



UNIVERSIDAD DE MURCIA

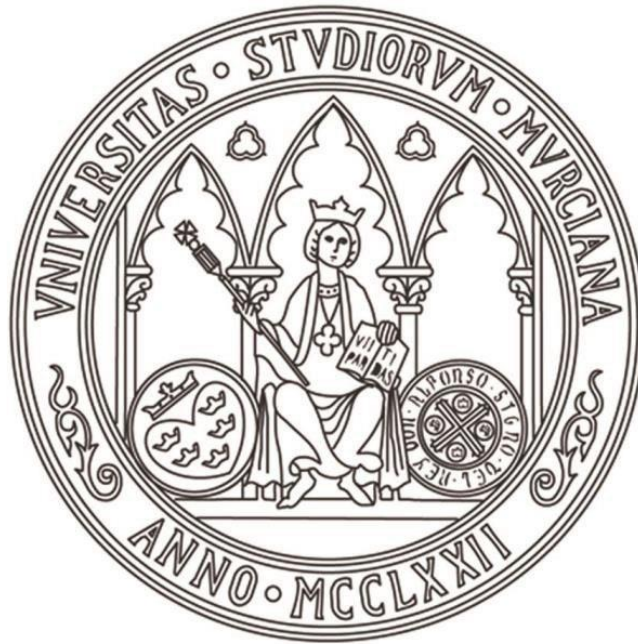
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

Mejorar el autocuidado en mujeres de 60 a 80 años mediante el
fomento del empoderamiento

D^a Tania Ros Sánchez

2023



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Mejorar el autocuidado en mujeres de 60 a 80 años mediante el
fomento del empoderamiento

Autora: Tania Ros Sánchez

Directoras: Eva Abad Corpa y María Beatriz Lidón Cerezuela

2023



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA EN MODALIDAD DE COMPENDIO O ARTÍCULOS PARA
OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. TANIA ROS SÁNCHEZ

doctorando del Programa de Doctorado en

CIENCIAS DE LA SALUD

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Mejorar el autocuidado en mujeres de 60 a 80 años mediante el fomento del empoderamiento.

y dirigida por,

D./Dña. EVA ABAD CORPA

D./Dña. MARIA BEATRIZ LIDÓN CEREZUELA

D./Dña.

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Además, al haber sido autorizada como compendio de publicaciones o, tal y como prevé el artículo 29.8 del reglamento, cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 29 de SEPTIEMBRE de 2023

Fdo.: TANIA ROS SÁNCHEZ

Firmado por Tania Ros Sánchez -
48739805-E, el día 29/09/2023
con un certificado emitido por
AC FNMT

A todas las mujeres de mi existencia.

También a las que conviven fuera de ella, sin conocernos.

A las que dejan rastro, a las que hacen historia.

A las que permiten las historias.

A todas: mi agradecimiento y mi compromiso.

Hermanas, desde todos los puntos del mundo.

Con diversas ideas, experiencias y pensamientos.

Ante todo: sororidad.



D^a. Eva Abad Corpa, Profesora Contratada Doctora Vinculada de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Mejorar el autocuidado en mujeres de 60 a 80 años mediante el fomento del empoderamiento", realizada por D^a. Tania Ros Sánchez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 20 de Julio de 2023

Firmado por ABAD CORPA EVA - ***2149** el
día 20/07/2023 con un certificado emitido
por AC FNMT Usuarios



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. M^a Beatriz Lidón Cerezuela, Profesora Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Mejorar el autocuidado en mujeres de 60 a 80 años mediante el fomento del empoderamiento", realizada por D^a. Tania Ros Sánchez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 24 de julio de 2023

Formato: PDF/A-1a (ISO 24453:2015) | Versión: 1.0 | Fecha: 2023/07/24 | Hora: 14:30 | Usuario: bldon@um.es | Documento: 01-198101-PDF-A-1a



Código seguro de verificación: RUXFMxp-SI2PZun9-N72MXsg/-hUWSARau

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Nota: es una copia electrónica legible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 39.5 a) de la Ley 39/2010, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>

AGRADECIMIENTOS

Estoy en mi campo en estos momentos, mientras escucho de fondo “La niña de Antequera”. Bueno, no solamente yo, mi abuelo. Él, que desde que puede escuchar música cuando quiera, no deja de hacerlo. Y se sienta en su sillón, cierra sus ojos y comienza su concierto por los clásicos de la música. Entre tantas canciones, las mujeres aparecen para unir frases y hacer, de ello, arte. Eso me inspira.

Supongo que la música ha unido más que separado. Y tanto que más. La banda sonora de cada instante, de los que son detalles y de los que son grandes momentos para recordar de por vida. Yo agradezco, y así empiezo, a esta vida que me toca vivir con mi gente, y que empezó con la unión de mis referentes vitales: mi abuela, Juana y mi abuelo, Antonio.

Mi agradecimiento debe empezar por ellos, por enseñarme estos valores y principios que se forjan fuertes en mí. Son inquebrantables y nadie podrá con ellos. Esos valores me han llevado hasta aquí, hasta querer hacer justicia vital y personal en mujeres que han dedicado su tiempo al resto en detrimento del suyo propio. Este patrón, también lo he vivido en casa. En todas las casas en las que la vida me ha permitido desarrollarme: la de mi abuela, la de mi madre, la de mi tía.

