

# AMOR ROMÁNTICO Y SALUD EN MUJERES ESPAÑOLAS

García Jiménez, María\*

## RESUMEN

En este trabajo se explora la relación del amor romántico en la salud percibida en una muestra de mujeres españolas y en su atribución del empeoramiento de la salud a una gran dedicación familiar-doméstica. Se esperaba encontrar que, a mayor aceptación de los mitos románticos, peor sería la salud percibida y mayor la atribución del empeoramiento de la salud a la sobrecarga familiar. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de salud y otro que medía la aceptación de los mitos sobre el amor romántico. Los resultados no mostraron relación entre los mitos y la salud, lo que podría indicar la posibilidad del efecto de otras variables. Tampoco se encontró relación entre los mitos y la atribución de una peor salud a una sobrecarga familiar, lo que podría indicar que la aceptación del amor romántico dificulta la toma de conciencia de las consecuencias asociadas a él.

## PALABRAS CLAVE

Salud, mujeres, sobrecarga familiar, mitos de amor romántico, roles de género.

## ABSTRACT

This paper explores the influence of myths acceptance about romantic love in Spanish women's perceived health and their attribution of deterioration of health due to a high family dedication. We expected that the more women accept the myths, the less health would be perceived by them. We also expected that the more women accept the myths, the more would be the attribution of worse health due to family dedication. Two scales have been used. The first scale assessed women's perceived health, the second one assessed the myths about romantic love. Findings did not show a relation between the myths acceptance and perceived health. This could be explained by the effects of other factors. Neither findings show relation between myths acceptance and a worse health attribution due to a great family dedication. This might show how the myths acceptance makes it difficult to become aware of associated consequences.

## KEYWORDS

Health, women, family dedication, romantic love, gender roles.

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, atribuir las diferencias de género en cuestiones de salud meramente a aspectos biológicos queda ya descartado, pues en los procesos de salud están involucrados multitud de factores socio-culturales que rodean a las personas y que van a modular sus estilos de vida (Martínez, 2003; Matud et al., 2010).

La salud ha sido, por excelencia, uno de los puntos de mira de la investigación. Sin embargo, el androcentrismo ha marcado siempre los estudios realizados (Castaño, Bolívar, Ruíz y Plazaola, 2006). Parece que en los últimos años se ha producido un incremento de estudios relacionados

---

\* Universidad de Sevilla, mgarciaj@us.es

con la salud y el género, aunque ello no garantiza que la perspectiva de género esté presente en dichas investigaciones. Y es que, siguiendo a Mari Luz Esteban (2003), en este tipo de investigaciones debe quedar claro el concepto de género como un concepto relacional, de manera que son las relaciones entre hombres y mujeres y la evolución de dichas relaciones lo que deberían ser objeto de análisis. Así, los resultados del trabajo de las autoras más arriba citadas (Castaño et al., 2006) muestran un auge de los temas de estudio en salud sexual y reproductiva que, en su mayoría, no incorpora el enfoque de género.

No debe obviarse que de la investigación en la salud de las mujeres dependerá la prevención y adecuado tratamiento a determinadas enfermedades, mejorando nuestro bienestar y calidad de vida. Poco a poco, la asistencia y atención sanitaria a mujeres va avanzando, un cambio que ha sido mucho más notable en los últimos años, al reconocer que mujeres y hombres tienen necesidades distintas y que su salud tiene factores de influencia diferentes para unas y para otros, lo que ha permitido grandes avances también en investigación (Ogburn, Voss y Espey, 2009).

Pero, ¿cuáles son los factores que modulan de manera diferencial la salud de hombres y mujeres? Siguiendo a María Pilar Matud et al. (2010), aunque las diferencias entre sexos no sean muy extremas en términos cuantitativos, sí podemos, atendiendo a otros trabajos, afirmar que existen a nivel cualitativo (e. g. Courtenay, 2000, Hegelson, 1994; cit. en Matud et al, 2010), pues una variable importante que explica las diferencias es, precisamente, la asignación de roles en función del género, muy comúnmente debido a la asignación a las mujeres del rol de amas de casa y cuidadoras de la familia y del hogar (Anson, Levenson & Bonneh, 1990). Concretamente, y sin obviar el papel de los factores biológicos, la salud de las mujeres se ve intercedida por la conceptualización del género en base a la socialización de unos roles y normas desiguales para mujeres y hombres que conlleva una normalización de la estructura patriarcal generando, por ejemplo, la violencia machista (Rohlf, Valls y Pérez, 2005).

No son pocos los trabajos dedicados a analizar la influencia de los roles de género, y más en concreto el rol de ama de casa y cuidadora, en la salud de las mujeres. Un trabajo particularmente interesante es el realizado por las autoras Ofra Anson et al. (1990), quienes estudiaron las comunidades Kibutz. Partiendo de la idea de que en éstas existe una ideología de igualdad de género y son facilitadoras de la emancipación de las mujeres, hipotetizaron que la salud entre mujeres y hombres sería similar en la medida en que el reparto de roles de género también lo es. Esto fue precisamente lo que mostraron los resultados, concluyendo que la ideología de emancipación de las mujeres y su participación en lo público, así como el hecho de que el cuidado de niños/as y personas dependientes pertenece a toda la comunidad, explicaría el buen estado de salud de las mujeres.

Otros trabajos muestran, en el mismo sentido, peor salud en las mujeres dedicadas al trabajo doméstico (Ferrer, Bosch y Gili, 1998; Artazcoz, Escribá-Agüir y Cortés, 2004) y que en muchas ocasiones empeora cuando se suma el trabajo laboral que realizan fuera de casa (Feldman, Vivas, Lugli, Zaragoza y Gómez, 2008). Además, según el Informe sobre Salud y Mujer en la Comunidad de Madrid (1994, cit. en Piqué, 2003), existe una relación entre el rol de ama de casa y los problemas de salud, pues aparece más sintomatología depresiva, acentuándose el estrés cuando, como decíamos antes, además trabajan fuera de casa, pues la inexistencia de corresponsabilidad en la familia y dificultad de conciliación para las mujeres se hace patente.

