recent years. Symoens and Bracke (2010) claim that the evidence pointing toward increased stress is more likely to be identified among men, while evidence related to chronic stress is more relevant among women.

Thus, a hypothesis that can be tentatively suggested, based on these findings, is that the sex / gender system is involved in the effects of breakup on health. Two sub-hypotheses can be derived from this: a) that divorced women suffer from worse health than divorced men, and also, b) that self-perception, and chronic anxiety and depression differ strongly between women and men. Obviously, the hypotheses that guide our research cannot be separated from our case study; for this reason, and in order to

properly contextualise the analysis, set out below are the most significant aspects of divorce over time in Spain, as well as the changes in gender relations within the family, and differences—by sex—for the consequences of marital breakup.

The Spanish context

The formation, dynamics and composition of families have undergone a profound process of transformation in all Western societies. In Spain, as is well known, the end of Franco's dictatorship resulted in social changes that have altered the way in which different generations carry out their life projects, including the formation of families. As far as the family as an institution is concerned, the four decades of dictatorship were characterised by a strict control of family laws and policies by the Catholic Church. Through the institution of marriage, the only way of forming a family, based on the historic natural religious and legal authority of the husband, unequal rights were granted on the basis of sex, both within and outside marriage (Iglesias de Ussel 1998; Moran, 1995). To work, start their own business, open a bank account, start court proceedings, buy and sell goods, and obtain a passport, women needed to have the permission of their husband (Hooper, 1995).

With the political transformation that accompanied the transition to democracy, family law experienced substantial changes. In 1981 the legal subordination of wives to husbands was abolished, the authority over the children came to be shared between father and mother, equal access to administration bodies was granted to men and women, and separation and divorced were legalised. Later, under Law 15/2005, which modified the Spanish Civil Code and the Code of Civil Procedure with regard to separation and divorce, the dissolution of marriage was liberalised. This was achieved by eliminating the condition that there ought to be a reason for divorce, and dispensing with the requirement

for a prior civil separation before divorce was granted; it also allowed either spouse to unilaterally request marital dissolution (Solsona and Simó, 2007). As a result of these changes, the families of the twenty-first century are more plural and complex, but also more versatile, because, amongst other things, both the formation of unions and their dissolution is much easier.

Throughout recent decades, divorces have increased significantly in number. In 1982 10% of marriages ended in a breakup; by 2005 this had increased to 30%. This figure rose sharply after the reform of the law in 2005, the implementation of which caused a temporary increase in intensity and initially reached very high levels, with there being 60 marriage dissolutions per 100 marriages in 2007; but in 2008 the number of marriage dissolutions fell by 13% with respect to the previous year (Solsona, 2011a: 79). Currently in 21% of marriages that celebrate at least one of the partners has been divorced. But with the changes in the last 30 years, not only have marriage dissolutions become normalised, but also new forms of non-marital union have emerged. Cohabitation has increased significantly as a form of union prior to marriage and as an alternative family model, such that from 2008 onwards, more than 33% of births have taken place outside of marriage.

Gender relationships within the family nucleus have also seen substantial transformation. In the last two decades of the 20th century the family model in which the man was the sole breadwinner continued to be of importance in a market that was both rigid and complex (Davía and Hernanz, 2004), while women in general, as well as the young generations of both sexes, were affected by high rates of unemployment upon their entry into the job market. However, with time, the entry of women into the labour market gradually consolidated the dual-income family model. Despite this, in the family sphere women still continue to undertake most of the housework and the care of the children and

the elderly, in a context in which public resources for the care of dependents has been scarce (Flaquer, 2000). In fact, in Spain, women who choose to pursue a career have to make a significant investment in time and effort and educational capital, when compared to men, in a context where the labour market penalises them when they temporarily leave their career to devote time to raising their children. It is very difficult for them to combine career and family life and, quite often, they are forced to choose between these two spheres, which in Spain are difficult to balance (Simó, 2006).

Demographic studies on divorce have widely reported a large variability in the occurrence of divorce by generations, and they have identified that gender is a key factor in understanding the differences in post-separation family life (Solsona, 2011b). The analysis of the socio-demographic determinants of divorce shows results consistent with those found in nearby European countries. But in Spain, pioneering studies conducted by using data from the 1991 Socio-demographic Survey showed divorce as a socially selective phenomenon in which educational and employment variables played an important role, which affected a certain part of the female population more than others: those who are educated and better placed in the labour market (Houle *et al.* 1999). However, over time, marriage dissolution has become normalised and has affected all educational levels (Bernardi and Martínez-Pastor, 2011). Employment status, and in particular the position in the labour market, has become a major factor in marital breakup being studied in Spain (Solsona and Simó, 2003). It affects both sexes, but in reverse: employed women divorce more than other women, and men in a worse employment position (unemployed) also divorce more.

If among the determinants gender is a source of inequality and comparison, when the consequences of marital dissolutions are addressed, gender differences are also sub-

stantial (Solsona, 2011b). As in other countries, divorced men marry more often and quicker than women, and, as was seen in the data from the 1995 Fertility and Family Survey, they often marry younger women (Simó *et al.*, 2009; Spijker *et al.*, 2012). According to more recent data from the Fertility, Family and Values Survey conducted in 2005, five years after the breakup of their marriage, fifty percent of men had returned to a stable union, while only thirty percent of women had done so in the same period (Solsona, 2011a). This happens because, among other things, after a divorce, young children much more often stay with their mothers than with their fathers. As shown by recent statistics of judgments on separation and divorce published by the Spanish National Statistics Institute, 58% of separations and 53% of divorces took place between married couples with under-age children. In these cases, child custody is awarded to the mother in 84.6% of the judgements, and to the father in 5.6% of cases, and in the remaining 9.8% of the cases, it is awarded to both parents jointly.

In Spain union dissolutions differ greatly between men and women, amongst other things, due to the gender inequality of work and family situations. As well as gender, the age at which divorce happens necessarily affects the possibilities of rebuilding life, partner and child-rearing projects. It should also be emphasised that the different generations of divorced people have experienced the breakup processes in different socio-cultural contexts (from lesser to greater normalisation of divorce; from a rather blame-oriented legislation to a more flexible one). All of the above highlights that gender inequality, age and the generation of post-divorce dynamics have become highly relevant. Finally, as we have seen, in addition to the work situation, the educational capital is also a key factor in the study of both the determinants and the consequences of marital breakups. In the light of the above arguments, to verify our hypotheses—that the divorced popula-

tion suffer from worse health, that people living with a partner have better health, and that there are strong gender differences in health—in the Spanish context it is essential to consider the effects of age, educational level and employment status.