Y mientras escucho esa voz femenina que emana de ese dispositivo que hace feliz a mi abuelo, él me dice que ojalá que pudiera conocer a esta mujer porque es muy valiosa. Y ante eso, le pregunto: “¿y la yaya qué?” y él me dice, como siempre: “y la yaya también”.

Agradecer simboliza admirar, y eso es lo que nace en mí cuando pienso en mi familia Monterona y Pellejas. Y pienso, de una forma recurrente y afirmando que es correcto, que nacer en esta familia me impulsa al cambio porque me hace tocar la realidad. Porque no pasa en balde la injusticia, porque aquí siempre hubo quien habló de que algo no era correcto, y porque “las mujeres” han orientado mi vida siempre, con sus mimos y su cariño, pero también con rotundidad. Todas ellas, absolutamente todas, forman parte de este documento que es mi Tesis Doctoral.

Agradezco a mi madre, Mari, su persistencia y sus grandes esfuerzos para que pudiera, algún día, estudiar. También su cariño, su apoyo ciego, su abrazo que significa cobijo, su mirada sincera. Su existencia, que para mí es un regalo. Agradezco la estructura familiar que me sujeta, pese a las pérdidas de otras personas. Han creado funcionalidad y futuro en un sistema previsiblemente carente de aquello que “necesita” cualquier familia. Pero realmente, da igual la cantidad de miembros de esa familia, lo importante es la calidad. Frase manida, repetida en muchas ocasiones, y por algo será. Gracias también a esta lección vital.

He visto como el merecimiento no era igual para las mujeres que para los hombres. He visto como no ser puntual era absolutamente incomprensible para ellas y normal para ellos. Como si ellas no merecieran que alguien las esperase.

También he visto horas y horas de cuidados. Cuidados al hogar, a descendientes y, también, a progenitoras y progenitores. He observado un “al final no puedo ir” porque el cuidado primaba por encima de todo. He sido testigo de que, efectivamente, cuando mi abuela o mi madre han dicho alguna vez que no se habían sentado en todo el día, era una realidad. Y no porque no lo hubieran hecho en esos microsegundos que se pueden disfrutar entre una faena y otra, es que realmente no se han sentado a pensar en ellas y a reflexionar sobre sus vidas. ¿Sabrán lo que les gusta? ¿Sabrán sus prioridades y sus preferencias? Esto también me han impulsado a dar este paso. Gracias, pese a que suene egoísta porque jamás querría que esto se siguiera reproduciendo en vuestras vidas ni en la de ninguna otra. Esta investigación quiero que sea un reconocimiento a vuestra labor y el inicio de un camino hacia otra faceta de vuestras vidas.

Otras mujeres se han sumado a este camino. Primero apareció Beatriz en mi vida, que fue mi tutora de TFG en el Grado de Enfermería, mi tutora de TFM en el Máster y, posteriormente, mi Directora de Tesis. Entre tanto, pese al trabajo, mi amiga Bea. Cuando habla, solo puedes escuchar. Cuánta grandeza en sus palabras, cuánta reflexión en su ser. Ella me contó una vez una anécdota que comentaba en clase: “¿es que solo a las madres les gustan las patas de los pollos en las comidas?”. ¡Menuda realidad! Porque cuando todas estas madres sacaban sus guisos a la mesa y empezaban a repartir, dejaban todo lo mejor de

ese pollo para la familia y, para ellas, no merecedoras, solo quedaban esas patas. Y, oye, parecía que les encantaban. ¿Cuántas veces se han tenido que conformar y lo hemos permitido? O ese batir, de un lado para otro de la casa, para servir al resto. Sentarse las últimas a comer. Quedarse, incluso, solas comiendo. Recoger la mesa después, mientras todo el mundo duerme, para enlazarlo con otra tarea y pasar, otro día de estos, sin sentarse en todo el día.

Cuando agradecemos lo hacemos desde el corazón porque nos ha dado una experiencia y, esa experiencia, una lección. Así me siento yo de agradecida con las puertas para dentro de mi casa, pero también con las puertas para fuera.

A Bea le brillan los ojos, pero no veas como le sonrío el gesto a Eva cuando todas nos encontramos. Ella apareció en esta etapa, hace 7 años, cuando Bea y yo la buscamos para dirigir este Doctorado. “Empoderamiento”, la palabra que necesita horas de reflexión. Y, aun así, pese a ser una Investenera con todo el trabajo del mundo a realizar en investigación, dio un rotundo sí y nos presentó la Investigación-acción-participativa como herramienta. Ella, siempre dispuesta a entregar y acompañar, ha sido un eslabón importantísimo en este camino. Qué suerte he tenido.

Y con ellas, mi Doctosister, Yolanda. Yolanda es razón y objetividad. Con ella me encontré en un Proyecto de Investigación en Vistabella, allá por 2016. Ella es orden, y de eso yo necesito mucho. También es leal y te acompaña en todos los caminos, por eso el empoderamiento tampoco se le pudo resistir. Supongo que también le unió el vínculo y el cariño que se ha ido creando entre nosotras. A día de hoy es otra de mis imprescindibles, otra raíz que va más allá de la capa de la investigación, que se entrega a capas más profundas, a las personales, a las de la amistad.