En 2010, Matud et al. estudiaron las posibles conexiones entre los roles de género y la salud entre mujeres y hombres, encontrando que las dimensiones de masculinidad y feminidad

parecían ser poco relevantes en la salud física, pero sí lo eran en lo que a salud mental se refería. En concreto, cuando las personas participantes, mostraban características de personalidad más cercanas a lo socialmente definido como masculinas, la salud mental era mejor, ocurriendo lo contrario cuando las características se ajustaban a lo socialmente considerado como femenino. Esta relación más negativa relativo a lo femenino frente a lo masculino confirma la relevancia del género y las características tradicionalmente asociadas a cada sexo en, al menos, la salud psicológica de las personas.

Susana Covas, Javier Maravall y Luis Bonino (2009) reflejan en uno de sus trabajos con hombres que los malestares que éstos padecen tienen en mayor medida su origen en el ámbito laboral y las tareas del espacio público, mientras que los propios participantes consideraron que los malestares de las mujeres se asocian con frecuencia al ámbito privado, el trabajo doméstico, que a su vez es difícil compaginar con el ámbito laboral. Transmitieron, además, que los problemas o síntomas psicológicos de sus esposas suelen tener su origen en el hecho de ser las cuidadoras principales, ya sea porque están sobrecargadas o por la dificultad de conciliación, siendo conscientes, por tanto, del impacto que esto tiene en la salud de las mujeres. El problema es que, como muestra la investigación, estos hombres no se veían como parte de una posible solución, sino que se trataría de un problema individual y que han de resolver ellas mismas, sin considerar que su malestar se deba a algo que afecta a muchas mujeres, sino como una característica propia de cada una. Algunos hombres lamentan esta situación, pero “no pueden hacer nada para remediarlo ya que es imposible luchar contra la naturaleza de las mujeres, añadido a la percepción de que ellas tampoco se lo permitirán” (p. 47).

A raíz de estos trabajos cabe pensar cómo la salud de las mujeres se ve intercedida por el patriarcado, en la medida en que nos impone unos patrones de conducta divididos en función del sexo, inculcados incluso desde antes del nacimiento. Así, nuestra identidad queda definida en base al género, acompañado de normas, valores y creencias que, como Isabel Martínez (2003) expone, van a marcar la manera en que percibimos el mundo y cómo enfrentamos los problemas, pues son determinados valores, creencias y normas socio-culturales las que nos indican cómo actuar, pensar y, en definitiva, cómo ser. En este sentido, las mujeres somos socializadas de manera que lo público nos queda excluido, y aún hoy, el lugar privado, básicamente nos pertenece, pues nosotras seríamos las garantes del bienestar de otras personas y quienes deberíamos cumplir nuestra función de dar amor y servir. Esta autora analiza las asimetrías de género en la salud de las mujeres y afirma que el rol de madre supone una extrema dedicación que no es recíproca con respecto a las mujeres, lo que puede suponer sentimientos de frustración al darse cuenta de que su dedicación supone un detrimento de la atención que dedican a sus propias necesidades y deseos (Martínez y Bonilla, 2000; cit. en Martínez, 2003).

En concreto, Pilar Blanco (2004) expone que con frecuencia asisten mujeres a las consultas médicas indicando molestias y dolores físicos que no son fáciles de encajar en un diagnóstico y no son abordados de manera correcta. Ocurre que, al entrevistar a estas mujeres, a menudo se encuentran con problemas en sus vidas, con quejas y preocupaciones por escasez de ocio y tiempo dedicado a ellas mismas o incluso aparece una sensación de fracaso vital, algo de lo que también avisaba el Informe sobre Salud y Mujer en la Comunidad de Madrid (1994, cit. en Piqué., 2003). Se trata de mujeres amas de casa y profesionales que trabajan fuera y dentro del hogar, en quienes con frecuencia recae todo el trabajo doméstico o creen que esas tareas les pertenecen (Blanco, 2004). De nuevo, y en concordancia con la literatura anteriormente revisada, la autora propone una relación entre el rol social de las mujeres y el malestar que éstas padecen, y es que nuestra cultura ha sido, tradicionalmente, tal y como exponía Fina Sanz (1987), y como

ya venimos tratando, una cultura en la que hay una jerarquización de carácter patriarcal, pues las mujeres se han visto siempre sometidas a relaciones de sumisión como servidoras de los hombres para muchas tareas (por ejemplo, servirles para, mediante la maternidad, continuar su descendencia). Todo ello caracteriza la forma en que hombres y mujeres piensan, sienten, actúan y ven el mundo, pues siempre estaremos en concordancia con lo que se espera que hagamos. Esto implica que la formación de nuestra identidad está unida a estas creencias y normas tradicionalmente impuestas, asociándose muchas veces a esta identidad una disposición permanente como madre y esposa y dando lugar a un malestar que se convierte en síntomas debido a la falta de recursos personales para lograr salir de la situación en las que se encuentran (Blanco, 2004).

Esos roles de los que venimos hablando se desarrollan en muchas ocasiones en el espacio de la relación de pareja, y en los que la influencia del patriarcado es muy sutil, inculcándonos ideas que mantienen las relaciones de poder en la pareja, reflejo de las existentes en la sociedad. ¿Cuál es esa influencia sutil propia del patriarcado?

Sin ser ni mucho menos la única, una de estas formas es el amor romántico y, en concreto, los mitos que lo mantienen. Y es que como exponen Victoria Ferrer, Esperanza Bosch y Capilla Navarro (2010a), el amor es uno de los aspectos de interés social en el que se tienen en cuenta no sólo las realidades científicas, sino también los mitos al respecto.

Los mitos sobre el amor romántico son un “conjunto de creencias socialmente compartidas sobre la supuesta verdadera naturaleza del amor” (Yela, 2003, p. 264; cit. en Ferrer et al. 2010a), que suelen ser engañosos, poco racionales e imposibles de cumplir (Yela, 2003; cit. en Ferrer et al., 2010a). Victoria Ferrer et al. (2010a) recogen un conjunto de mitos extendidos sobre el amor, según la revisión realizada por Carlos Yela en multitud de trabajos (e. g. Yela, 2000, 2003; cit. en Ferrer et al. 2010a): el mito de la media naranja, del emparejamiento o de la pareja, de la exclusividad, de la fidelidad, de los celos, de la equivalencia entre el amor y el enamoramiento, de la omnipotencia o de que el amor “todo lo puede”, del libre albedrío, del matrimonio o la convivencia y de la pasión eterna (para una revisión ver Ferrer et al., 2010a).