DATA AND METHOD

This study focuses on the impact of marital breakup on diagnosed mental disorders, and on self-perceived health. These are aspects which are more sensitive to the possible consequences of marital breakup, and therefore have been more frequently studied in the international literature on the subject. Under a multidimensional conception of health, the state of an individual's mental health is related to self-esteem, frustration, stress and happiness. The study of chronic anxiety is also relevant, given that continuous psychological stress could have a double impact on health: on the one hand, a direct, somatic effect, by causing damage to the cardiovascular, endocrine and immune systems; and on the other hand, an indirect effect, in terms of a change in life patterns towards an increase in the consumption of alcohol, tobacco, and the adoption of behaviour with high level of risk (Elstad, 1998; Wilkinson and Marmot, 1999).

Previous studies have proved that marital breakups may lead to lower levels of happiness, and increase depression and anxiety, as suggested by recent studies dealing with the more intensive use of mental health services by divorced and separated people (Colman *et al.*, 2008). However, it has also been shown that the effects of depression and the process of deterioration reduce and are even stopped with the passage of time, as the separation becomes part of the distant past (Kalmijn and Monden, 2004). So it is of particular interest to establish the relationship between the time that has passed since the marital breakup and effects on health.

In understanding the processes of a union breakup, the use of longitudinal sources is increasingly more relevant (Sweeney, 2010). In effect, in order to establish a causal relationship between the breakup of a union and its consequences, it is necessary to have information about life cycles, including the time when events take place and the duration of transitions, together with socio-economic factors; or in this case, factors related to health, which may or may not change throughout time. In Spain, however, there has been a lack of sources of continuous observation, and of micro-data with longitudinal information (Simó and Solsona, 2010). Amongst other things, this lack of data has made it difficult to see the relationship between life processes and health processes, to such an extent that in Spain it is impossible to analyse the underlying dynamic in the relationship between divorce and other processes and life situations, with the exception of the Fertility and Family Survey conducted in 1995 (*Encuesta de Fecundidad y Familia*) (Delgado and Castro, 1995) and the Fertility, Family and Values Survey, 2006 (*Encuesta de Fecundidad, Familia y Valores*) (Delgado, 2007). These collect some tables of processes, such as the formation of unions, maternity data, education, etc., and thus can support a causal analysis of the consequences of divorce. Nevertheless, these surveys did not include information on health with which to analyse the role of post-divorce dynamics and transitions.

In contrast, surveys with cross-sectional information are available in Spain that allow researchers to identify the differences in state of health between separated and divorced people and others, using two types of particularly relevant information: marital status and cohabitation status. Some surveys bring together variables that are central to our study on the consequences of divorce⁵, notably

⁵ Amongst others: Living Conditions Survey, National Health Interview Survey, European Health Interview Sur-

the European Health Interview Survey for 2009/2010. Undoubtedly, this survey is the source of the most relevant information available, given its recent publication, the large sample size and the use of basic indicators of the population's health. Taken every five years, it surveys households and the individuals that make them up, and collects data on health, lifestyles and the use of health services, and it is standardised and comparable with the 18 countries of the European Union.

The Spanish edition was carried out during the April 2009 / March 2010 period by the National Statistics Institute (www.ine.es) in collaboration with the Ministry of Health, Social Policy and Equality. The survey universe is composed of persons residing in main family dwellings, and the information units collected are the family dwelling, the home, and household members⁶. The household questionnaire contains basic demographic characteristics (household structure) and the characteristics of each of its members (date of birth, sex, relationship to the household reference person, current situation in relation to economic activity, source of income and level of income). Finally, within each household an adult (aged 16 or older) was selected who responded to the questions in the individual questionnaire, which, apart from educational and occupational information, inclu-

ded a set of questions on health (www.ine.es). For the statistical analysis of this research a single file was built by merging the adult persons' file, and the households' file (including 57,839 people from 22,188 households) using the household and individuals' identification numbers. This ensured the possibility of using both household information and the information on the individual variables.

Only people aged between 25 and 64 were selected for the study, in order to move away from the extreme cases on the age boundaries, in which marital breakup only occurs in a minority of cases. As the study progressed, from the range of indicators provided by the survey that can be used to assess the population's health, the study became focused on subjective health (self-reported health generally, and in the last 12 months) and the diagnosis of chronic anxiety and depression.

To address our hypothesis, the two most relevant pieces of information available were marital status and the cohabitation status of the couple at the time of the survey. Marital status allowed us to identify people who have been part of a legal marital breakup through separation and / or divorce, since both result in a change of marital status. However, marital status did not allow us to identify people who have undergone a separation from a non-marital union. Data on cohabitation status allowed us to identify people who live together, regardless of their marital status. However, given the increase in (non-married) consensual unions in Spain, there is an increasing number of people whose marital status is widow / widower, separated, divorced, or single who are living in a consensual union. The number of de facto breakups in marital unions has also increased. In these, the 'married' status remains even when, after a de facto marital separation, those involved establish a new cohabitation relationship. For this reason, we have created a variable that responds to these

vey 2009, Fertility Survey and Values in 21st century Spain, Death Statistics Bulletin, Suicide Statistics in Spain, Time Use Survey, Health and Sexual Habits Survey, Survey on Disabilities, Impairments and Health Condition, Continuing Family Expenditure Survey, Labour Force Survey (Balance between Work and Family Life Module). (*Encuesta de Condiciones de Vida, Encuesta Nacional de Salud, Encuesta Europea de Salud 2009, Encuesta de Fecundidad y Valores en la España del Siglo XXI, Boletín Estadístico de Defunción, Estadísticas de Suicidio en España, Encuesta de Empleo del Tiempo, Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, Encuesta Continua de Presupuestos Familiares, Encuesta de la Población Activa (Módulo sobre Conciliación entre la Vida Laboral y Familiar)*).

⁶ For an outline of the concepts and definitions see www.ine.es

social changes, through the combination (or interaction) between marital status and cohabitation status⁷.

Firstly, the differences in health between different marital statuses were analysed, as well as the different situations that result from the interaction between marital status and cohabitation status. In this way it was possible to discern whether divorced or separated individuals who do not live as a couple suffer from poorer health and, therefore, whether cohabitation protects against health problems.

