

Tania Ros-Sánchez^{1,*}
Beatriz Lidón-Cerezuela²

1. Graduada en Enfermería. Doctoranda del Programa de Doctorado de Ciencias de la Salud. Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia. Murcia. España.
2. Diplomada en Enfermería. Licenciada en Pedagogía y Doctora en Enfermería por la Universidad de Murcia. Vicedecana de Profesorado y Prácticum de la Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Murcia. España.

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: tania.ros1@um.es (T. Ros-Sánchez).

Recibido el 22 de mayo de 2017; Aceptado el 4 de junio de 2017

La experiencia del empoderamiento en mujeres mayores de 65 años. Estudio cualitativo

The experience of empowerment in women older than 65 years. Qualitative study

RESUMEN

Objetivo: Conocer la experiencia del empoderamiento de un grupo de mujeres mayores de 65 años. **Metodología:** La muestra constaba de 5 mujeres que fueron seleccionadas mediante muestreo intencionado en las consultas de enfermería y medicina del Centro de Salud de Vistabella. Para ello, se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, y el instrumento de obtención de datos fue la entrevista en profundidad, cuyo guión se elaboró a partir de las principales características del empoderamiento. **Resultados:** La información fue clasificada en cinco categorías de respuesta: "Autoestima", "Autodeterminación-Toma de Decisiones", "Autoconfianza", "Social" y "Educación". Esta última se trataba de una categoría emergente, las mujeres utilizaban la educación para justificar sus respuestas. **Conclusiones:** Las entrevistadas manifestaban tener baja autoestima, dificultades a la hora de llevar las riendas de su vida, inseguridades y una participación social escasa, lo que denotaba un déficit de empoderamiento. Relacionaban lo anterior con la educación que habían recibido, fundamentada en los mandatos de género que recluyen a las mujeres al ámbito privado y eliminan el principio de igualdad de oportunidades con respecto a los hombres.

PALABRAS CLAVE: Derechos de la mujer, autoconcepto, autonomía personal, educación, empoderamiento, estudio cualitativo.

ABSTRACT

Objective: Know the empowerment's experience of a group of women over 65 years. **Methodology:** the sample consisted of 5 women and was selected by purposeful sampling in Consultations of Nursing and Medicine on Primary Health Care Center "Vistabella". We performed a Phenomenological Qualitative Study; data collection instrument was an in-depth interview, whose script was developed from the main characteristics of empowerment. **Results:** The information was classified in five categories response: "Self-Esteem", "Self-Determination-Decision Making", "Self-Reliance", "Social" and "Education". The latter was an emerging category, that women used the education to justify their answers. **Conclusions:** The respondents expressed low self-esteem, difficulty of holding the reins of his life, insecurities and limited social participation, which indicated a lack of empowerment. They related this with the education they had received, based on gender mandates that reclude women to the private sphere and eliminate the principle of equal opportunities to men.

KEYWORDS: Women's rights, self-concept, personal autonomy, education, empowerment, qualitative study.

■ INTRODUCCIÓN

La visibilidad social de las mujeres ha sido casi inexistente en la historia de la humanidad. No sería hasta la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de la ONU, celebrada en Beijing en 1995, cuando se comenzase a hablar del propósito de conseguir una igualdad de género efectiva.

En esta conferencia se establecieron las doce esferas prioritarias para las mujeres y, entre ellas, podemos destacar una sobre el empoderamiento, aunque no con esta denominación. Esta línea acogía el concepto de "la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones" y buscaba la adhesión de las mujeres a otros planos de poder, como políticos y económicos, formando estas parte de la toma de decisiones y de liderazgo¹.

Para poder conocer la desigualdad de género existente en España, utilizamos el "Índice de desigualdad de género". Los elementos que mide este indicador son: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral. España se encuentra en el puesto número 16 de los índices de desigualdad más bajos, con un 0,095/1. Aun así, las mujeres parecen tener una menor acción social, puesto que en materia de educación secundaria finalizada se encuentran por debajo, en porcentaje, de los hombres, así como en la política, donde solo un 38% de los escaños del parlamento pertenecen a las mujeres. En cuanto a trabajo, el 52,2% de las mujeres trabajan, frente al 65,8% de los hombres².