Los trabajos que estudian la presencia de estos mitos en la población española nos han mostrado su alta aceptación. Así, en el estudio de Ana Barrón, David Martínez, Pilar de Paúl y Carlos Yela (1999) se halló que los porcentajes de aceptación de los mitos se situaban en un rango de entre el 45%, el mito menos aceptado, y el 95%, el más aceptado. Observó que dicha aceptación se daba más en las mujeres y que, tanto en ellas como en los hombres, a medida que aumentaba la edad, de forma general los mitos estaban más interiorizados como una realidad, mientras que el nivel de estudios mostró una correlación negativa. Por otro lado, y en esta misma línea, el estudio de Ferrer et al. (2010a) muestra resultados similares en cuanto a la aceptación de los mitos, concluyéndose que la población estudiada continuaba anclada en unos patrones de pensamiento relacionados con el amor que no hacen sino perpetuar las estructuras de poder contra las que venimos luchando desde hace ya muchos años.

Todos estos mitos contribuyen a la formación de expectativas irreales y muchas veces imposibles de cumplir en torno al amor, y pueden llevar a la persona a la insatisfacción con su relación, o a una tolerancia de situaciones y actitudes dañinas para la propia persona. Estudiar este tipo de creencias presentes en la población aumenta las posibilidades de intervenir, pues son ideas y pensamientos que tienen sus raíces en una naturaleza del amor que puede ser utilizada como herramienta para el control y sumisión de las mujeres, y que sientan las bases de la violencia al aceptarse mitos como el de los celos (Ferrer et al. 2010a; Ferrer, Bosch, Navarro y

Ferreiro, 2010b; Barrón et al., 1999). Aquí radica, precisamente, el enlace que este tipo de ideas tiene con la salud de las mujeres, pues ésta no va a verse sólo reflejada en lo que hoy conocemos como violencia de género, que sería la expresión directa de estos mitos de amor romántico, sino que pueden influir también de un modo más sutil en la vida de las mujeres, pues estas ideas de amor, sumisión y entrega total a la otra persona pueden ser extrapoladas al ámbito familiar, pasando de un amor romántico a un amor maternal, con sus correspondientes consecuencias.

En este sentido, Clara Coria (2001) ya definía el amor romántico como un proceso en el que las mujeres quedan a merced de los hombres, configurándose éste de tal modo que la subordinación de ellas parece ineludible si no se aplican nuevos esquemas a este concepto. Así, mujeres y hombres transformamos aquello que empezó como amor romántico para encaminarlo hacia un estilo de amor bien diferente, el amor maternal, pues como esta autora aclara, la proyección de uno sobre otro es común. Esto influye en gran medida a que las mujeres continúan sin ver los costes que estas relaciones les conllevan, y esa "invisibilización de los costos", como esta autora la denomina (Coria, 2001, p.33), es lo que dificulta la toma de conciencia de las mujeres de su situación y de las causas de ésta.

Aunque apenas hay estudios realizados sobre el vínculo entre las relaciones de amor romántico y la salud de las mujeres, sí es interesante mencionar el estudio de Charlotte y Patrick Markey (2011) en el que hacen un análisis complementario de la literatura previa sobre la relación entre la salud y el bienestar de las personas en función de las relaciones de amor románticas que tienen. Así, aunque los hombres suelen tener mejor salud y bienestar que las mujeres cuando tienen una relación de amor, concluyen que los beneficios de las relaciones de amor podrían extenderse a las mujeres cuando las relaciones son igualitarias. Pero además, las mujeres que mantienen relaciones de igualdad con su pareja suelen ser mujeres con más nivel educativo, buen empleo, más seguridad en sí mismas y con estilos de vida más saludables que las mujeres que mantienen un estado de subordinación en la pareja. Esto indicaría que las experiencias de relaciones amorosas son una extensión de su bienestar personal a las relaciones de pareja. De hecho, la autora y el autor afirman que las mujeres con roles más tradicionales podrían haber entrado en la adultez con menores oportunidades de educación y carrera profesional y puede que el comenzar una relación amorosa les haya otorgado una seguridad más difícil de conseguir por ellas mismas, dándose también una extensión de su bienestar o falta del mismo a su relación de pareja. En este estudio se observa la relación existente entre la educación formal de las mujeres y el desarrollo de relaciones afectivas, que pueden marcar un patrón de salud más o menos saludable en su relación amorosa.

Como Matud et al. (2010) afirman, y como exponíamos al inicio de este trabajo, saber cuáles pueden ser los factores y variables que determinan e influyen de forma negativa o positiva en la salud, es importante en la medida en que permitirá diseñar políticas y programas de prevención y promoción de la salud con perspectiva de género. Y como las mujeres de la población general española tienen peor salud percibida que los hombres según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (Instituto Nacional de Estadística, 2013), este trabajo pretende estudiar si la variable aquí propuesta influye en esa percepción.

Por tanto, en esta investigación se estudia cómo la aceptación de los mitos del amor romántico en mujeres se relaciona con su salud percibida, pues entendemos, de la literatura revisada, que el amor romántico mantiene relaciones desiguales de poder y éstas van a mermar la salud de las mujeres en la medida en que se suelen extrapolar no sólo a las relaciones de pareja sino a otros muchos aspectos, pasando a convertirse en un amor maternal que se inicia en el romántico,

como ya hemos hecho referencia. De forma exploratoria, y como un complemento a las investigaciones previas, se estudiará si la aceptación del amor romántico permite a las mujeres observar sus costes a nivel de salud, esto es, si atribuyen una peor salud a una mayor dedicación familiar-doméstica. Por ello, las hipótesis de partida para este estudio son dos:

- a) Esperamos encontrar que, a mayor aceptación de los mitos del amor romántico, peor será la salud percibida de las mujeres.
- b) Esperamos encontrar una relación positiva entre la aceptación del amor romántico y la atribución del empeoramiento de la salud de las mujeres a la sobrecarga familiar y doméstica.