Different logistic regressions⁸ were performed to estimate the odd ratio between the probability or not of suffering from poor health for each dichotomous dependent variable: 1) fair to very poor self-perceived general health, 2) fair to very poor self-perceived health in the last 12 months, 3) suffering from chronic anxiety, and 4) suffering from chronic depression. Table 1 shows the distribution for men and women in the survey by marital status and cohabitation status, identifying whether they suffer or not from the health problems under study in this paper.

RESULTS

Self-perceived health is the subject of the first logistic regressions (Table 2). The models were built with the intention of displaying the factors influencing state of health ranging from fair to very poor, in the past 12

months. In the first models (A and B) sex, age and the interaction between cohabitation status and marital status were included, but education level and employment status were omitted. The most relevant results in these models are: 1) women have a higher risk of reporting poorer health compared to men (robust coefficient), 2) with age, people report poorer health, 3) married people report better health when compared with the other interactions between marital status and the status of domestic partnership, and 4) being separated or divorced or not living with a partner is not a situation which involves a worse overall state of health.

No major differences between self-perceived health over the last twelve months and self-perceived health in general were seen. Age, the resulting group of the combination of marital status, cohabitation status and, as we shall see, employment status and education, equally influence both forms of reporting on state of health (A, B, C and D models - self-perceived health over the last twelve months, and self-perceived health in general, Table 2).

However, a revealing result was that the general state of health differs greatly between men and women, as well as the factors that influence it, especially when considering the effect of age and the situations that result from a combination of marital and cohabitation status.

Of special importance was the effect of age when educational level and employment status were introduced. Amongst men, age became less important as a factor in poor health, while the effect was reversed for women: younger women (reference group) showed an increased risk of reporting their health as being between fair and very poor. Everything seems to suggest that younger women have the highest risks, due to the fact that the effect of education and occupation does not seem to protect them in the same way as it protects those who are older. Inac-

⁷ As this is the statement of marital status, people who reported that their marital status was 'married' who were not living with a partner were included in the same group as people who are separated and divorced and who were not living with a partner.

⁸ It was found that there is no collinearity between the explanatory variables by calculating the bivariate correlations between, on the one hand, sex, age, education, marital status and employment status, and at second stage, sex, age, education, employment status and the variable resulting from the combination of marital and domestic partnership status. The results obtained are far from collinearity values (> 0.7).

TABLE 1. Distribution of men and women by marital status and cohabitation status, according to whether or not they suffer from chronic depression or anxiety, and whether their self-perceived state of health is fair to very poor.

MARITAL AND COHABITATION STATUS		MEN		WOMEN		TOTAL		
		NO	YES	NO	YES	NO	YES	
CHRONIC DEPRESSION	SINGLE PEOPLE LIVING ALONE	NO	2,450	95.7%	2,131	92.9%	4,581	94.3%
		YES	111	4.3%	164	7.1%	275	5.7%
	MARRIED PEOPLE	NO	5,546	95.7%	5,255	89.2%	10,801	92.4%
		YES	248	4.3%	636	10.8%	884	7.6%
	SEPARATED/DIVORCED PEOPLE WHO DO NOT LIVE WITH A PARTNER	NO	526	91.3%	737	80.8%	1,263	84.9%
		YES	50	8.7%	175	19.2%	225	15.1%
	WIDOWED PEOPLE WHO DO NOT LIVE WITH A PARTNER	NO	432	91.9%	1,828	77.9%	2,260	80.3%
		YES	38	8.1%	518	22.1%	556	19.7%
	CONSENSUAL RELATIONSHIPS	NO	616	96.7%	642	93.6%	1,258	95.1%
		YES	21	3.3%	44	6.4%	65	4.9%
TOTAL		NO	8,954	95.2%	9,951	87.0%	18,905	90.7%
	YES	447	4.8%	1,493	13.0%	1,940	9.3%	
CHRONIC ANXIETY	SINGLE PEOPLE LIVING ALONE	NO	2,435	95.1%	2,084	90.7%	4,519	93.0%
		YES	126	4.9%	214	9.3%	340	7.0%
	MARRIED PEOPLE	NO	5,516	95.2%	5,153	87.5%	10,669	91.3%
		YES	278	4.8%	739	12.5%	1,017	8.7%
	SEPARATED/DIVORCED PEOPLE WHO DO NOT LIVE WITH A PARTNER	NO	538	93.4%	740	81.1%	1,278	85.8%
		YES	38	6.6%	173	18.9%	211	14.2%
	WIDOWED PEOPLE WHO DO NOT LIVE WITH A PARTNER	NO	441	93.8%	1,961	83.6%	2,402	85.3%
		YES	29	6.2%	385	16.4%	414	14.7%
	CONSENSUAL RELATIONSHIPS	NO	604	94.8%	625	91.0%	1,229	92.8%
		YES	33	5.2%	62	9.0%	95	7.2%

TOTAL		NO	8,930	95.0%	9,938	86.8%	18,868	90.5%
		YES	471	5.0%	1,511	13.2%	1,982	9.5%
	SINGLE PEOPLE LIVING ALONE	NO	2,145	83.7%	1,826	79.4%	3,971	81.7%
		YES	418	16.3%	473	20.6%	891	18.3%
	MARRIED PEOPLE	NO	4,256	73.4%	3,946	66.9%	8,202	70.1%
		YES	1,543	26.6%	1,948	33.1%	3,491	29.9%
	SEPARATED/DIVORCED PEOPLE WHO DO NOT LIVE WITH A PARTNER	NO	411	71.4%	636	69.7%	1,047	70.3%
		YES	165	28.6%	277	30.3%	442	29.7%
	WIDOWED PEOPLE WHO DO NOT LIVE WITH A PARTNER	NO	224	47.7%	895	38.1%	1,119	39.7%
		YES	246	52.3%	1,455	61.9%	1,701	60.3%
	CONSENSUAL RELATIONSHIPS	NO	542	85.1%	559	81.4%	1,101	83.2%
		YES	95	14.9%	128	18.6%	223	16.8%
TOTAL		NO	7,036	74.8%	7,303	63.7%	14,339	68.7%
		YES	2,372	25.2%	4,153	36.3%	6,525	31.3%
	SINGLE PEOPLE LIVING ALONE	NO	2,078	81.1%	1,743	75.8%	3,821	78.6%
		YES	485	18.9%	556	24.2%	1,041	21.4%
	MARRIED PEOPLE	NO	4,095	70.6%	3,730	63.3%	7,825	66.9%
		YES	1,704	29.4%	2,164	36.7%	3,868	33.1%
	SEPARATED/DIVORCED PEOPLE WHO DO NOT LIVE WITH A PARTNER	NO	397	68.9%	595	65.2%	992	66.6%
		YES	179	31.1%	318	34.8%	497	33.4%
	WIDOWED PEOPLE WHO DO NOT LIVE WITH A PARTNER	NO	210	44.7%	842	35.8%	1,052	37.3%
		YES	260	55.3%	1,508	64.2%	1,768	62.7%
	CONSENSUAL RELATIONSHIPS	NO	523	82.1%	536	78.0%	1,059	80.0%
		YES	114	17.9%	151	22.0%	265	20.0%
TOTAL		NO	6,780	72.1%	6,910	60.3%	13,690	65.6%
		Sí	2,628	27.9%	4,546	39.7%	7,174	34.4%

Source: Spanish sample for the European Health Interview Survey, 2009-2010. Adults between 25 and 64 years old.