Este equipo, Bea, Eva, Yolanda y Tania, es un equipo que ha emanado de la sororidad. Somos una red de cuidados, de apoyo, de conocimientos y de empuje. Mejorar el autocuidado fomentando el empoderamiento empezó el día en el que nos vimos las cuatro y nos observamos coprotagonistas de historias vitales similares. Y nuestra unión ha significado cambio, ha significado empoderamiento. Infinitas gracias a mis amigas investigadoras, a las que admiro

y admiraré hasta que tenga conciencia de que la vida me ha regalado pertenencia.

Gracias a las personas que han aportado su trabajo, su tiempo y sus conocimientos a este trabajo. A Cristóbal Meseguer, compañero y profesor de la Facultad de Enfermería, que me ha hecho reír mucho entre cada enseñanza de su parte. A Francisco José López, que me ha acercado al SPSS sin tensiones ni agobios, haciéndolo fácil, como trabajar con él.

Gracias a Joaquín León que, con cariño, me ha hecho llegar mucha de la biografía que aquí puedes encontrar. Me ha regalado su tiempo y su energía, se ha entregado también a esto del empoderamiento y el autocuidado. Es una persona especial y ha sido otro de los regalos de esta etapa doctoral.

Especial agradecimiento al Grupo de Investigación “ENFERAVANZA”, del Instituto de Investigación Biosanitaria IMIB-Arrixaca. Es un grupo de aprendizaje y soporte, y me siento orgullosa por formar parte de él con personas tan potentes y referentes.

Gracias a mis amigas y amigos que, durante estos años han escuchado mis experiencias en este camino y lo han hecho desde la paciencia. Gracias, especialmente, a mi primo, amigo y compañero de vida, Ismael. Que con esa sonrisa incansable ha recorrido este camino también conmigo, ha leído parte de ello, ha traído oxígeno a mis momentos de agotamiento y me ha acompañado, y me acompaña, incansablemente por los caminos de la vida, traigan lo que traigan.

Y gracias, con fuerza y con orgullo, a las mujeres que han participado en esta IAP y han incrementado su empoderamiento y su autocuidado. Por las horas de trabajo de sí mismas, del self. Por la dedicación, al menos durante unas horas, a sí mismas. Es un regalo. También por sus aportaciones, por reorientar la intervención, por la confidencialidad, por la lealtad, por ser empuje y por dar tanto cariño en un espacio tan pequeño pero con tanta fuerza. Gracias a ellas, todo esto es posible. Y gracias a ellas, yo también hoy me cuido un poco más y me quiero un poco más.

Un camino que llega a una especie de puente que me lleva a otro camino distinto. Pero que me permite ver el camino del que vengo. Y me permite, también, estar orgullosa. Y, además, es un camino que recorro con toda la gente que he nombrado y otra tanta que, agradecida también, saben que forman parte de esto.

Es el camino del empoderamiento, de la sororidad, de la unión. El camino feminista, hacia la igualdad, de puertas para fuera y de puertas para dentro. En el mundo interior, en el mundo exterior. Porque necesitamos cambios desde la equidad para alcanzar la igualdad. Porque es de justicia que las mujeres tengamos proyectos propios y no tengamos que elegir entre lo personal y lo profesional. Un camino para unir a todas las que superan barreras, no sin antes haberlas sufrido. Pero que es un camino que nos recoge a todas.

Porque este paso lo doy por todas. Y ya no es que vayamos a por todas, es que vamos con todas.

PRESENTACIÓN DE ESTA TESIS POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES

Este documento, que lleva por nombre “Mejorar el autocuidado en mujeres de 60 a 80 años mediante el fomento del empoderamiento”, se presenta como tesis por compendio de publicaciones conforme al *Artículo 29 del Reglamento de Doctorado de 22 de julio, “Procedimiento y directrices para tesis doctorales en modalidad de compendio de publicaciones”, aprobado en la Comisión General de Doctorado el 21 de septiembre de 2022 y Resolución del Rector de la Universidad de Murcia R-1139/2022, de 23 de septiembre, por la que se establecen las normas y documentos para la aplicación del Reglamento de Doctorado.*

Las investigaciones que se presenten bajo dicha modalidad han de contener, necesariamente, los siguientes apartados adicionales:

- a) Una introducción general, en la que se presenten los trabajos y se justifique la unidad científica de la tesis.
- b) Un resumen global de los objetivos de la investigación y de las conclusiones finales, en el que se unifiquen los resultados parciales presentados en cada uno de los trabajos.
- c) Una copia completa de los trabajos (artículos, capítulos de libros o libros, etcétera). Debe figurar la referencia completa de los trabajos, de los datos personales de todos los autores y de la revista en que se han publicado. El doctorando debe especificar cuál ha sido su aportación en los trabajos incluidos.
- d) Copias de las cartas de aceptación de las publicaciones de que consta la tesis, en el caso de trabajos pendientes de publicación.

A lo largo de los siete años de Doctorado en los que se ha desarrollado esta tesis, se han publicado tres artículos científicos en revistas indizadas en bases de datos internacionales de reconocido prestigio que son: Revista Española de Salud Pública, Revista Enfermería Clínica y Journal of Advanced Nursing.

Estos trabajos aportan datos sobre la calidad de vida, el autocuidado y el empoderamiento en mujeres mayores, así como estrategias para trabajar, de forma grupal, el proceso de empoderamiento con el fin generar mejoras en el autocuidado.