## **MÉTODO**

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por 30 mujeres de edades comprendidas entre 20 y 83 años ( $M = 41.43$ ,  $DT = 14.64$ ). La selección de la muestra se realizó por conveniencia y accesibilidad. Las mujeres pertenecían a distintas provincias españolas: Sevilla, Cádiz, Badajoz, Valencia, Madrid y Valladolid. Todas las mujeres convivían con su pareja, independientemente de que estuvieran o no casadas. Ninguna de las participantes presentaba discapacidad intelectual y todas contaban con un nivel de estudios equivalente, al menos, al graduado escolar.

### *Instrumentos*

Para este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

-Un cuestionario de datos socio-demográficos para saber si las participantes cumplían los criterios de inclusión (ser mayores de edad, convivir en pareja, nivel de estudios al menos básico) y poder definir la muestra también en base a su lugar de procedencia.

-Un cuestionario sobre salud. La primera parte (anexo I) incluye 7 preguntas sobre la percepción de la salud general de las mujeres. Puntuaciones más altas indican una mejor salud percibida, a partir de sus respuestas de acuerdo o desacuerdo con las preguntas realizadas. La segunda parte del cuestionario (anexo II) consta de cuatro preguntas para evaluar en qué medida las mujeres asocian una peor salud con una gran entrega personal al hogar y a la familia. A mayor puntuación mayor será dicha atribución.

-Un cuestionario de amor (ver anexo III) en el que se incluyeron 10 ítems que hacían referencia a los mitos del amor romántico. En él las mujeres mostrarían su acuerdo o desacuerdo con las frases presentadas mediante una escala tipo Likert, obteniendo 2 puntos si estaban de acuerdo, 0 puntos si estaban en desacuerdo y 1 punto si les era indiferente. Las frases fueron ejemplos redactados de 10 de los 19 mitos presentados en Eva de la Peña, Esther Ramos, José M<sup>a</sup> Luzón y Patricia Recio (2011), seleccionados aleatoriamente, pero elaborados siguiendo el trabajo de Ferrer et al. (2010a). Las puntuaciones en esta escala podrían variar entre 0 y 20 puntos, donde puntuaciones más altas indican mayor aceptación de mitos.

### *Procedimiento*

Tras la elaboración de los materiales se contactó con las mujeres que formarían parte de la muestra. La recogida de datos se realizó tanto de forma presencial como por vía telefónica, siempre de forma individual y en un momento de disponibilidad de las mujeres. Primero se les explicó la implicación de su participación en el estudio, así como se les aseguró el anonimato de

sus respuestas y los aspectos de confidencialidad. Se pidió, tras ello, su consentimiento para participar y se procedió a la administración de los instrumentos. En primer lugar, se aplicó el cuestionario de datos sociodemográficos, seguidamente se administró el cuestionario de amor y a continuación el cuestionario de salud.

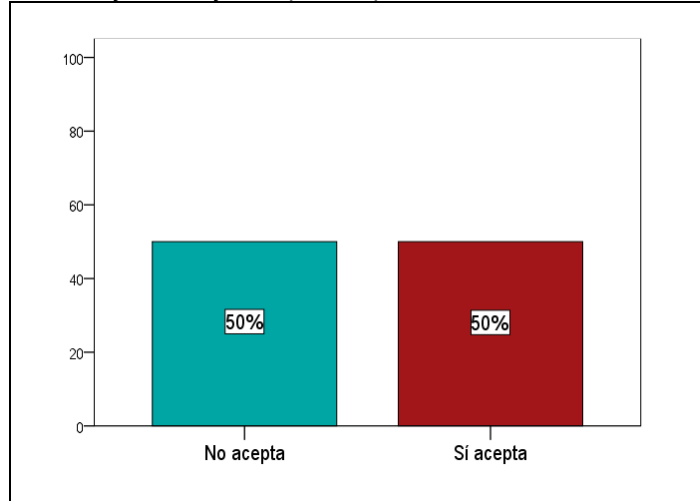
A todas las participantes se les dijo lo siguiente: “El cuestionario es anónimo, por lo que te pedimos que respondas con sinceridad. Queremos estudiar qué piensan las mujeres sobre el amor, por lo que verás unas frases con las que tienes que decir si estás de acuerdo o no. También queremos ver cómo percibimos la salud las mujeres, por eso verás algunas preguntas relacionadas con ello. Te pedimos que contestes con sinceridad ya que los cuestionarios son anónimos. Las preguntas son muy sencillas y no tardarás más de 10 minutos en contestarlas todas. Puedes preguntar cualquier duda”. Por último, se agradeció a las participantes su colaboración y se le facilitaron los datos de la investigadora para preguntar cualquier duda, retirar sus datos del estudio o conocer los resultados del mismo.

Éste es un estudio transversal que siguió una metodología correlacional de encuesta. Las dos variables dependientes fueron: *salud percibida de las mujeres* y *atribución de una peor salud a la gran dedicación o sobrecarga familiar-doméstica*, medidas ambas de forma cuantitativa (una mayor puntuación indicaría mayor salud percibida y una mayor atribución del empeoramiento de la salud a una gran dedicación al hogar y la familia). Cada una fue estudiada mediante un análisis de regresión lineal simple de forma aislada en relación a una variable independiente, la misma para ambas: *aceptación de mitos sobre el amor romántico*, también cuantitativa. El tamaño de efecto para este tipo de análisis es de .01, .06, .14 para tamaños de efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente. Se trató por tanto de dos diseños univariados y univariados. En algunos casos, y como se explica en el siguiente apartado, las variables fueron categorizadas para conocer datos a nivel descriptivo y para conocer la posibilidad de existencia de otro tipo de diferencias entre grupos de mujeres según los datos cuantitativos obtenidos en cada variable.