TABLE 2. Effects of risk factors on self-perceived health. Logistic regression models for men and women.

	Self-perceived health (women and men together)		Self-perceived health, from fair to very poor (last 12 months)				Self-perceived health, from fair to very poor (in general)			
	A.		B.		C.		D.			
	Last 12 months	Health in (general)	C1 Man	C2 Woman	D1 Man	D2 Woman				
	Exp(?)	Sig.	Exp(?)	Sig.	Exp(?)	Sig.	Exp(?)	Sig.	Exp(?)	Sig.
MAN	0.691	***	0.703	***						
Ref. WOMAN										
Ref. AGE 25 To 34 YEAR OLD										
AGE 35 TO 44 YEARS	1.450	***	1.580	***	1.110	0.639	***	0.980	0.589	***
AGE 45 TO 54 YEARS	2.555	***	3.216	***	1.715	0.840	***	1.706	0.866	**
AGE 55 TO 64 YEARS	5.022	***	6.741	***	1.768	1.040	***	1.817	1.070	
Ref. Educational Level: PRIMARY AND NO EDUCATION										
SECONDARY					2.411	3.343	***	2.687	4.089	***
UNIVERSITY					1.382	1.604	***	1.441	1.761	***
Ref. UNEMPLOYED										
INACTIVITY					3.608	1.753	***	3.758	1.970	***
IN EMPLOYMENT					0.671	0.726	***	0.640	0.733	***

Ref. MARRIED LIVING WITH SPOUSE											
SINGLE MEN AND WOMEN LIVING ALONE	1.211	***	1.252	***	0.930		1.024		0.911		1.044
SEPARATED, DIVORCED AND MARRIED PEOPLE WHO DO NOT LIVE WITH A PARTNER	1.154	**	1.156	**	1.110		1.288	***	1.151		1.294
WIDOWED PEOPLE LIVING ALONE	1.323	***	1.356	***	1.289	**	1.434	***	1.249	**	1.445
IN A CONSENSUAL RELATIONSHIP (single, separated, widowed)	1.118		1.211	**	0.985		0.795	**	0.922		0.849
Constant	0.163	***	0.106	***	0.139	***	0.266	***	0.111	***	0.178
-2 log-likelihood	15,288		13,851		9,524.1		13,144		8,865.2		12,432
Cox-Snell R squared	0.067		0.078		0.160		0.174		0.174		0.200
R cuadrado Nagelkerke = Nagelkerke R squared	0.099		0.121		0.228		0.235		0.254		0.273
Population	20,551		20,551		9,221		11,330		9,221		11,330
Number of cases and percentage	7,298	36%	7,036	34%	2,688	29%	4,610	41%	2,426	26%	4,220
											37%

Significance: * 0.9; ** ≥ 0.95; *** ≥ 0.99

tivity (the main factor in health deterioration) contributed to self-perceived poor health for men and women much more than unemployment status.

However, apart from the effect of age, gender differences are more substantial in the interaction between cohabitation status and marital status. Amongst men (Table 2, models C1 and D1), widowers living alone have the highest probability of reporting their health as poor. Women (Table 2, Model C2 and D2), however, show a different pattern, whereby widows who live alone have the highest risk of showing worse self-perceived state of health, followed by separated/divorced women who live alone. Thus, gender inequality does have an effect, to the extent that for women, the consequences of separation and divorce have an impact on the deterioration of self-perceived health.

Chronic anxiety and depression seem to have greater importance in the study of different health levels of separated and divorced people. Table 3 presents the results of the regression analysis carried out to estimate the risk of suffering from chronic anxiety and depression⁹. Models A and B were performed for both sexes together. Compared with women, men were shown to have a lower risk (less than half) of suffering from both chronic anxiety and depression. The effect of age differs between the two pathologies and, with age, the risk of depression increases much more than the risk of suffering from anxiety. Finally, the interaction between marital status and cohabitation status is also found to be an important factor. In fact, separated / divorced people and widows who do not live with a partner are those who face a higher risk of chronic anxiety and depression compared to married people, although it is in chronic de-

pression where the greatest differences occur.

C and D models (Table 3), estimated for men (C1a, C2a, D1a and D2a) and women (C1b, C2b, D1b and D2b) separately, show the risk of chronic anxiety and depression respectively. While in the C1 and D1 models marital status is included, in the C2 and D2 models marital status is replaced by the different situations resulting from the interaction of cohabitation status and marital status. Chronic anxiety does not affect divorced/separated men more: neither the different marital statuses nor how they interact with cohabitation status explain the greater risks of suffering those mental illnesses (models C1 a and C2 a). However, age, education and employment status are important factors in this diagnosis. Men between 35 and 44 years old, those who are unemployed and those who have up to primary level education were found to have the greatest risks of suffering from chronic anxiety.

However, chronic depression does affect divorced and separated men more (D1a and D2a models), both when the effect of marital status is taken into account, and with the interaction of marital status and cohabitation status. Evidence shows that the risk of chronic depression is twice as high amongst separated / divorced men who live alone, compared with married men.

Separated and divorced women were found to be most at risk from suffering chronic anxiety (Table 3, C1 and C2 b models). Women also have a different pattern in the risks of suffering from chronic anxiety, compared to the risks of suffering from chronic depression, in that the risks are very similar amongst men and women. It is not only separated / divorced women who live alone that have the highest risk of suffering from chronic anxiety, but they also have the greatest risk of suffering from chronic depression. Age (with the youngest showing the lowest risk), education levels (women with higher

⁹ It needs to be remembered that, in the Health Survey, respondents who suffered from these mental illnesses answered those questions in the affirmative when they had a medical diagnosis.

levels of education face lower risks) and employment status (being unemployed has the highest risk) are important factors, but they do not overshadow the effect of marital status and cohabitation status.