-Programa Activa-Murcia: Análisis secundario, con perspectiva de género, sobre la calidad de vida en mujeres participantes (1). Ros-Sánchez, T; Lidón-Cerezuela, B; López-Román, F J; López-Benavente, Y; Meseguer-Liza, C; Abad-Corpa, E. Rev. Esp. Salud Pública, 2020; 94; 20 de octubre e1-11.

RESUMEN

Fundamentos: El sedentarismo es un problema de Salud Pública, influenciado por brechas de género y edad. Las mujeres mayores son más sedentarias, lo que repercute en su calidad de vida. El objetivo general de este trabajo fue evaluar el impacto del Programa Activa-Murcia sobre la calidad de vida de las participantes en dicho programa.

Métodos: Se realizó un análisis secundario con perspectiva de género de un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de una cohorte de mujeres que habían participado en el Programa Activa-Murcia, evaluándose las dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y las puntuaciones según tres franjas etarias y el ámbito en el que vivían. Se realizó un análisis de medidas repetidas mediante ANOVA, y para el análisis por pares se utilizó el Test de Bonferroni.

Resultados: La muestra la componían 1.140 mujeres. La dimensión “Salud General” mejoró alrededor de 3 puntos, excepto en las mayores de 60 años. Aumentaron las puntuaciones de forma inversamente proporcional a la edad en siguientes dimensiones: “Vitalidad”, en 9,9, 6,2 y 3,9 puntos; “Salud Mental”, en 7,7, 5,6 y 3,7 puntos; y “Evolución Declarada de Salud”, en 11,2, 8,6 y 7,6 puntos. Las mujeres entre 30-44 años rurales y las mayores de 60 años urbanas no mejoraron en “Función Social”. Sobre el “Rol Emocional”, las mujeres entre 30-44 años y las mujeres entre 45-59 años de zona urbana mejoraban ($p < 0,05$). Existió asociación estadísticamente significativa entre tener mayor edad y mejorar menos en “Vitalidad”, “Rol Emocional” y “Salud Mental”.

Conclusiones: Las mujeres mayores mejoran menos en las dimensiones de la calidad de vida, lo que podría indicar, entre otros motivos, un déficit de empoderamiento.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, Mujer, Ejercicio, Empoderamiento, Género y Salud, Envejecimiento.

-Participatory Action Research on empowerment in older women: A theoretical-methodological analysis (2). Ros-Sánchez, T; Abad-Corpa, E; López-Benavente, Y; Lidón-Cerezuela, MB. Enfermería Clínica, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.016>.

ABSTRACT

This article aims to conceptually and methodologically analyse the use of Participatory Action Research (PAR), through field research, in order to increase knowledge about it, and to illustrate its strengths and weaknesses to encourage its use in Health Sciences.

Within qualitative methodology, PAR can be used as a tool for the analysis of change and transformation, whose objective is the emancipation and liberation of people who find themselves in an oppressive social context.

The assessment of this approach is based on field research with older women who sought to improve their self-care through empowerment. For this purpose, PAR was undertaken, consisting of 22 sessions and two individual telephone calls where qualitative and quantitative data generation tools were used; all this through the most critical modality of PAR. In an exercise of reflexivity, modifications and improvements in the intervention were detected to work with older women in future research.

The analysis carried out makes it possible to generate new knowledge on PAR for future research thanks to the identification of critical points: the link generated, the adaptation of tools to older women, and the handling of the high volume of data produced.

KEYWORDS: Empowerment for health; Women's health; Qualitative research; Self-care; Health sciences; Participatory research

-Promoting empowerment and self-care in older women through participatory action research: Analysis of the process of change (3). Ros-Sanchez, T; Lidon-Cerezuela, MB; Lopez-Benavente, Y; Abad-Corpa, E. *J Adv. Nurs.* 2023; 00:1-12. DOI: 10.1111/jan.15573

ABSTRACT

Aim: To generate and understand the process of change in the empowerment of women from 60 to 80 years old through a Participatory Action Research. **Specific aim:** To analyse the women participants' experiences concerning empowerment and self-care.

Design: We use the Participatory Action Research approach (in its critical option) in the Socio-critical Paradigm and applying the Kemmis and McTaggart Model.

Methods: A group of 10 women participants from 60 to 80 years old was created and developed the Participatory Action Research from June 2019 to May 2020. This group was involved in 22 group sessions, individual interviews, reflective diaries and triangulation with quantitative data.

Results: Findings were interpreted based on the Gestalt Self Theory. Women generated changes in their empowerment based on three characteristics (self-determination, self-esteem and self-confidence) and, consequently, in their self-care. They did so according to two distinct patterns of behaviour: Leader women and follower women. The former took the lead in transforming their realities and the latter observed them and evolved in a slower and more reflective manner. These changes had an impact on the most individual level (inner world) and went beyond that barrier, modifying in turn their immediate surroundings and the social level (outer world).

Conclusions: The group of older women began to consider their needs and consider themselves as important once they worked on their self-determination, self-esteem and self-confidence; we show these are key aspects to work on their empowerment and promote their self-care.

Impact: The patterns of behaviour and dimensions of empowerment detected may help in future research designs and emancipatory community interventions in this population group.

KEYWORDS: Aging, empowerment, empowerment for health, gender perspective, health promotion, nursing, participatory research, qualitative research, self-care, Women's health.