## RESULTADOS

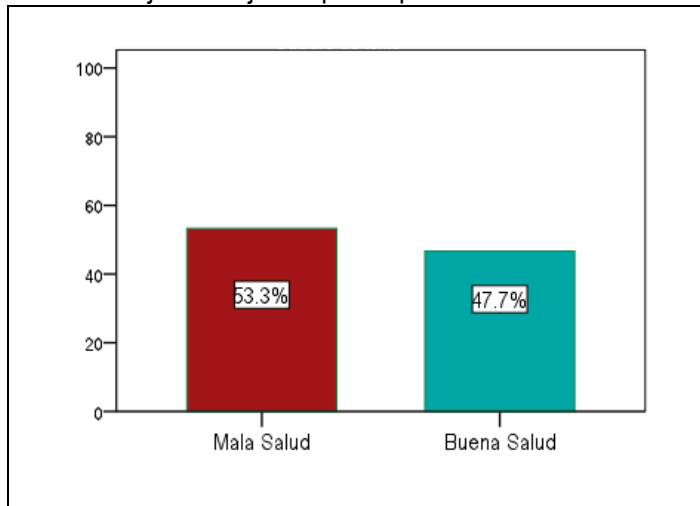
Tras la recogida de datos se procedió a su análisis, mediante el paquete estadístico SPSS.20. La media de aceptación de los mitos por parte de las mujeres fue de 10.00 ( $DT = 4.22$ ). Al dividir a las mujeres en dos grupos según aceptaran o no los mitos, poniendo el punto de corte en 10 puntos, se observa el mismo porcentaje de mujeres que los aceptan y que no (Figura 1). En la figura 2 se observa que el porcentaje de mujeres que se percibe con buena salud al dividir la muestra en dos grupos es inferior (47.7%) al porcentaje de mujeres que se perciben con mala salud (53.3%). Del mismo modo, al dividir la muestra en dos grupos para la variable de atribución de salud, la figura 3 muestra que el porcentaje de mujeres que atribuyen un peor estado de salud a una mayor sobrecarga familiar es menor (43.3%) que el de quienes no hacen dicha atribución (56.7%).

**Figura 1.** Porcentaje de mujeres que aceptan o no los mitos de amor romántico.



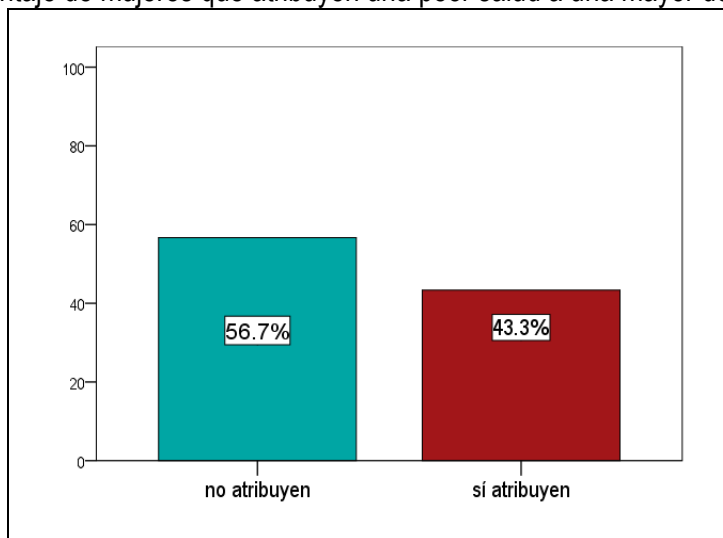
Fuente: Elaboración propia.

**Figura 2.** Porcentaje de mujeres que se perciben con buena o mala salud.



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 3.** Porcentaje de mujeres que atribuyen una peor salud a una mayor dedicación familiar.



Fuente: elaboración propia.



Los resultados mostraron que la salud percibida por las mujeres no podría ser predicha por la aceptación del amor romántico ( $b = -.062$ ,  $SE_b = .125$ ), pues no existe entre ambas variables una relación estadísticamente significativa y el tamaño de efecto fue pequeño,  $F(1,28) = .25$ ,  $p = .623$ ,  $R^2 = .01$ .

Los resultados tampoco mostraron una relación estadísticamente significativa entre una mayor puntuación en los mitos y una mayor atribución de peor salud a la sobrecarga en el hogar y el tamaño de efecto fue pequeño,  $F(1,28) = 1.30$ ,  $p = .265$ ,  $R^2 = .044$ , sin ser posible predecir, por tanto, dicha atribución a partir de la aceptación del amor romántico, ( $b = .129$ ,  $SE_b = .112$ ).

Debido a la ausencia de significación estadística, se realizó a posteriori un análisis de regresión lineal simple para cada variable dependiente tomando como independiente cada uno de los mitos del cuestionario de amor. Los resultados mostraron la ausencia de relación entre cada mito y las dos variables dependientes. Sin embargo, como muestra la *Tabla 1*, los mitos 3 y 10 contaron con un tamaño de efecto cercano a grande en relación a la variable que hacía referencia a la atribución de un empeoramiento de la salud a una gran dedicación a la familia y el hogar.

**Tabla 1. Modelos de regresión lineal simple para los mitos 3 y 10 en relación a la variable que relaciona una peor salud con una mayor dedicación familiar.**

| Predictoras | B     | SE <sub>b</sub> | F    | gl   | p    | R <sup>2</sup> |
|-------------|-------|-----------------|------|------|------|----------------|
| Mito 3*     | .975  | .502            | 3.77 | 1,28 | .062 | .11            |
| Mito 10**   | 1.393 | .735            | 3.60 | 1,28 | .068 | .11            |

\* "La mayor expresión del amor es el matrimonio y la formación de una familia".

\*\* "El amor supone la entrega hacia la otra persona".

Fuente: Elaboración propia.

Además, aun sin diferencias estadísticamente significativas, en otro análisis a posteriori se observó que las mujeres con peor salud percibida atribuían más la sobrecarga familiar al peor estado de salud ( $M = 4.25$ ,  $DT = 2.14$ ) que el grupo con una buena salud percibida ( $M = 2.92$ ,  $DT = 2.89$ ) y el tamaño de efecto fue medio,  $F(1,28) = 2.052$ ,  $p = .163$ ,  $R^2 = .07$ .

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar la relación entre la aceptación de los ideales del amor romántico con la percepción de la salud de las mujeres, así como observar si estas ideas mantienen relación con el hecho de que las mujeres piensen que un peor estado de salud se debe a una gran dedicación familiar-doméstica.