These results confirm many of the expectations expressed in our hypotheses. In agreement with our first hypothesis, the marital status of being separated or divorced is associated with worse mental health: greater risks of suffering from chronic anxiety or depression. Marital status by itself was also found to be important in self-perceived health. Although the results have not been presented, models conducted previously have shown marital status to be relevant, without taking into account cohabitation in terms of self-perceived health¹⁰. However, according to our second hypothesis, the results also suggest that living with a partner (interaction between marital status and cohabitation status) decreases the risk of poorer mental health (anxiety and depression) and of reporting poorer health in general. Finally, except in self-perceived health, separated or divorced people who do not cohabit showed the greatest risk of being in poor health. This is true for both men and women when looking at the risks of chronic depression, while neither cohabitation nor marital status seems to be a factor in chronic anxiety for men.

This difference between men and women also confirms hypothesis 3a, in that women, generally, suffer from worse health than men; in particular, divorced/separated women who do not live with a partner in comparison with men in the same situation. Furthermore, according to hypothesis 3b, depictions of self-perceived health and chronic anxiety and depression differ substantially for men and

women. This is suggested by the pattern that emerges from the explanatory factors used in the regressions for each sex, as well as from the various dependent factors: compared to women, men showed lower risk (less than half) of suffering from chronic anxiety and depression. The most important is perhaps that, amongst men, the interaction of these factors with cohabitation status does not explain a higher risk of suffering from chronic anxiety, whereas it does amongst women. Separated and divorced people have the greatest risks of suffering from chronic depression, although women more than men.

DISCUSSION

The relationship between the breakup of a union and the worsening of health has been widely dealt with in various studies, such as those mentioned at the start of this paper. Authors such as Williams and Umberson (2004), from the perspective of life courses and using longitudinal data, found that the tensions that occur with the dissolution of marriage undermine the self-perceived health of men, but not of women, and that the consequences increase with age and diminish as time passes from the time of the breakup. Our models, using cross-sectional data, showed the opposite: that women report a worse perception of their health in general and of their health in the last 12 months. It is necessary to remark here that the date of the breakup was not available for our analysis, which made it difficult to fine-tune statements about the effects of the passing of time. It is worth remembering that in the specialist literature there is some consensus that the subjective perception of health is influenced by the state of health at the time of the questionnaire, especially the ability to perform activities that are important for the individual (Naughton and Shumaker, 2010). It therefore cannot be ruled out that the small difference in the results for both questions

¹⁰ Although separated/divorced people were found to be highly at risk, it was widows and widowers who were found to be most at risk.

TABLE 3. Effects of risk factors on chronic anxiety and depression. Logistic regression models for men and women.

	A. CHRONIC ANXIETY (SEX)		B. CHRONIC DEPRESSION (SEX)		C. SUFRIR CHRONIC ANXIETY						D. SUFRIR CHRONIC DEPRESSION							
	C1 a and b MODELS		C2 a and b MODELS		C1 a and b MODELS		C2 a and b MODELS		D1 a and b MODELS		D2 a and b MODELS		D1 a and b MODELS		D2 a and b MODELS			
	MAN	WOMAN	MAN	WOMAN	MAN	WOMAN	MAN	WOMAN	MAN	WOMAN	MAN	WOMAN	MAN	WOMAN	MAN	WOMAN		
Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	Exp(β)	Sig.	
Ref. WOMAN	0.404	***	0.423	***														
Ref. MARRIED																		
SEPARATED AND DIVORCED					1.169	1.922	***			2.371	2.435	***						
WIDOWED					1.042	1.326	**			1.240	1.761	***						
SINGLE					1.166	1.313	***			1.567	1.479	***						
Ref. AGE 25 TO 34 AÑOS																		
AGE 35 TO 44 YEARS OLD	1.629	***	1.705	***	1.485	1.779	***	1.497	**	1.766	1.830	***	1.662	**	1.681	**	1.827	***
AGE 45 TO 54 YEARS OLD	1.867	***	2.532	***	1.318	1.921	***	1.337		1.888	2.322	***	2.119	***	2.149	***	2.279	***
AGE 55 TO 64 YEARS OLD	2.829	***	4.209	***	1.063	2.415	***	1.068		2.359	2.850	***	1.884	***	1.906	***	2.751	***
Ref. Educational Level: PRIMARY AND NO EDUCATION																		
SECONDARY			0.800	*	0.761	***	0.798	*	0.759	***	0.610	***	0.618	***	0.576	***	0.576	***
UNIVERSITY			0.702	**	0.495	***	0.700	**	0.492	***	0.665	***	0.670	**	0.357	***	0.357	***
Ref. situación laboral: UNEMPLOYED																		
INACTIVITY			0.242	***	0.581	***	0.239	***	0.582	***	0.196	***	0.201	***	0.481	***	0.481	***
IN EMPLOYMENT			0.426	***	0.979		0.429	***	0.980		0.468	***	0.476	***	1.058	***	1.058	***

(general state of health and state of health over the last twelve months) may be due to a response bias.

Living with a partner is, as seen in the previous section, of great importance, since differences in health are given not only by marital status but by the interaction between the two variables. Thus, our research reinforces the conclusions already obtained by various studies concerned with the beneficial effect of unions, and the improvement of the physical and emotional well-being after the transition to living with a new partner, as opposed to people who remain living alone (Colman *et al*, 2008 and 2010; Dupre and Meadows, 2007; Hughes and Waite, 2009).

Regarding the type of most common diseases among those who have gone through a relationship breakup, most studies emphasise the impact that divorce or separation have on the emotional and mental health of those involved. Barstad (2008), Garriga and Kiernan (2010) and Symoens and Bracke (2010) argue that a breakup, both in marriage and in cohabitation, increases problems of depression and anxiety. Similarly, Berninger and her colleagues (2011) indicate that there is an increased risk of frustration and emotional problems following the breakdown of a couple. In our study, we have seen the importance of including the interaction between marital status and cohabitation status to better observe the effect of the union breakup on the health of those involved. However, the most significant aspect is the contribution made by these results to the gender perspective. As maintained by authors such as Kalmijn and Monden (2006), divorce leads to greater depression symptoms in women, but also, according to the models calculated for men and women separately, men and women show different pathologies. Regarding chronic depression, our results confirm the above conclusions for both men and women, and add new evidence regarding gender differences regarding the risk of suffering from chronic anxiety.