Esto pone de manifiesto que, aunque en materia de políticas de igualdad alcancemos un bajo índice de desigualdad, en materia de conciencia

*Este trabajo obtuvo el Premio a la Mejor Comunicación Científica del XXIV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Alicante, marzo de 2017.

social las mujeres siguen encontrándose con una mayor vulnerabilidad.

Y si de vulnerabilidad hablamos, otro grupo de la población que se encuentra en esa situación son las personas mayores de 65 años. Actualmente, el 18% de la población española se encuentra en la etapa de la vejez³. Tal y como se expresaba en el *Libro Blanco sobre el Envejecimiento Activo*, las mujeres mayores de 65 años han sufrido esta desigualdad por haber sido educadas en valores tradicionales, con un reparto de tareas y de roles según el sexo del individuo, lo que ha generado estereotipos de género y la incapacidad de estas mujeres para acceder al mercado laboral, a lo que se unen los estereotipos negativos asociados a la vejez, lo que incrementa la fragilidad⁴.

Las mujeres mayores sufren una doble desigualdad social, por el hecho de ser mujeres y de ser mayores. Es por este motivo que el proceso de empoderamiento, por su carácter urgente de acción en el presente, debería proyectarse sobre todo hacia ellas, para así generar una mayor calidad de vida.

Fomentar el empoderamiento conseguirá aumentar el autocuidado en las mujeres⁵. El cambio que se genera a nivel personal, con el incremento de la autonomía y la toma de decisiones, repercutirá directamente en el cuidado que se dedican las mujeres a sí mismas⁶. Así, la promoción de la salud en materia de empoderamiento de la mano de la enfermería es clave en este proceso que desemboca en un mayor estado de bienestar para estas mujeres.

■ OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es “conocer la experiencia del empoderamiento de un grupo de mujeres mayores de 65 años”. Para ello, los objetivos específicos que nos marcamos son:

- Analizar las características que miden el empoderamiento.
- Conocer la experiencia del empoderamiento de un grupo de mujeres de 65 años en relación con cada una de las categorías identificadas.
- Diseñar una visión general de la experiencia del empoderamiento a partir de la percepción de las mujeres entrevistadas.

■ METODOLOGÍA

Con el fin de obtener la información relativa al proceso y la experiencia del empoderamiento y para abordar el tema en profundidad, utilizamos la metodología cualitativa. Nuestro método de análisis de la información parte de la teoría fenomenológica.

La herramienta que utilizamos para recoger la información sobre la experiencia de las características del empoderamiento fue la entrevista en profundidad. Realizamos un guion de la entrevista basándonos en los conceptos que conforman el empoderamiento, obtenidos de una revisión bibliográfica y relacionados con las categorías obtenidas en los resultados.

Esta revisión se realizó en diversas bases de datos: PubMed, SciELO, Web of Science, TESEO, LILACS y Cuiden, también mediante el buscador de Google Académico. A su vez, se buscaron documentos de carácter gubernamental, estudios y planes municipales o regionales de igualdad o empoderamiento en la página del Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad. Las principales palabras clave utilizadas en español fueron: “empoderamiento” y “mujeres mayores” y/o “mujer”, así como en inglés. Aumentaba la búsqueda en las bases de datos cuando, con la evidencia, conocíamos alguna característica del empoderamiento, añadiendo a las palabras clave anteriores otras como: “autoestima”,

“ámbito social”, “educación”, “autonomía” y “confianza”. Se utilizaron filtros, como el de idioma, seleccionando la evidencia que se encontrase en español, inglés y portugués, a texto completo y con un intervalo de años desde 2010 hasta la actualidad. Posteriormente, ampliamos la búsqueda sin utilizar un intervalo determinado de años.

La muestra seleccionada incluía 5 mujeres del Barrio de Vistabella, en Murcia. El contacto con ellas se produjo tras su participación en un estudio de investigación en la Zona Básica de Salud de Vistabella, Murcia Este, dependiente del Área de Salud VII del Servicio Murciano de Salud, en el que nos encontrábamos trabajando. Este proyecto contaba con la aprobación del Comité de Investigación y la Dirección General del Área VII de Salud del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia.

Los *criterios de inclusión* que se utilizaron fueron:

- Mujeres mayores de 65 años.
- Escala de Barthel, con una puntuación de 100 puntos.
- Escala Minimental con puntuación mayor o igual a 29 puntos.