Así, la primera hipótesis planteaba que la aceptación de los mitos del amor romántico podría relacionarse con un peor estado de salud percibida por las mujeres. Del análisis de los datos no puede concluirse la existencia de dicha relación. Una explicación posible son las características de la muestra. Por ejemplo, la edad podría ser una variable confundida que hiciera que la salud percibida de las mujeres sea peor en unas edades que en otras, pues frecuentemente la salud se asocia a la edad (Abellán, 2003). Además, podría ocurrir que esta salud estuviera realmente afectada por algún tipo de enfermedad o dolencia física o psicológica, variables que en este estudio no han sido contempladas. A su vez, puede que cuestionario de salud empleado (anexo

l) no haya recogido adecuadamente las variables relevantes en cuanto a la percepción de la salud de las mujeres que pudieran relacionarse con la aceptación del amor romántico.

Hay que mencionar que los resultados mostraron una leve tendencia en la dirección predicha por la hipótesis ( $b = -.675$ ). Con ella no se pretendía hallar en los mitos una causa directa del empeoramiento de la salud de las mujeres, pues entendemos la complejidad de este ámbito, sino que partiendo de las aportaciones de Pilar Blanco (2004), dicho empeoramiento de la salud de las mujeres se relacionaría con un mantenimiento de los roles de género en el hogar, que inevitablemente sobrecarga a las mujeres, sobre todo en aquellas que también trabajan fuera de casa y que se ven afectadas por una doble jornada. Por tanto, pretendíamos con esta hipótesis poner de manifiesto la posibilidad de que los mitos sobre el amor romántico, que contribuyen a un mantenimiento de la división desigual de roles entre mujeres y hombres (Anson et al., 1990; Rohlf et al., 2005), se reflejara en su relación con la salud de las mujeres. Con los resultados obtenidos podríamos indicar la presencia de otras variables, relacionadas o no con el mantenimiento de roles de género, que explicarían mejor la salud, y que la aceptación de los mitos sólo podría contribuir en su explicación de forma mínima, pues en nuestra muestra no es significativa.

En relación a la segunda hipótesis, se planteó la existencia de relación entre la aceptación del amor romántico y el hecho de que las mujeres atribuyeran una peor salud a una gran dedicación al hogar y a la familia. Los resultados tampoco apoyaron esta hipótesis. Con su planteamiento, se esperaba que la atribución de una peor salud a una mayor dedicación familiar y doméstica tuviera relación con una mayor aceptación del amor romántico en la medida en que puede entenderse que una mayor aceptación de éste se vincula a una gran dedicación familiar y del hogar, pues es sustentador de la división desigual de roles, con lo que la fatiga o cansancio podría ser percibida por las mujeres como una causa de dicha sobrecarga. Como se deriva de Blanco (2004), esta gran dedicación a la vida familiar y doméstica viene inculcada por una socialización en roles de género diferenciados y, siguiendo a Eva M<sup>a</sup> de la Peña et al. (2011) una de las herramientas que se emplean para ello es la difusión de estos mitos que incitan a la sumisión de las mujeres y a la entrega a otras personas –la pareja y la familia. De hecho, del análisis realizado a posteriori de los distintos mitos en relación a esta variable, encontramos que aquel que establecía el amor como entrega (Mito 3: “*La mayor expresión del amor es el matrimonio y la formación de una familia*”) y el que establecía el amor como posesión y exclusividad (Mito 10: “*El amor supone la entrega hacia la otra persona*”), aun sin mostrar una relación estadísticamente significativa con la atribución del malestar a la dedicación a los demás, sí mostraron un tamaño de efecto cercano a grande ( $R^2 = .11$ ), lo que indicaría que con una mayor potencia estadística gracias a un mayor tamaño muestral, el efecto podría haber sido significativo en estos dos mitos.

Por otro lado, el hecho de que no se haya alcanzado significación estadística en la relación atendiendo al conjunto completo de mitos, podría explicarse en base a la aportación de Clara Coria (2001) y su referencia a la “invisibilidad de los costos” (p. 33). En este sentido, puede que la ausencia de relación entre esa atribución de una peor salud a una gran dedicación al hogar y la aceptación del amor romántico ponga de manifiesto que, aun aceptando estos mitos, las mujeres no sean conscientes de la repercusión que esta concepción del amor puede tener en su salud. Y es que como Blanco (2004) expone, las mujeres tienden a percibir que esa dedicación es algo que tienen que hacer, observándose así esa transformación del amor romántico en maternal que ayuda a mantener los roles de género. Y esta transformación, que es la que podría explicar los resultados aquí mostrados, quedaría bien reflejada en la cita de Clara Coria (2001): “Muchas mujeres cuidan a los hombres como si fueran sus hijos, pero les reclaman como a

padres, y muchos varones tratan a las mujeres como hijas, *pero exigiéndoles como a madres*" (p. 15, énfasis añadido).

Habría que recalcar, en apoyo a nuestros resultados, que la dirección a la que apuntaban nuestros datos era la esperada ( $b = .129$ ), y el efecto se habría encontrado probablemente con una muestra mayor en los mitos de entrega y exclusividad, como ya hemos apuntado. Esto podría estar ilustrando un descenso de esa invisibilización de los costos y una progresiva toma de conciencia de los efectos negativos del patriarcado en las mujeres (Martínez, 2007), al menos en lo que a esos dos mitos se refiere. De hecho, los análisis descriptivos ponen de relieve que sólo el 50% de las mujeres aceptaba los mitos de amor romántico en su totalidad, porcentaje inferior a los obtenidos en estudios de hace unos años (Barrón et al., 1999). Y, aun siendo similar el porcentaje de mujeres con una percepción negativa de la salud (53.3%) frente a una percepción positiva (47.7%) y de mujeres que no atribuyen la sobrecarga familiar como perjudicial para su salud (56.7%) frente a las que sí lo atribuyen (43.3%), lo cierto es que los resultados mostraron una tendencia a tener más dicha atribución en el grupo de mujeres con una peor salud percibida, donde el tamaño de efecto medio indica que un tamaño muestral mayor podría hacer este resultado significativo. Esto pone de manifiesto el aumento de la conciencia del perjuicio de una gran dedicación familiar, con la consiguiente disminución de los mitos del amor romántico, mantenedores de la sobrecarga familiar asociada a la sumisión de las mujeres.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, es necesario nombrar, en primer lugar, que el tamaño de la muestra puede haber limitado los hallazgos y el empleo de instrumentos no estandarizados podría haber dificultado la medición adecuada de las variables objeto de estudio. Como ya se mencionó, también fueron desatendidas algunas variables que también pueden tener un peso importante, como por ejemplo, la posibilidad de que el nivel de estudios de las distintas mujeres sea un factor para rechazar los mitos, como ya aportaron Markey y Markey (2011), así como la existencia de actitudes sexistas, la edad de las participantes, o si existe o no corresponsabilidad familiar en el hogar, pues esto puede influir no sólo en su salud, sino también en la atribución de ésta a una sobrecarga en el hogar.