INFORME, DE DIRECTORAS DE TESIS, JUSTIFICATIVO DE LA PRESENTACIÓN DEL
COMPENDIO DE PUBLICACIONES COMO TESIS DOCTORAL

DOCTORANDA: Tania Ros Sánchez

DIRECTORAS: Dra. Eva Abad Corpa y Dra. María Beatriz Lidón Cerezuela.

TÍTULO DE LA TESIS: Mejorar el autocuidado en mujeres de 60 a 80 años mediante el fomento del empoderamiento.

ARTÍCULOS QUE CONFORMAN LA TESIS POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES:

1. Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela B, López-Román FJ, López-Benavente Y, Meseguer-Liza C, Abad-Corpa E. Programa ACTIVA-Murcia: Análisis secundario, con perspectiva de género, sobre la calidad de vida en mujeres participantes. Rev Esp Salud Publica. 2020;94:e1-11.
2. Ros-Sánchez T, Abad-Corpa E, López-Benavente Y, Lidón-Cerezuela MB. Participatory Action Research on empowerment in older women: A theoretical-methodological analysis. Enfermería Clínica (English Ed). 2023;33:141-8. DOI: 10.1016/j.enfcli.2021.10.016
3. Ros-Sanchez T, Lidon-Cerezuela MB, Lopez-Benavente Y, Abad-Corpa E. Promoting empowerment and self-care in older women through participatory action research: analysis of the process of change. J Adv Nur. 2023;1-12. DOI: 10.1111/jan.15573

Las abajo firmantes, D^a Eva Abad Corpa y D^a María Beatriz Lidón Cerezuela, como Directoras de Tesis de la Doctoranda D^a Tania Ros Sánchez, INFORMAN que:

- La doctoranda es autora de los artículos que conforman la Tesis Doctoral como compendio de publicaciones.
- Todos los artículos han sido aceptados con posterioridad a la presentación del Proyecto de Tesis de la doctoranda.

- Los tres artículos han sido publicados en revistas indexadas en el Journal Citation Report (JCR). En el caso de los dos primeros, en el Q4 y, del tercero, en el Q1, de sus categorías, y en bases de datos de reconocido prestigio.
- Los tres artículos que conforman la Tesis por compendio de publicaciones tienen un valor científico por sí mismos, y configuran una unidad científica. Todos ellos son resultados originales de la investigación de la doctoranda.

SR/SRA. PRESIDENTE/A DE LA COMISIÓN GENERAL DEL DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA.

La Tesis concluye la actividad investigadora realizada por la doctoranda durante sus estudios de Doctorado entre los cursos 2016/2017 y 2022/2023, realizados con excelentes niveles de dedicación y aprovechamiento, demostrando haber logrado una preparación y nivel de competencia suficientes para poder optar al grado de Doctora.

Por tanto, y para que así conste y surta los efectos oportunos, el presente documento es firmado por las Directoras de Tesis Doctoral, como justificación y autorización de la Tesis por parte de la Doctoranda D^ª Tania Ros Sánchez como compendio de publicaciones.

En Murcia, 2023.

Directora de Tesis

Directora de Tesis

Dra. Eva Abad Corpa

Dra. M^ª Beatriz Lidón Cerezuela

INFORME DE APORTACIONES DE LA DOCTORANDA EN LOS ARTÍCULOS DE LA TESIS DOCTORAL POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES

Yo, Tania Ros Sánchez, con DNI 48739805E, en calidad de alumna del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Murcia,

INFORMO QUE:

He participado activamente en la investigación cuyos resultados se plasman en los siguientes artículos, habiendo aportado los aspectos que se citan en cada uno de ellos:

1. Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela B, López-Román FJ, López-Benavente Y, Meseguer-Liza C, Abad-Corpa E. Programa ACTIVA-Murcia: Análisis secundario, con perspectiva de género, sobre la calidad de vida en mujeres participantes. Rev Esp Salud Publica. 2020;94:e1-11.

Aportación:

- Diseño de la investigación
- Búsqueda bibliográfica
- Recogida de datos
- Análisis e interpretación de los datos y resultados
- Redacción de manuscrito original y posteriores versiones
- Revisión crítica del manuscrito en cuanto a contenido intelectual importante
- Correspondencia con editores y revisores

2. Ros-Sánchez T, Abad-Corpa E, López-Benavente Y, Lidón-Cerezuela MB. Participatory Action Research on empowerment in older women: A theoretical-methodological analysis. Enfermería Clínica (English Ed). 2023;33:141-8.

Aportación:

- Concepción y diseño de la investigación
- Búsqueda bibliográfica
- Recogida de datos
- Análisis e interpretación de los datos y resultados

- Redacción de manuscrito original y posteriores versiones
- Revisión crítica del manuscrito en cuanto a contenido intelectual importante
- Correspondencia con editores y revisores

3. Ros-Sanchez T, Lidon-Cerezuela MB, Lopez-Benavente Y, Abad-Corpa E.
Promoting empowerment and self-care in older women through participatory
action research: analysis of the process of change. J Adv Nur. 2023;1–12.

Aportación:

- Concepción y diseño de la investigación
- Búsqueda bibliográfica
- Recogida de datos
- Análisis e interpretación de los datos y resultados
- Redacción de manuscrito original y posteriores versiones
- Revisión crítica del manuscrito en cuanto a contenido intelectual importante
- Correspondencia con editores y revisores

En Murcia, 2023.