La recopilación de datos se produjo mediante la entrevista en profundidad a las cinco mujeres que firmaron el consentimiento informado y accedieron a formar parte de este estudio. En las tablas 1 y 2 presentamos la contextualización de las entrevistas.

Puesto que en las entrevistas se mostraban las experiencias vitales de cada mujer en cuanto a sus situaciones familiares, se les explicó que no existía ninguna respuesta correcta y que no estarían sometidas a juicios de valor.

Al comienzo, se pidieron datos sociodemográficos como son: edad, nacionalidad, ciudad donde habitaban, estado civil, profesión, ocupación actual y cuántas personas vivían con ellas en su núcleo familiar, además de las personas que solían recibir en sus casas habitualmente o cuidaban.

Las entrevistas fueron registradas mediante grabadora y fluyeron con naturalidad.

■ RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de las entrevistadas reflejan similitudes entre ellas, como podemos ver en la tabla 3.

En nuestra muestra, la edad media de las mujeres fue 71,6 años. Comprobamos que, una vez jubiladas, se ocupaban del cuidado de la casa, realizando el trabajo de “ama de casa”. Las 5 mujeres recibían en casa a sus hijos/as y/o sus cónyuges para comer o cuidar de sus nietos, o seguían viviendo con ellos.

Las categorías de respuesta obtenidas fueron cinco (fig. 1):

- **Categoría “Autoestima”:** Dentro de ella encontramos tres subcategorías:
 - *Subcategoría “concepto de autoestima”:* la definían como el valor que una persona se da a sí misma y quererse (EE01/EE04), encontrarse bien consigo mismas (EE02/EE05) o tener libertad para actuar o decidir sobre cualquier cosa (EE03).
 - *Subcategoría “valor”:* como respuesta a la pregunta: “¿Qué valor crees que tienes actualmente?” EE01 comentaba que no se valoraba: “si yo siempre me creo que las cosas no las hago bien del todo. No me valoro...”. Tanto EE01 como EE02 relacionaban esta falta de valor con la educación recibida, ya que las mujeres en su casa tenían menos oportunidades y valor que los hombres. Este hecho se apoya en la investigación de Saez y cols.⁷, pues relacionaban la baja autoestima de las mujeres con haber crecido dentro de

Tabla 1. Contextualización de entrevistas en casa (N = 3)

Entrevistas realizadas en casa			
	EE01	EE02	EE03
Lugar	Sala de estar	Patio	Salón
Día	Miércoles	Miércoles	Jueves
Hora de comienzo	16:36 horas	19:10 horas	10:25 horas
Tiempo empleado	59 minutos	70 minutos	60 minutos
Interferencias	No	Sí: – 1.ª: la llaman – 2.ª: la cuidadora de su madre aparece en el patio Ambas se solucionan en un corto espacio de tiempo	No
Percepción de la investigadora	La actitud de la entrevistada fue buena, mostraba interés por comprender las preguntas y motivación para responderlas	La actitud de la entrevistada fue muy positiva, justificaba sus respuestas en todo momento y tenía interés por argumentar sus concepciones	La entrevistada mostró una actitud buena y falta de confianza a la hora de contestar, alegando su falta de estudios

Tabla 2. Entrevistas en la Sala de Juntas del Centro de Salud de Vistabella (N = 2)

Entrevistas en la Sala de Juntas del Centro de Salud de Vistabella		
	EE04	EE05
Lugar	Sala de Juntas del C.S.	Sala de Juntas del C.S.
Día	Martes	Martes
Hora de comienzo	9:12 horas	10:25 horas
Tiempo empleado	63 minutos	47 minutos
Interferencias	Sí: – Una única interferencia; recibe una llamada de la cuidadora de su madre Se soluciona en un corto espacio de tiempo y continúa la entrevista	No
Percepción de la investigadora	La actitud de la entrevistada es buena, se muestra participativa en la entrevista y argumenta sus respuestas con su vivencia. Mantiene interés durante el trascurso de la entrevista	La actitud de la entrevistada es buena, aunque muestra timidez a la hora de contestar. Contesta a cada pregunta de la entrevista, pero no justifica detenidamente sus respuestas. Muestra seguridad por su experiencia vital

Tabla 3. Características sociodemográficas (N = 5)