Atendiendo a estas limitaciones, y en vista de los resultados obtenidos, sería interesante, de cara a futuras investigaciones, incluir estas variables y utilizar otros cuestionarios con previa validación psicométrica. Incluir más mujeres en el estudio aumentaría la potencia estadística de éste y permitiría observar en qué medida nuestros resultados han sido debidos a las características propias de nuestra muestra. Combinar este estudio con metodología cualitativa aportaría información rica y variada en cuanto a las distintas variables. Por otro lado, la búsqueda de las causas de una percepción de mala salud podría incluir la comparación con hombres y tratar de diferenciar qué aspectos son importantes en unas y en otros.

## **CONCLUSIONES**

El estudio exhaustivo de la aceptación de la población del amor romántico es importante ya que éste es una herramienta clave para la división desigual de los roles de género (Ferrer et al., 2010; De la Peña et al., 2011). La deconstrucción del género viene facilitada por acciones sociales y políticas (Rodríguez, 2010) que no toman cuerpo hasta que el problema no alcanza una gravedad visible. La continuación de la investigación en este sentido contribuye al aportar los datos necesarios para evitar estadísticas fatídicas de mujeres, quienes nos vemos afectadas en mayor medida. La prevención y la promoción de la salud vienen así de la mano de estudios que permitan entender qué factores influyen en ella y que habría que tener en cuenta. Sin duda, y como la literatura indica (e.g. Martínez, 2007), la educación es una herramienta fundamental

para poder cortar de raíz la discriminación de las mujeres y la división desigual de roles de género, mantenidas ambas por esta concepción del amor romántico.

A modo de síntesis, cabe poner de manifiesto la ausencia en nuestros resultados de relación entre una peor salud percibida con una mayor aceptación del amor romántico, aunque los datos apuntan una muy leve tendencia en la dirección planteada. Tampoco existe relación entre una mayor aceptación de los mitos y una mayor atribución del empeoramiento de la salud a la dedicación familiar y del hogar. La explicación podría estar en la escasa conciencia de las mujeres de dicha situación de dedicación, debido a una *invisibilización de los costos* (Coria, 2001), aunque habría que valorar la leve tendencia de los datos a mostrar una relación positiva entre ambas variables y que podría reflejar la emergencia de una toma de conciencia de la situación en la que nos encontramos las mujeres, como también se ha puesto de manifiesto en este trabajo con los resultados hallados en cuanto a la relación de los mitos de exclusividad y entrega con la atribución de un mal estado de salud a una sobrecarga familiar. Los estudios que continúen en esta línea facilitarán las intervenciones en prevención y promoción de la salud con perspectiva de género, combatiendo la influencia de los roles tradicionales de género de nuestra sociedad patriarcal.

## BIBLIOGRAFÍA

Abellán, Antonio (2003): "Percepción del estado de salud", *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(5), (340-342).

Anson, Ofra; Levenson, Arich & Bonne, Dan Y. (1990): "Gender and Health on the Kibutz", *Sex Roles*, 22(3/4), (213-231).

Artazcoz Lucía; Escribá-Agüir, Vicenta y Cortés, Inma (2004): "Género, trabajo y salud en España", *Gaceta Sanitaria*, 18, (24-35).

Barrón-López de Roda, Ana; Martínez-Íñigo, David; De Paúl, Pilar y Yela, Carlos (1999): "Romantic beliefs and myths in Spain", *The Spanish Journal of Psychology*, 2(1), (64-73).

Blanco-Prieto, Pilar (2004): "Necesidad de incorporar el análisis de género: la atención a las mujeres que acuden con frecuencia a nuestras consultas", *Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*, 95, (23-27).

Castaño-López, Esther; Plazaola-Castaño, Juncal; Bolívar-Muñoz, Julia y Ruiz-Pérez, Isabel (2006): "Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005)". *Revista Española De Salud Pública*, 80(6), (705-716).

Coria, Clara (2001): *El amor no es como nos contaron... ni como lo inventamos*, Paidós, Buenos Aires.

Covas, Susana; Maravall, Javier y Bonino, Luis (2009): *Los hombres y el cuidado de la salud, Informe elaborado para el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) del Ministerio de Sanidad y Política Social*, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Esteban, Mari Luz (2003): "El género como categoría analítica: Revisiones y aplicaciones a la salud", *Cuadernos De Psiquiatría Comunitaria*, 3(1), (22-39).

Feldman, Lya; Vivas, Eleonora; Lugli, Zoraide; Zaragoza, Joanmir y Gómez, Viviola (2008): "Relaciones trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras", *Salud Pública De México*, 50(6), (482-489).

Ferrer-Pérez, Victoria A.; Bosch-Fiol, Esperanza y Gili-Planas, Margarita (1998): "Aspectos diferenciales en salud entre las mujeres que trabajan fuera del hogar y las amas de casa", *Psicothema*, 10(1), (53-63).

Ferrer, Victoria A.; Bosch, Esperanza y Navarro, Capilla (2010a): "Los mitos románticos en España", *Boletín de psicología*, 99, (7-31).

Ferrer-Pérez, Victoria A.; Bosch-Fiol, Esperanza; Navarro-Guzmán, Capilla y Ferreiro-Basurto, Virginia (2010b): "El mito romántico de los celos y su aceptación en la sociedad española actual", *Apuntes De Psicología*, 28(3), (391-402).

Instituto Nacional de Estadística (2013): Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>. Consultado: 12/enero/2014.

Markey, Charlotte N. & Markey, Patrick M. (2011): "Leaving room for complexity in attempts to understand associations between romantic relationships and health: Commentary on Wanic and Kulik", *Sex roles*, 65(5/6), (313-319).