Gender differences in mental pathologies associated with the breakup of a union can be explained from two non-exclusive arguments. The first concerns the possibility of a different reaction from men and women—depression for men, and anxiety for women—to the same traumatic event, given that the socially appropriate traits for male and female play a fundamental role in the formation and organisation of subjectivity (Mingote, 2000). The second highlights the differences in the diagnosis of women and men, in that diagnoses of depression or anxiety are more prevalent amongst women (Narrow, 2009); in addition, it has been found that when the same pathologies or symptoms arise, men tend to be explored more in depth, and women are more likely to be prescribed anxiolytics and anti-depressants (Ruiz and Verdú, 2004).

In our case we have used a different diagnosis of the separated / divorced Spanish population, and this may be related to the possible protective role of marriage for men, as reported by Williams and Umberson (2004). In this way, the breakup of a couple could generate in men increased symptoms of depression, due to the loss of protection involved¹¹, while women may be suffering from more anxiety and depression because of the obstacles they have to deal with (higher employment and economic difficulties, problems to balance work and family life, etc.).

The data we have worked with present several limitations. The inability to obtain information about the duration of the couple's relationship, the quality of the relationship and the time since the breakup is problematic, as all these variables are of great importance in the study of the effects of divorce on health. Nor, as has been said above, do we

¹¹ Given the different gender roles in many couples, in which women are traditionally the care providers through the role of "loving wife", whilst men are the providers of income, according to the role of the "male breadwinner."

have data from before the breakup, which makes it difficult to determine the direction of the relationship between divorce and health; in addition to the breakup of a union influencing the health of those involved, the health of the members of a married or an unmarried, cohabitating couple, influences their quality and risks of breakup. However, the results are solid and contribute to the advancement of knowledge about the impact of marital breakup on health.

By way of conclusion

The study was conducted on the relationship between health and divorce, using data from the European Health Interview Survey for the year 2009/2010 in Spain. It supports the general hypothesis of the research: that separated / divorced men have a higher risk of suffering from chronic depression than other men, and that separated / divorced women show greater risks of suffering from both chronic anxiety and chronic depression. The results are also convincing with regard to the beneficial effect of living with a partner, a situation that attenuates ill health in all of the pathologies studied. The key, then, is not marital status per se, but is found in the interaction between marital status and cohabitation status. Therefore it seems appropriate to say that living with a new partner after the dissolution of marriage preserves the health of the people involved.

Our results are in line with what was suggested by McDonough and Waters (2001). The apparent increased vulnerability of women cannot be explained solely by the breakup, but it results from different life paths for men and women. By including the variables of education and current employment status, our results also suggest that differences in life paths between men and women become essential factors in understanding the relationship between health and divorce. Gender differences were observed in the health patterns of the divorced population,

which could be due to the different way that men and women confront and / or conceive of the breakup process; or it could be that health problems are expressed differently by men and women; or that medical diagnoses are different depending on the sex of the patient; or even a combination of all three factors at once (Narrow, 2009; Ruiz and Verdú, 2004). Consequently, we need to develop this area of research with special emphasis on the causes that explain the different pathologies of men and women, especially at a time when divorce and marital breakups have generally become normalised in life courses.

This study also highlights the need to improve data collection in studies on the relationship between health and divorce. Given the growing importance of breakups in unions in the context of family transformations, it is suggested that longitudinal surveys would need to be designed, and cross-sectional ones would require improvement. In the latter case, it must be emphasised that the collection of the date of the breakup of the previous union (regardless of the marital status), as well as the starting date of the current union, if any, would greatly improve the quality of our research.

BIBLIOGRAPHY

- Aassve, Arnstein; Betti, Gianni; Mazzucco, Stefano and Mencarini, Letizia (2007). «Marital Disruption and Economic Well-Being: A Comparative Analysis». *Journal of the Royal Statistical Society Series A (Statistics in Society)*, 170(3): 781-799.
- Amato, Paul R. (2000). «The Consequences of Divorce for Adults and Children». *Journal of Marriage and Family*, 62(4): 1269-1287.
- Amato, Paul R. and Rogers, Stacy J. (1997). «A Longitudinal Study of Marital Problems and Subsequent Divorce». *Journal of Marriage and Family*, 59(3): 612-624.
- Andreß, Hans-Jürgen and Bröckel, Miriam (2007). «Marital Disruption in Germany: Does the Conservative Welfare State Care? Changes in Mate-