Características sociodemográficas					
	EE01	EE02	EE03	EE04	EE05
Edad	72	76	73	69	68
Nacionalidad	Española	Española	Española	Española	Española
Ciudad	Murcia	Murcia	Murcia	Murcia	Murcia
Estado civil	Casada	Soltera	Casada	Viuda	Casada
Profesión	Auxiliar de enfermería	Auxiliar administrativa	Empleada del hogar	Auxiliar administrativa	Ayuda maternal
Ocupación actual	Ama de casa	Jubilada y cuidadora	Jubilada y ama de casa	Jubilada y cuidadora	Jubilada y ama de casa
Núcleo familiar	Marido	Madre	Marido e hija	Madre	Marido

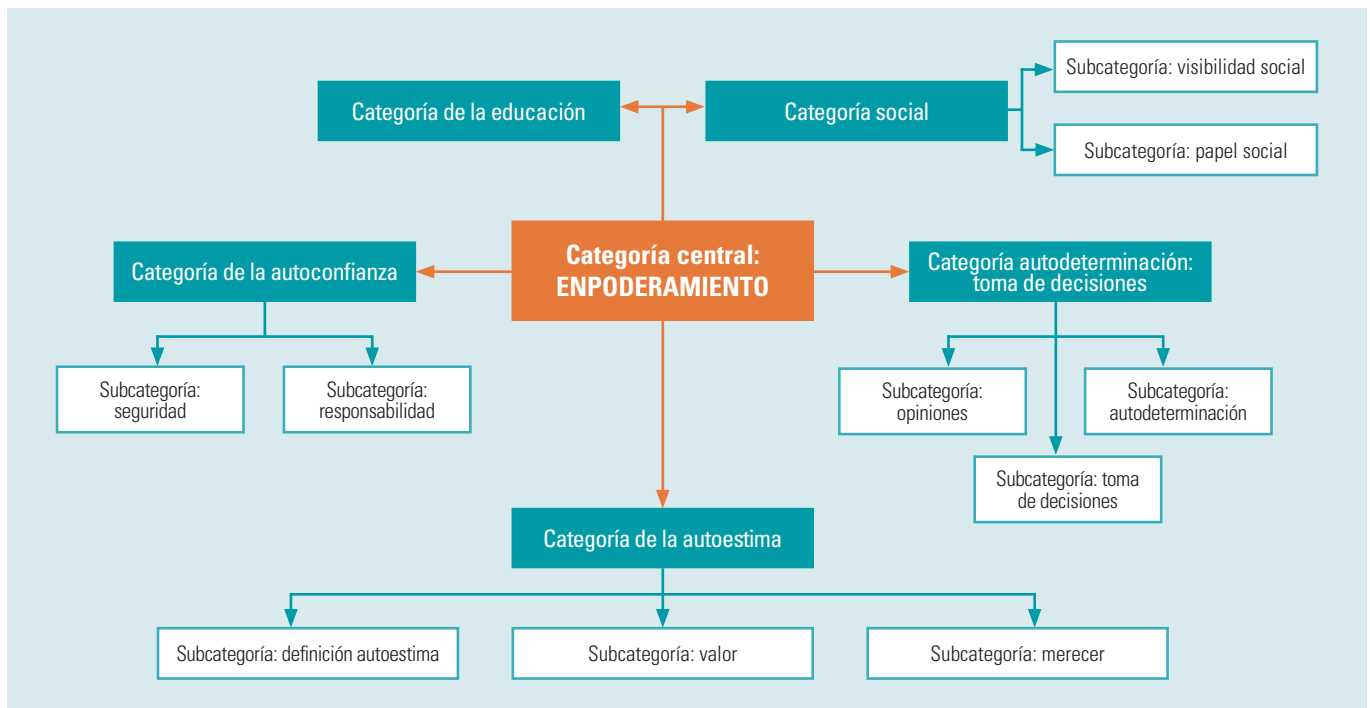


Figura 1. Mapa conceptual de categorías y subcategorías del empoderamiento.

un sistema patriarcal. EE03 expresaba que su estado de ánimo y su valor iban variando y que en la actualidad se encontraba mejor que antes. EE05 consideraba que sí creía tener valor para algunas cosas, sobre todo para ayudar a los demás. Por el contrario, EE04 ahora se siente menos valorada. Desde que se dedica al cuidado de su madre, expresaba “he empezado a fallar, a fallarme”, había perdido ilusiones y sentía merma en sus capacidades físicas.