Doctoranda

Firmado por Tania Ros
Sánchez - 05-E , el
día 25/07/2023 con un
certificado emitido por AC
FNMT

D^a Tania Ros Sánchez

Directora de Tesis

Firmado por ABAD CORPA EVA -
***2149** el día 20/07/2023
con un certificado emitido
por AC FNMT Usuarios

Dra. Eva Abad Corpa

Directora de Tesis

Dra. M^a Beatriz Lidón Cerezuela

Formato EVA ABAD CORPA, Fecha: 2023/07/20 16:46:22, Email: eabac@um.es, Cve-AC FNMT Usuario: 01-cve-AC FNMT EVA-CVE-ER, Fuente: MARRABIA BELLECH ORIZUELA, Fecha: 2023/07/20 16:55:01, Email: orizue@um.es, Cve-AC FNMT Usuario: 01-cve-AC FNMT EVA-CVE-ER



JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD CIENTÍFICA DE LA TESIS

El interés por el empoderamiento de las mujeres mayores como estrategia de autocuidado surge a raíz del estudio llevado a cabo con este grupo de población en el Máster de Salud, Mujer y Cuidados en la Universidad de Murcia para el Trabajo Final. En esta investigación inicial, nos acercamos a conocer las experiencias de las mujeres mayores en relación al empoderamiento. Los resultados arrojaron un déficit en el mismo, relacionándose con una carencia de autocuidado.

Tras finalizar dicho Máster, inicié mis estudios de Doctorado en la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia con el objetivo de profundizar en el empoderamiento como herramienta de fomento del autocuidado en mujeres cercanas a la etapa vital de la vejez o ya incluidas en ella. El análisis de diferentes enfoques de investigación me llevó a elegir la investigación acción participativa (IAP) para mi trabajo de campo, dándome la oportunidad de profundizar teóricamente en esta perspectiva.

Iniciando el trabajo de campo para promover el empoderamiento como estrategia de autocuidado en mujeres de entre 60 y 80 años, tuve la oportunidad de acceder a la base de datos del Programa Activa-Murcia, previa petición y consentimiento para ello. Así, pudimos analizar la calidad de vida, otro de los elementos clave por su relación con el empoderamiento y el autocuidado, en las mujeres de la Región de Murcia que habían participado en este programa de fomento del ejercicio físico.

El vínculo entre los conceptos de calidad de vida, autocuidado y empoderamiento es muy estrecho. El aumento de uno de ellos, repercute positivamente en el incremento del resto y de igual forma cuando se encuentran deficitarios. Son elementos clave en la salud de la población en general, pero especialmente en la salud de las mujeres mayores, teniendo en cuenta la atención no priorizada de su salud.

Atendiendo a los datos del estudio cuantitativo sobre calidad de vida, continuamos con el trabajo de campo desarrollando directamente la IAP con las participantes. Si bien este enfoque ha sido utilizado con profesionales, su uso tanto con población general, como con mujeres mayores, es escaso. Este diseño de investigación tiene como objetivo la transformación, la emancipación y el empoderamiento de grupos poblacionales que se

encuentran en contextos discriminatorios, siendo la orientación ideal para trabajar el empoderamiento con las mujeres mayores capaz de generar un cambio.

El análisis de la IAP con mujeres mayores ha incluido una evaluación teórica y metodológica. A su vez, se ha logrado una valoración de los resultados obtenidos en relación al proceso de cambio y al de empoderamiento.

El trabajo pretendía detectar los déficits de las mujeres mayores en el terreno de la salud y el autocuidado, generar una intervención que lograra un cambio en el sentido de incrementar la atención de la salud de las mujeres y, además, que ese cambio fuese simultáneo al trabajo de campo. Utilizando este enfoque, hemos cumplido con las premisas iniciales.

Entendemos que la unidad científica de esta tesis está justificada, desde la atención a los diferentes conceptos, desde una perspectiva transversal, así como por el uso de metodología mixta.

RESUMEN

Objetivos

Esta tesis tuvo como objetivo principal generar mejoras en las actitudes de autocuidado ante el proceso de envejecimiento de las mujeres de 60 a 80 años a partir del fomento de su empoderamiento. Para ello, se describieron los siguientes objetivos específicos: analizar, con perspectiva de género, la calidad de vida de mujeres mayores que participaron en un programa de ejercicio físico en Murcia y que respondieron al cuestionario SF-36; crear una intervención grupal con mujeres de entre 60 y 80 años dentro del enfoque de investigación-acción-participativa para fomentar el empoderamiento y el autocuidado; analizar conceptual y metodológicamente el uso de la investigación-acción-participativa, así como sus fortalezas y debilidades, en el campo del empoderamiento de mujeres de 60 a 80 años; y comprender el proceso de cambio en el empoderamiento y el autocuidado de mujeres de 60 a 80 años a través de la investigación-acción-participativa.