Martínez-Sampere, Eva (2007): "El concepto de ciudadanía y la creación de las condiciones de igualdad". En Gómez-Torrallbo, Rosa (Coord.), *Estado de Bienestar y Gobernanza*, Instituto Andaluz de Administración Pública. Consejería de Justicia y Administración Pública, Sevilla, (11-42).

Martínez-Benlloch, Isabel (2003): "Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres", *Anuario De Psicología*, 34(2), (253-266).

Matud-Aznar, M. Pilar; Bethencourt-Pérez, Juan Manuel; Ibáñez-Fernández, Ignacio; López-Curbelo, Marisela; Gomà-Freixanet, Montserrat; Aguilera-Ávila, Laura; Matud-Aznar, María José y Grande-Baos, Joaquín (2010): "Roles de género y salud de mujeres y hombres", *Análisis y modificación de conducta*, 36(153), (37-48).

Ogburn, Tony; Voss, Carolyn y Espey, Eve (2009): "Barreras en la salud femenina: ¿por qué es tan difícil para las mujeres mantenerse sanas?", *Clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica*, 36(4), (737-752).

Piqué-Prado, Eva (2003): "Mujer y salud desde una perspectiva de género", *Metas de enfermería*, 6(53), (50-54).

De la Peña-Palacios, Eva M.; Ramos-Matos, Esther; Luzón-Encabo, José M. y Recio-Saboya, Patricia (2011): *Andalucía detecta: Proyecto de investigación sobre impacto de la exposición a violencia de género en menores. Resultados y recomendaciones. Principales resultados de la investigación*. Instituto Andaluz de la Mujer: Sevilla.

Rodríguez-Ruiz, Blanca. (2010): "Hacia un estado post-patriarcal. Feminismo y ciudadanía", *Revista de Estudios Políticos*, 149, (87-122).

Rohlf, Izabella; Valls, Carme y Pérez, Gloria (2005): "Desigualtats de gènere en la salut", en Borrell, Carme y Benach, Joan (Eds.), *Evolució de les desigualtats en la Salut a Catalunya*, Editorial Metiterrània, Barcelona, (161-201).

Sanz, Fina (1987): *Los vínculos del amor. Amar desde la identidad*, Kairós, Barcelona.

## ANEXOS

### Anexo I

#### Cuestionario de salud (1)

1. **Considero que mi salud en general...**
  - a) Es excelente
  - b) Es buena
  - c) Puede mejorar
  - d) Es mala
  - e) Es muy mala
  
2. **¿Tienes dolencias o enfermedades físicas?**
  - a) Sí/muchas veces b) No/Casi nunca c) A veces
  
3. **¿Te sueles sentir cansada?**
  - a) Sí/muchas veces b) No/Casi nunca c) A veces
  
4. **¿Sientes que te quedas sin fuerzas para hacer todo lo que tienes que hacer?**
  - a) Sí/muchas veces b) No/Casi nunca c) A veces
  
5. **¿Sueles sentir que estás triste y no sabes muy bien por qué?**
  - a) Sí/muchas veces b) No/Casi nunca c) A veces
  
6. **¿Sueles sentirte ansiosa?**
  - a) Sí/muchas veces b) No/Casi nunca c) A veces
  
7. **¿Sientes que el trabajo que realizas es una carga que se hace pesada?**
  - a) Sí/muchas veces b) No/Casi nunca c) A veces

#### *Instrucciones para la puntuación de los ítems*

La pregunta 1 puntúa, desde 4 puntos la respuesta a), hasta 0 puntos la respuesta e). El resto de preguntas puntúan 0 puntos la opción a), 2 puntos la opción b) y 1 punto la opción c). La puntuación máxima y mínima son 16 y 0 puntos, respectivamente.

Fuente: Elaboración propia.

**Cuestionario de salud (2)**

**1. ¿Crees que cuando tu estado de salud empeora podría deberse a que tiene demasiado trabajo fuera y/o dentro de casa?**

a) Sí/muchas veces      b) No/Casi nunca      c) A veces

**2. ¿Crees que tu salud mejoraría si te dedicaras más tiempo a ti misma que a otras cosas o personas?**

a) Sí/muchas veces      b) No/Casi nunca      c) A veces

**3. Si las tareas del hogar recaen, o recayeran sobre ti, ¿crees que esto podría hacer o hace que tu salud empeore?**

a) Sí/muchas veces      b) No/Casi nunca      c) A veces

**4. ¿Crees que el hecho de dedicarle mucho tiempo a la familia puede hacer que tu salud empeore?**

a) Sí/muchas veces      b) No/Casi nunca      c) A veces

*Instrucciones para la puntuación de los ítems*

La puntuación era de la siguiente manera: la respuesta a) puntuaba con 2 puntos, la respuesta b) con 0 puntos y la respuesta c) con 1 punto. Las puntuaciones podrían oscilar entre 0 y 8 puntos

Fuente: Elaboración propia.



### Cuestionario de amor

- 1. Los celos en la pareja muchas veces son normales porque indican que mi pareja me quiere y/o se preocupa por mí.**  
a) Estoy de acuerdo b) No estoy de acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 2. Es bueno que entre mi pareja y yo no haya secretos y lo sepamos todo el uno sobre el otro.**  
a) Estoy de acuerdo b) No estoy de acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 3. La mayor expresión del amor es el matrimonio y la formación de una familia.**  
a) Estoy de acuerdo b) No estoy de acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 4. Creo que todas las personas tenemos una pareja predestinada que es nuestra media naranja.**  
a) Estoy de acuerdo b) No estoy de acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 5. A veces hay que sufrir por amor.**  
a) Estoy de acuerdo b) No estoy de acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 6. Si una relación de pareja va mal, el amor entre ambos será más fuerte que las dificultades y lo puede arreglar todo.**  
a) Estoy de acuerdo b) No estoy de acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 7. No hay amor verdadero sin sufrimiento.**  
a) Estoy de acuerdo b) No estoy de acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 8. El amor lo puede todo.**  
a) Estoy de acuerdo b) No estoy de acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 9. Los polos opuestos se atraen.**  
a) Estoy de acuerdo b) No estoy de acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- 10. El amor supone la entrega hacia la otra persona.**  
a) Estoy de acuerdo b) No estoy de acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

Fuente: Elaboración propia.