- rial Well-being and the Effects of Private and Public Transfers». *Schmollers Jahrbuch: Journal of Applied Social Science Studies*, 127(2): 193-226.
- Andreß, Hans-Jürgen and Hummelsheim, Dina (2009). *When Marriage Ends: Economic and Social Consequences of Partnership Dissolution*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Artazcoz, Lucía; Cortés, Imma; Borrell, Carme; Escribà-Agüir, Vicenta and Cascant, Lorena (2011). «Social Inequalities in the Association between Partner/marital Status and Health among Workers in Spain». *Social Science and Medicine*, 72(4): 600-607.
- Barstad, Anders (2008). «Leaving a Marriage or Cohabiting Relationship: What Are the Emotional Costs?». Paper presented at Sixth Meeting of the European Network for the Sociological and Demographic Study of Divorce. Oslo.
- Bernardi, Fabrizio and Martínez-Pastor, Juan-Ignacio (2011). «Divorce Risk Factors and their Variations over Time in Spain». *Demographic Research*, 24(31): 771-800. [http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol24/31/DOI: 10.4054/DemRes.2011.24.31](http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol24/31/DOI:10.4054/DemRes.2011.24.31)
- Berninger, Ina; Weiß, Bernd and Wagner, Michael (2011). «On the Links between Employment, Partnership Quality, and the Intention to Have a First Child: The Case of West Germany». *Demographic Research*, 24(24): 579-610. <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol24/24/>
- Cleek, Margaret Guminski and Pearson, T. Allan (1985). «Perceived Causes of Divorce: An Analysis of Interrelationships». *Journal of Marriage and the Family*, 47(1): 179-183.
- Clingempeel, W. G.; Flescher, M. and Brand, E. (1987). «Research on Step-families: Paradigmatic Constrains and Alternatives Proposals». In: Vincent, J. P. (ed.). *Advances in Family Intervention: Assessment and Theory*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Coleman, Marilyn; Ganong, Lawrence and Fine, Mark (2000). «Reinvestigating Remarriage: Another Decade of Progress». *Journal of Marriage and the Family*, 62(4): 1288-1307.
- Colman, Elien; Symoens, Sara and Bracke, Piet (2010). «Differences in Health Care Use among the Divorced and the Married: Are they Need-based?». Paper presented at *Eighth Meeting of European Network for the Sociological and Demographic Studies of Divorce*, Valencia, 14-16 october.
- Colman, Elien; Van Praag, Lore and Bracke, Piet (2008). «Differences in Mental Health Service Consumption between the Divorced and the Married». Paper presented at *Sixth Meeting of European Network for the Sociological and Demographic Studies of Divorce*, 18-19 september, Statistics Norway y Departamento de Sociología de la Universidad de Oslo. <http://folk.uio.no/torkildl/divnet/Papers/Col-man.pdf>.
- Conger, R. D.; Rueter, M. A. and Elder, G. H., Jr. (1999). «Couple Resilience to Economic Pressure». *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1): 54-71.
- Connell, Raewyn (2012). «Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective». *Social Science and Medicine*, 74(11): 1675-1683.
- Courtenay, Will H. (2000). «Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-being: A Theory of Gender and Health». *Social Science and Medicine*, 50(10): 1385-1401.
- Davia, María A. and Hernanz, Virginia (2004). «Temporary Employment and Segmentation in the Spanish Labour Market: An Empirical Analysis through the Study of Wage Differentials». *Spanish Economic Review*, 6(4): 291-318.
- Delgado, Margarita (ed.) (2007). *Encuesta de fecundidad, familia y valores 2006*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Delgado, Margarita and Castro, Teresa (1995). *Encuesta de fecundidad y familia 1995 (FFS)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Dupre, Matthew E. and Meadows, Sarah O. (2007). «Disaggregating the Effects of Marital Trajectories on Health». *Journal of Family Issues*, 28(5): 623-652.
- Elstad, Jon Ivar (1998). «The Psycho-social Perspective on Social Inequalities in Health». *The Sociology of Health Inequalities*, 20(5): 39-58.
- Escobar, Miguel Ángel; Botigué, Teresa; Jürschik, Pilar; Nuin, Carmen and Blanco, Joan (2013). «Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género». *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 48(2): 59-64.
- Flaquer, Lluís (2000). *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació La Caixa.

- Garriga, Anna and Kiernan, Kathleen (2010). «Depression, Partnership Quality and Partnership Breakdown». Paper presented at al *Eighth Meeting of European Network for the Sociological and Demographic Studies of Divorce*, Valencia, 14-16 october.
- Ghåler, Michael (2006). «To Divorce is to Die a Bit...: A Longitudinal Study of Marital Distruption and Psychological Distress Among Swedish Women and Men». *The Family Journal*, 14: 372-382.
- Hafen, Brent Q.; Karren, Keith J.; Frandsen, Kat J. and Smith, N. Lee (1996). *Mind/body Health: The Effects of Attitudes, Emotions, and Relationships*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hooper, John (1995). *The New Spaniards*. London: Penguin Books.
- Horowitz, Allan V.; White, Helene Raskin and Howell-White, Sandra (1996). «Becoming Married and Mental Health: A Longitudinal Study of a Cohort of Young Adults». *Journal of Marriage and Family*, 58(4): 895-907.
- Houle, René; Simó, Carles; Solsona, Montse and Treviño, Rocío (1999). «Análisis biográfico del divorcio en España». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 88: 11-35.
- Hughes, Mary Elizabet and Waite, Linda J. (2009). «Marital Biography and Health at Mid-life». *Journal of Health and Social Behavior*, 50(3): 344-358.
- Iglesias de Ussel, Julio (1998). *La familia y el cambio político en España*. Madrid: Tecnos.
- Kalmijn, Matthijs (2010). «Country Differences in the Effects of Divorce on Well-Being: The Role of Norms, Support, and Selectivity». *European Sociological Review*, 26(4): 475-490.
- Kalmijn, Matthijs and Monden, Christiaan (2004). «Are there Positive Effects of Divorce on Health? Reconsidering the Role of Marital Quality». *3rd Conference of European Research Network on Divorce*, Colonia, 2-4 december.
- Kalmijn, Matthijs and Monden, Christiaan (2006). «Are the Negative Effects of Divorce on Well-being Dependent on Marital Quality?». *Journal of Marriage and Family*, 68(5): 1197-1213.
- Kposowa, Augustine J. (2000). «Marital Status and Suicide in the National Longitudinal Mortality Study». *J. Epidemiol. Community Health*, 54(4): 254-261.
- Lamb, Kathleen A.; Lee, Gary R. and DeMaris, Alfred (2003). «Union Formation and Depression: Selection and Relationship Effects». *Journal of Marriage and Family*, 65(4): 953-962. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00953.x>
- Lund, Rikke; Due, Pernille; Modvig, Jens; Holstein, Bjørn Evald; Damsgaard, Mogens Trab and Andersen, Kragh (2002). «Cohabitation and Marital Status as Predictors of Mortality: An Eight Year Follow-up Study». *Social Science and Medicine*, 55(4): 673-679.
- Lynch, James (1977). *The Broken Heart: The Medical Consequences of Loneliness*. New York: Basic Books, Inc.
- Määttäa, Kaarina (2011). «The Throes and Relief of Divorce». *Journal of Divorce and Remarriage*, 52(6): 415-434.
- McDonough, Peggy and Walters, Vivienne (2001). «Gender and Health: Reassessing Patterns and Explanations». *Social Science and Medicine*, 52(4): 547-559.
- Meadows, Sarah O.; McLanahan, Sara and Brooks-Gunn, Jeanne (2008). «Stability and Change in Family Structure and Maternal Health Trajectories». *American Sociological Review*, 73(2): 314-334.
- Mingote, Carlos (2000). «Semejanzas y diferencias entre hombres y mujeres». In: Mingote, C. and López-Doriga, B. (eds.). *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Mirowsky, John and Ross, Catherine E. (1995). «Sex Differences in Distress: Real or Artifact?». *American Sociological Review*, 60(3): 449-468.
- Morán, Gloria M. (1995). «The Spanish System of Church and State». *The Brigham Young University Law Review*, 2: 535-553.
- Morrell, Robert (2001). «The Times of Change: Men and Masculinity in South Africa». In: Morrell, R. (ed.). *Changing Men in Southern Africa*. London: Zed Books.
- Narrow, William E.; First, Michael B.; Sirovatka, Paul J. and Regier, Darrel A. (2009). *Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Naughton, Michelle J. and Shumaker, Sally A. (2010). «Assessment of Health-Related Quality of Life». In: Friedman, L.; Furberg, C. and DeMets, L. (eds.). *Fundamentals of Clinical Trials*. New York: Springer.
- O'Neil, Mary Kay; Lancee, William J. and Freemann, Stanley J. J. (1985). «Sex Differences in Depres-