Metodología

Se llevó a cabo una metodología mixta con datos cualitativos y cuantitativos a lo largo de tres artículos científicos. Por un lado, se realizó un análisis secundario con perspectiva de género de un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de una cohorte de mujeres que habían participado en el Programa Activa-Murcia, evaluándose la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36. Se utilizaron, como herramientas de análisis estadístico, ANOVA y Test de Bonferroni en tres franjas etarias y dos medios (urbano y rural). A su vez, se desarrolló una investigación-acción-participativa (IAP) como enfoque de investigación, enmarcada en el Paradigma Socio-Critico de la Metodología Cualitativa, y atendiendo a dos Teorías: la Teoría Feminista y la Teoría del Self de la GESTALT. Para ello, se creó un grupo de 10 mujeres de entre 60 a 80 años captadas en el Centro de Salud del Barrio de Carmen, en la ciudad de Murcia. La IAP se desarrolló desde junio de 2019 a mayo de 2020 y constó de: 22 sesiones grupales; dos llamadas individuales a cada una de las participantes para cerrar el trabajo grupal y diversas llamadas de seguimiento; cumplimentación individual de un diario reflexivo; uso de distintas escalas de evaluación tales como NOC de Enfermería, Escala ASA de Agencia de

Autocuidado y valoraciones de funcionamiento en el hogar y prioridades personales. Se realizó un análisis teórico-metodológico de la IAP y un análisis interpretativo teniendo como referentes teóricos la Teoría Feminista y la Teoría Self de la GESTALT.

Conclusiones

Las dimensiones más afectadas a lo largo del envejecimiento en las mujeres mayores y que no mejoraban con esta intervención fueron las más relacionadas con la esfera psicológica y de agencia personal: salud mental, rol emocional y vitalidad. La calidad de vida de las mujeres sufre un empeoramiento a medida que pasan los años y ello repercute en las estrategias del empoderamiento, repercutiendo en el cuidado propio.

En relación al trabajo de campo desarrollado con las mujeres mediante la intervención grupal, aplicando el enfoque de la investigación acción participativa, la creación del grupo fue el primer resultado en aras de mejorar su empoderamiento para fomentar el autocuidado, pues se establecieron redes de trabajo conjunto que actuaron como elementos de apoyo generando la confianza necesaria para transitar por el camino del cambio.

La utilización de la investigación-acción-participativa para fomentar el empoderamiento y el autocuidado en mujeres mayores fue una herramienta facilitadora del cambio. Este tipo de enfoque busca la transformación y la emancipación, siendo una herramienta empoderadora.

Resulta clave iniciar el trabajo grupal de forma sencilla, utilizar estrategias de habilidad social, asegurar la confianza como base del grupo y mantener la cohesión del mismo mediante las llamadas de seguimiento en periodos de inactividad. A su vez, debe tenerse en cuenta el elevado volumen de datos que se genera en este tipo de investigaciones para su planteamiento inicial. Es importante trabajar la reflexión conjunta e individual con las mujeres mayores, no acostumbradas a escucharse y visualizarse a sí mismas.

La transformación en este grupo de mujeres mayores se produjo siguiendo dos patrones de cambio determinados (mujeres líderes y mujeres seguidoras) que realizaban modificaciones en dos mundos diferenciados pero interrelacionados (mundo interior y mundo exterior) en relación a tres características clave del empoderamiento y el autocuidado: autodeterminación, autoestima y autoconfianza.

INDICE

Capítulo 1- Introducción.....	31
1.1- Conceptos clave.....	31
1.1.1- Autocuidado.....	31
1.1.2- Empoderamiento para la salud.....	34
1.1.3- Salud y Perspectiva de género en el envejecimiento.....	38
1.2- Antecedentes y contexto actual. La salud, el autocuidado y el empoderamiento de las mujeres mayores.....	43
1.2.1- Desigualdades de género y de edad. Edadismo y machismo.....	43
1.2.2- Perspectiva de género en salud: el cuidado y el autocuidado.....	47
1.2.3- Teoría feminista para abordar salud, género y envejecimiento.....	51
1.2.4- Empoderamiento de las mujeres mayores como herramienta de autocuidado.....	55
Capítulo 2- Objetivos.....	61
2.1- Objetivo general.....	61
2.2- Objetivos específicos.....	61
Capítulo 3- Resultados.....	62
Capítulo 4- Artículos que conforman la tesis por compendio de publicaciones.....	66
Capítulo 5- Discusión.....	72
Capítulo 6- Conclusiones.....	79
Capítulo 7- Implicaciones para la práctica, líneas de investigación futuras y limitaciones de la tesis.....	84
Referencias bibliográficas.....	88

Capítulo 1- Introducción

Esta introducción guarda en sí los conceptos clave de esta Tesis Doctoral y que son los protagonistas en los manuscritos publicados. Además, se encuentran los antecedentes y contexto actual de la salud y autocuidado de las mujeres mayores y cómo el empoderamiento se manifiesta como herramienta para mejorar el afrontamiento de la salud en este grupo de población.

1.1- Conceptos clave.

1.1.1- Autocuidado

El autocuidado es el continuo rendimiento de acciones de los pacientes que suple a los materiales y aporta las condiciones que regulan su propio funcionamiento y desarrollo. El autocuidado es un comportamiento humano que es auto-dirigido y auto-permitido.

Dorothea Orem

Tomar las riendas sobre la propia salud. Esta es una de las conclusiones que se extraen sobre el concepto de autocuidado definido por Dorothea Orem. A ello también se une la incorporación de aprendizajes que mejoren el afrontamiento de la salud, adquirir herramientas que lo favorezcan, y facilitar un entorno y comportamiento garante del cambio.