- *Subcategoría “merecer”*: mediante la cuestión “¿Cuál es el valor que mereces?” pretendíamos conocer la diferencia entre el valor que creían tener las entrevistadas y el que creían merecer. Tres de las entrevistadas no consideraban que merecieran mayor valor del que tenían pues se habían acostumbrado a lo que recibían (EE01/EE02/EE05). Sin embargo, EE04 y EE03 pensaban que merecían mayor valor por parte de las personas que estaban a su alrededor. EE03 comentaba que merecía más, puesto que, en la actualidad, ella se valora más.

El hecho de conseguir una mayor autoestima podría servir de motivación para realizar talleres de empoderamiento, como se manifiesta en la investigación de Grabe⁸. En cuatro talleres, la autoestima era la principal variable que se modificaba tras la intervención⁹⁻¹².

- **Categoría “Autodeterminación-Toma de decisiones”**: en ella encontramos 3 subcategorías:
 - *Subcategoría “autodeterminación”*: expone la percepción sobre tener las riendas de sus vidas. Tanto EE01 como EE05, a la hora de realizar actividades para su beneficio propio, pensaban antes en los demás. “Yo prefiero perder antes de decir que no” (EE05). En esta línea, también EE02 y EE04, como cuidadoras de sus madres, decían vivir más las vidas de sus madres que las suyas propias. Sin embargo, EE03 comentaba que lleva las riendas de su vida desde que está libre de responsabilidades de cuidado: “ahora soy yo la que miro por mí y me siento yo bien”.

En una investigación realizada en un centro de atención primaria, la toma del poder para llevar las riendas de sus propias vidas en las mujeres se relacionaba con el aumento del autocuidado¹³.

- *Subcategoría “toma de decisiones”*: EE02 y EE04, dedicadas al cuidado, no sentían que tuvieran libertad para tomar decisiones sobre su vida. EE02 tenía limitaciones físicas y psicológicas, puesto que se sentía mal si dejaba a su madre en otras manos. Esto podría indicarnos un bajo nivel de empoderamiento en comparación con otros estudios, en los que tras realizar talleres de empoderamiento, las mujeres participantes incrementarían sus capacidades para tomar decisiones^{10,11,14}. A su vez, esto incidía en una mejora de la salud¹⁵. Sin embargo, las otras tres entrevistadas creían poder tomar decisiones sobre su vida puesto que sus maridos no les ponían límites.
- *Subcategoría “opiniones”*: da a conocer el valor que daban a sus opiniones tanto el resto como ellas. EE01 y EE05 pensaban que sus opiniones eran valiosas y tenidas en cuenta dentro de su núcleo familiar. Para EE02 y EE04 sus opiniones podían tener más valor o menos según el interlocutor, aunque para ellas mismas sí solían tener valor. En el caso de enfrentarse a una discusión, preferían “retirarse”. EE03 creía que sus opiniones tenían menor valor que las de sus hijas y su marido.
- **Categoría “Autoconfianza”**: encontramos dos subcategorías:
 - *Subcategoría “seguridad”*: EE01 tenía complejos puesto que su madre solía decirle “no sirves para nada”. Necesitaba aprobación familiar para actuar. EE02 sufría inseguridades físicas, como dolores articulares o falta de estabilidad. De la dedicación al cuidado de su madre nacía el miedo a no realizar actividades pospuestas y la inseguridad cuando delegaba el cuidado de su madre. EE03 se sentía inferior a los demás en algunas ocasiones y lo relacionaba con haber trabajado como empleada del hogar. Actualmente, desde su jubilación, se defiende mejor y tiene mayor seguridad. EE04 se

sentía insegura a la hora de poner límites. Además, físicamente, se encontraba más inestable, lo que relacionaba con la edad. No solía exigirle demasiado, hasta donde llegaba había llegado, pensamiento que compartía EE05 que no creía tener inseguridades.