- sed University Students». *Social Psychiatry*, 20(4): 186-190.
- Pearlin, Leonard I. and Johnson, Joyce S. (1977). «Marital Status, Life-strains, and Depression». *American Sociological Review*, 42(5): 704-715.
- Peterson, Richard R. (1996). «A Re-Evaluation of the Economic Consequences of Divorce». *American Sociological Review*, 61(3): 528-536.
- Potts, Maily K.; Burnam, M. Audrey and Wells, Kenneth B. (1991). «Gender Differences in Depression Detection: A Comparison of Clinician Diagnosis and Standardised Assessment». *Psychological Assessment*, 3(4): 609-615.
- Prigerson, Holly G.; Maciejewski, Paul K. and Rosenheck, Robert A. (1999). «The Effects of Marital Dissolution and Marital Quality on Health and Health Service Use Among Women». *Medical Care*, 37(9): 858-873.
- Ruiz Cantero, María Teresa and Verdú Delgado, María (2004). «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico». *Gaceta Sanitaria*, 18(1): 118-125.
- Rutter, Michael (1987). «Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms». *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3): 316-331.
- Shapiro, Adam. and Keyes, Corey Lee M. (2008). «Marital Status and Social Well-being: Are the Married Always better off?». *Social Indicators Research*, 88(2): 329-346.
- Simó, Carles (2006). «Hard Hard Choices: Can Spanish Women Reconcile Job and Family?». In: Blossfeld, H. P. and Hofmeister, H. A. (eds.). *Globalization, Uncertainty, and Women's Careers: An International Comparison*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Simó, Carles; Hernández, Andrea; Rodríguez, David and Soler, Víctor (2013). «Trayectorias post-divorcio. El impacto en el bienestar y en la salud». Paper presented at *XI Congreso Español de Sociología*, 10-12 July, Universidad Complutense de Madrid. <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/1403.pdf>
- Simó, Carles and Solsona, Montse (2003). «Importancia de la participación laboral como determinante del divorcio en España». *Papeles de Geografía*, 37: 245-259.
- Simó, Carles and Solsona, Montse (2010). «El registro estadístico de las rupturas de unión en España. Evaluación e ideas para avanzar desde la demografía». *Papers. Revista de Sociología*, 95(3): 609-632.
- Simó, Carles; Spijker, Jeroen and Solsona, Montse (2009). «Atlas of Divorce and Post Divorce Indicators in Europe». Documento presentado en la vigésima sexta *Conferencia Internacional de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP)*, Marruecos.
- Simon, Robin W. (1998). «Assessing Sex Differences in Vulnerability among Employed Parents: The Importance of Marital Status». *Journal of Health and Social Behavior*, 39(1): 38-54.
- Simon, Robin W. (2002). «Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health». *American Journal of Sociology*, 107(4): 1065-1096.
- Simon, Robin W. and Marcussen, Kristen (1999). «Marital Transitions, Marital Beliefs, and Mental Health». *Journal of Health and Social Behavior*, 40(2): 111-125.
- Solsona, Montse (2009). «Narrar la propia biografía después de un divorcio: notas de un estudio cualitativo de interés para la demografía». *Estudios Geográficos*, 70/267: 633-660.
- Solsona, Montse (2011a). «Biografías de divorcio: cambios de estado borrosos y trayectorias». *Notas de población, CEPAL*, 93: 77-106.
- Solsona, Montse (2011b). «El divorcio como nudo biográfico. Una revisión de la literatura reciente desde la perspectiva de la vulnerabilidad post-divorcio». *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 57(1): 105-126.
- Solsona, Montse; Ferrer, Laia; Simó, Carles and MacInnes, John (2007). «Trayectorias familiares después del divorcio. Una revisión de las contribuciones recientes desde la demografía». *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 49: 217-234.
- Solsona, Montse and Simó, Carles (2007). «Evolución histórica del divorcio en España desde la aprobación de la ley de 1981 hasta la reforma de 2004». In: Cabré, A. and Miret, P. (eds.). *La constitución familiar en España*. Fundación BBVA.
- Spijker, Jeroen; Simó, Carles and Solsona, Montse (2012). «Post First-union Repartnering and Parenthood Patterns in late 20th Century Europe». *Papers de demografia*, 399.
- Strand, Anne Hege (2010). «Poverty Triggers in Norway and Britain: The Gendered Effect of Family and Employment Changes». Paper presented at *Eighth Meeting of European Network for the Sociological and Demographic Studies of Divorce*, Valencia, 14-16 October.

- Sweeney, M. M., 2010, «Remarriage and stepfamilies: Strategic sites for family scholarship in the 21st Century». *Journal of Marriage and Family*, 72: 667-684.
- Symoens, Sara and Bracke, Piet (2010). «Breaking up. How Specific Characteristics of the Divorce Process Interact with the Wellbeing of Expartners after Divorce». Paper presented at *Eighth Meeting of European Network for the Sociological and Demographic Studies of Divorce*, Valencia, 14-16 october.
- Uunk, Wilfred (2004). «The Economic Consequences of Divorce for Women in the European Union: The Impact of Welfare State Arrangements». *European Journal of Population*, 20: 251-285.
- Wallerstein, Judith S. and Blakeslee, Sandra (2003). *What about the Kids? Raising your Children before, during, and after Divorce*. New York: Hyperion.
- Wilkinson, Richard and Marmot, Michael (eds.) (1999). *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press.
- Williams, Kristi (2003). «Has the Future of Marriage Arrived? A Contemporary Examination of Gender, Marriage, and Psychological Well-being». *Journal of Health and Social Behavior*, 44(4): 470-487.
- Williams, K. and Umberson, D. (2004). «Marital Status, Marital Transitions, and Health: A Gendered Life Course Perspective». *Journal of Health and Social Behavior*, 45:81-98.
- Wu, Z. and Hart, R. (2002). «The Effects of Marital and Nonmarital Union Transition on Health». *Journal of Marriage and Family*, 64(2): 420-432.

RECEPTION: September 13, 2013

REVIEW: February 18, 2014

ACCEPTANCE: May 16, 2014