- *Subcategoría “responsabilidad”*: la ayuda a los demás y el cuidado de sus familiares eran responsabilidades para las cinco mujeres entrevistadas. EE01 se había acostumbrado a tener esas responsabilidades puesto que la habían educado en ello. En el pasado formaba parte de una ONG, pero, actualmente, prefería quedarse con las responsabilidades que tenía: “No, no quiero muchas obligaciones, ¿sabes? No me apetece”. EE05 compartía este pensamiento. EE02 comentaba, al igual que EE04, que su principal responsabilidad era dirigir el mejor cuidado a su madre. Esta responsabilidad a veces la superaba, pero el cariño de su madre la compensaba. Expone: “Fíjate, hasta qué grado la responsabilidad... Pienso más en ella que en mí”. Aun así, tanto a EE02 como a EE04 les gustaría tener diferentes responsabilidades pero que no conllevaran ningún daño colateral a terceros. EE03 sentía culpabilidad si no ayudaba a alguien por dedicar ese tiempo a ella misma, pensando después: “no he sido responsable, me tenía que haber dejado esto”. Aun así, tendría más responsabilidades pues se sentía más ágil.

Los talleres de empoderamiento obtenían resultados positivos en calidad de seguridad y confianza de las mujeres^{8,10-12}, lo que potenciaría el autocuidado¹³, ya que este cambio puede aumentar la resolución de problemas y la toma de poder¹⁵.

- **Categoría “Social”**: el empoderamiento también es un proceso colectivo a nivel social:

- *Subcategoría “papel social”*: sobre los roles sociales, tres de las entrevistadas comentaban no tenían un papel social claro puesto que pasaban más tiempo en sus hogares y con sus familiares. EE01 manifestaba que si fuera “joven” se vería más capacitada para desenvolverse en sociedad. EE04 no tenía un papel social claro al dedicarse al cuidado de su madre y le entristecía no poder rehacer su vida. Y EE05 tampoco lo tenía, simplemente se encontraba más a gusto en casa. Por el contrario, EE02, pese a dedicarse al cuidado de su madre, intentaba realizar actividades en el Centro de la Mujer de su barrio y se sentía “muy sociable”. Y EE03, tras jubilarse y no tener que cuidar de sus hijas y nietos, tenía ganas de relacionarse en este plano y hacía actividades dentro del Centro de la Mujer. “Antes era más tímida y como no salía de aquí... pues no me relacionaba. Y ahora me relaciono”.

- *Subcategoría “visibilidad social”*: Tanto EE02 como EE04 sentían que eran menos visibles socialmente desde que cuidaban de sus madres. Aun así, la visibilidad de EE02 era mayor ya que participaba más socialmente. EE01, EE03 y EE05 sentían que las personas de su alrededor las tenían en cuenta. Amigas, vecinas y familiares solían acudir a ellas cuando tenían problemas o para hacer planes, como salir o tomar un café.

El empoderamiento no solo está relacionado con la participación social¹⁴, sino que también lo está con el funcionamiento en las comunidades, ámbitos laborales o educativos¹⁶. El acceso de personas mayores a la educación las convierte en actores sociales que participan de forma activa¹⁷.

En los talleres se refleja que el empoderamiento aumenta la acción social de las mujeres¹⁰ y se sienten capaces de hacer otras actividades a pesar de que puedan justificar no hacerlas porque “son para jóvenes”¹¹. A su vez, el asociacionismo entre ellas aumentaba la participación social y las acciones colectivas, junto a la autoestima¹⁸.

- **Categoría “Educación”**: las entrevistadas justificaban, con la educación recibida, la experiencia que tenían sobre las características del empoderamiento. Esta se trata de una “categoría emergente”.

En cuanto a la categoría “Autoestima”, EE03 justificaba la educación recibida en sus primeros años con su madre, mientras servía en las casas y lo aprendido de la familia de su pareja, con su necesidad de ayudar a los demás. Hablando del valor que merecía, por el hecho de ser madre ayudaba mucho a sus hijas y necesitaba más cariño de ellas. En esta línea, EE04 relacionaba la creencia de tener menor valor con la educación que su madre le proyectó puesto que tenía a sus hijos/as para “su servicio”.

La baja autoestima es una característica de las mujeres poco empoderadas y, en estos casos, se justifica por las relaciones de poder que se encuentran dentro del sistema patriarcal. Encontramos similitudes con el estudio de Sáez y cols.⁷, quienes concluyeron que este modelo de educación tiene consecuencias sobre las mujeres, ya que disminuye su autoestima al ser menos valoradas socialmente.

Por otra parte, existían referencias hacia la educación al tratar la “Autodeterminación-Toma de Decisiones”. EE01, EE02 y EE05 no sentían poder para tomar decisiones, ya que habrían sido educadas para asumir responsabilidades familiares y ayudar a sus padres y hermanos/as, dejando en un segundo plano sus propios deseos. Habían crecido en una época en la que las hijas no gozaban de las mismas oportunidades que los hijos. Así lo expresaba EE02: “Con lo cual, mis proyectos se quedaban a un lado”. Frente al cuidado de su madre, ella era la responsable y sus hermanos no colaboraban ya que, como decía su madre, “es que esto es para las hijas”. Este pensamiento también lo había heredado EE04.

Estas relaciones nos indican un déficit en la obtención del poder y, como consecuencia, un nivel de empoderamiento bajo. Sobre este tema, Martínez-Lirola¹⁹ establece una relación entre la educación y los diferentes mandatos de género, generando un empoderamiento bajo en las mujeres por la supremacía de las capacidades de los hombres.

En cuanto a la Categoría “Autoconfianza”, EE01 y EE04 sentían la obligación de cuidar de los demás, con inseguridades para expresarse libremente o tener responsabilidades diferentes, obteniendo menos oportunidades de alcanzar sus metas que sus hermanos.

En la “Categoría Social”, EE03 comentaba que la educación machista había generado unos ideales de cómo debe ser el comportamiento de una mujer socialmente, como casarse “bien casada”, creencias que abandonaba pues era “más moderna”. Una mujer “bien casada” sería aquella que acoge el rol reproductivo, heredado del sistema patriarcal, frente al productivo, asignado a los hombres. Estas diferencias de poder han mermado el empoderamiento de las mujeres socialmente, siendo menor su participación y reconocimiento que el de los hombres. Una mayor acción social por parte de las mujeres produciría un efecto positivo sobre la toma de poder y el empoderamiento¹⁶.

CONCLUSIONES

Tras haber llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre las principales características del empoderamiento y realizadas las entrevistas en profundidad en cuanto a la experiencia que tenían las mujeres participantes respecto a esas características, obtuvimos diferentes categorías de respuesta, por lo que podemos concluir que las entrevistadas, en general, parecían tener alteradas las características del estudio que miden el empoderamiento. Tanto la baja autoestima como el hecho de no llevar las riendas de su vida y no dar sus opiniones en el marco social, así como el hecho de sentir inseguridades y no desempeñar roles a nivel social, se relacionaban con la educación recibida fundamentada en el machismo.

Por otra parte, sentían sobrecargas y obligaciones a la hora de cuidar y ayudar a las personas que componían sus núcleos más cercanos. Esto nos muestra que existe un déficit en el empoderamiento de las mujeres de nuestro estudio y que el proceso de este debe empezar por cambiar las vivencias de estas categorías.

La principal limitación del estudio aparece en la selección de la muestra. Realizar solo cinco entrevistas podría alterar la interpretación de los resultados y la conclusión con validez externa. Por ello, la muestra debería ser más grande, consiguiendo más puntos de vista y experiencias para conocer el proceso de empoderamiento.

Otra de las limitaciones importantes se ha presentado a la hora de encontrar estudios cualitativos que tratasen esta temática y partieran de la experiencia de mujeres, lo que nos habría permitido poder comparar nuestros resultados con investigaciones semejantes.

El proceso de empoderamiento genera en las mujeres un deseo de asumir el poder que por derecho tienen pero que no habían cogido, tomar las riendas de su vida y tener libertad para decidir sobre la propia existencia. Es, en definitiva, un proceso mediante el cual las mujeres sienten que tienen una autonomía psíquica para llevar a cabo planes, proyectos, actividades; crear relaciones; aceptar nuevos roles y responsabilidades; decidir sobre todo lo que les concierne, y tomar el control sobre sus vidas.

Los profesionales de enfermería actúan como agentes de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación para adoptar há-

bitos de vida saludables, también como promotores del autocuidado y la autonomía. Por lo tanto, vemos que existe un propósito común entre el proceso de empoderamiento y la enfermería, que es conseguir un fin de independencia, autonomía y bienestar, lo que conllevaría una mejora en el autocuidado.

Se recomienda replicar este estudio con una muestra más grande y en las distintas zonas básicas de salud de cada área de salud de la Región de Murcia. Obtendríamos más información y diversidad, al contar con mujeres de zonas urbanas y rurales.

También sería recomendable realizar grupos de discusión en cada zona básica de salud, para que las participantes reflexionasen sobre este proceso y sus características del empoderamiento y, finalmente, llegasen a una conclusión entre todas. Una vez conocidas las experiencias, se podría realizar una intervención con cada grupo de mujeres realizando talleres, charlas o actividades en grupos, con los que conseguir su empoderamiento.

A su vez, podría tratarse este tema desde un punto de vista intergeneracional, realizando estos talleres o actividades con grupos que reúnan a mujeres de diferentes edades. Estos cambios en el empoderamiento se generarían en el presente y en diferentes etapas de la vida ■

Conflicto de intereses

No se declaran conflictos de intereses de ningún tipo en el desarrollo de esta publicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations. Fourth World Conference on Women Beijing, China; 1995. [Acceso 20 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/decision.htm>
2. United Nations Development Programme. Table 5: Gender Inequality Index 2014. [Acceso 20 de abril de 2017]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/es/composite/GII>
3. Bureau PR. 2015 World Population Data Sheet. With an special focus on women's empowerment. Washington DC: USAID; 2015.
4. IMERSO. Libro blanco: Envejecimiento activo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2011.
5. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Consumo MdSy; 2008. p. 9-14.
6. Sastre H. Del síndrome de la desatención ciega a los autocuidados que empoderan a las mujeres. Barcelona: Combatimos la medicalización. XV Seminario de Autoformación de REDCAPS; 2013.
7. Sáez G, Valor-Segura I, Expósito F. ¿Empoderamiento o Subyugación de la Mujer? Experiencias de Cosificación Sexual Intrapersonal. *Psychosocial Intervention*. 2012;21(1):41-51.
8. Grabe S. An empirical examination of women's empowerment and transformative change in the context of international development. *Am J Community Psychol*. 2012;49(1-2):233-45.
9. Féliz Mera C. Talleres de empoderamiento femenino y su efecto en la autoestima de adolescentes en la Ciudad de Quito. Quito, Ecuador: Universidad San Francisco de Quito; 2012.
10. Escobar Aguirre DM, Escobar Sarria JM, Paz Martínez OP. Metodología de evaluación con Perspectiva de Género (GEM) para Telecentros: Una herramienta de aprendizaje para el cambio y el empoderamiento. *Poliantea*. 2012;8(14):163-88.
11. Del Prete A, Gisbert M, Camacho MM. Las TIC como herramienta de empoderamiento para el colectivo de mujeres mayores. El caso de la comarca del Montsià (Cataluña). *Revista de Medios y Educación*. 2013(43):37-50.
12. Pereira Gatica SA, Jiménez Figueroa AE. Empoderamiento, autoestima y violencia contra la mujer en la pareja según la etapa de ingreso y egreso en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asisten a un programa de atención psicosocial en la ciudad de Curicó. Talca: Universidad de Talca; 2012.
13. Sánchez Gómez S, Medina Moya JL, Mendoza Pérez de Mendiguren B, Ugarte Arena AI, Martínez de Albéniz Arriaran M. Investigación acción participativa: la educación para el autocuidado del adulto maduro, un proceso dialógico y emancipador. *Aten Primaria*. 2015;47(9):573-80.
14. Banda Castro AL, Molares Zamorano MA. Empoderamiento psicológico: un modelo sistémico con componentes individuales y comunitarios. *Revista de Psicología*. 2015;33(1):3-20.
15. Serrani Azcurra D. Elders Health Empowerment Scale. Spanish adaptation and psychometric analysis. *Colomb Med*. 2014;45(4):179-85.
16. Banda-Castro AL, Morales-Zamorano MA, Flores-Varela R, Vane-gas-Lizárraga AC. Promoción de salud mental mediante el desarrollo de agencia humana y empoderamiento: enfoque intrapersonal. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2014;32.
17. Da Silva Oliveira RC, Scortegagna PA. Universidad abierta a las personas adultas mayores: Espacio de pedagogía social, educación y empoderamiento. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*. 2015;15(3):1-18.
18. Moreno Vallejo JR. Participación y Empoderamiento de las mujeres rurales y su aporte para mejorar las condiciones de pobreza y diseño de Políticas Públicas con Equidad de Género. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide de Sevilla; 2015.
19. Martínez-Lirola M. Explorando la invisibilidad de mujeres de diferentes culturas en la sociedad y en los medios de comunicación. *Palabra Clave*. 2010;13(1):161-73.