Fue en 1950 cuando algunas de las enfermeras que trabajaban en los Estados Unidos observaron cómo sus pacientes, que se encontraban bajo su cuidado, fueron “cogiendo roles funcionales y responsabilidades para el autocuidado”. Desde entonces, la intención de que la población que se encontraba ante un proceso de salud que requería de cuidados tomase las riendas sobre su situación y adquiriese habilidades para cuidarse, se estudió y emergió el concepto de autocuidado desde el marco de la Enfermería y su puesta en marcha en la práctica. En 1980 esta indagación dio sus frutos y surgía la Teoría del Autocuidado, articulada con la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría del Sistema, todas ellas nacidas en el ámbito de la Enfermería, especialmente de la mano de Dorothea Orem (4). Ello supuso un gran cambio en el campo de la

actuación de las enfermeras y en las expectativas de la población que solicita asistencia sanitaria en cualquier momento de sus vidas.

Los motivos que hicieron emerger dichas teorías desde la profesión enfermera se pueden entender mejor desde la perspectiva holística, que permite ser conscientes de estos procesos y ahondar en ellos. Este punto de vista holístico promueve una visión amplia de las personas, teniendo en cuenta sus distintas dimensiones, siendo conscientes de la cultura en la que se encuentra operando el ser humano y la libertad que posee como derecho. En este sentido, defendemos la Enfermería como principal aliada del cuidado, no pudiendo ésta existir sin personas que requieran ser atendidas. De esta forma, se crea una pareja de actuación: profesional de Enfermería y persona receptora de cuidados. Aunque podríamos decir que cada persona en su supuesto mantiene unos roles, hay uno que comparten y es la agencia del cuidado. Para Orem, un éxito en el cuidado sería que “las enfermeras vean con calidad el presente con visión de futuro, que podría y debería unificar esos actores (enfermera y paciente) y unificar esos roles” (4,5).

La unión a la que nos referimos pasa porque las y los profesionales de Enfermería sean el “otro yo” de la persona bajo su cuidado, siempre haciéndoles sujetos activos de su salud, como agentes de su propio cuidado, y tomando el rol educativo por parte de la Enfermería a la hora de dar indicaciones y sugerencias para el autocuidado. Teniendo en cuenta que el conocimiento de los cuidados es vital para generar buenas actuaciones en pro de la integridad de todas las personas, estas deben conocer las herramientas, métodos y consideraciones sobre aquellos procesos necesarios para que el autocuidado sea óptimo, así como la relación entre factores que generan los procesos de salud, siendo conscientes de que requiere de tiempo y es una actuación que se debe preservar en el día a día. En relación a ello, son las enfermeras, como principales agentes de educación para la salud cuya finalidad es la autonomía del paciente, las responsables de generar conocimientos para conseguir un correcto autocuidado. Y hacemos especial mención a que sea “correcto” ya que en algunos casos puede darse un déficit en el autocuidado que requiere de una indagación en la situación de salud por los y las profesionales de Enfermería, eliminando estereotipos o falsos mitos que pueden relacionar ese déficit, por ejemplo, con la edad (6).

Como vemos, la Enfermería es la brújula principal del autocuidado, lo que nos lleva al que es el concepto central de la Teoría del Autocuidado: la “Agencia de Enfermería”. Ésta resulta de la suma del conocimiento, la educación de los pacientes y la responsabilidad para con la profesión, siendo la agencia una marca de identidad de esta profesión. Para Orem, la Agencia de Enfermería “incluye los siguientes elementos conceptuales: conocimiento estructural, motivos del proceso, herramientas para el autocuidado y prudencia”, buscando la autonomía y autocuidado de los sujetos pero siempre manteniendo una supervisión y conocimiento sobre ello (7).

La dimensión social es importante para entender los procesos de autocuidado o dependencia. El contexto y ambiente en el que se desarrollan las personas claramente repercuten en la vivencia de su salud y en la génesis o solución de los problemas que se puedan generar en relación a ella. Orem remarca en su Teoría del Autocuidado que obtiene gran importancia la cultura y los roles y responsabilidades que toman como propios y que pueden repercutir en un déficit en su autocuidado. El tipo de hogar y el ambiente de quienes reciben la atención pueden ser motivos más que justificados de dicho déficit, puesto que en sus hallazgos, la autora observó que el estrés y la gran demanda en el seno del hogar limita el autocuidado ya que esa energía que dedicarían a su proceso de salud sienten que deben dedicarla a sus tareas en el hogar o a desarrollar las actividades derivadas de su rol en el seno de sus familias (7). Con respecto a los mandatos de género, esto nos indicaría que las mujeres que se dedican al cuidado del hogar dedican la mayor parte de su tiempo al mismo, puesto que lo toman como una responsabilidad propia, en detrimento de su cuidado.

En base a esta Teoría y su puesta en marcha, en Slovenia se implantó un programa de autocuidado llamado “Modelo de decisión multicriterio” que constaba de datos físicos y psicosociales para su fomento en pacientes con enfermedades crónicas y quienes les cuidan, así como para prevenir enfermedades. Este Modelo permitió la detección de procesos de salud y la puesta en marcha de estrategias de autocuidado en los pacientes, mejorando la toma de decisiones y, con ello, los resultados sanitarios (8).

En suma, vemos que el proceso de autocuidado conlleva conocimiento, responsabilidad, adaptación, agencia, esfuerzo e inversión de energía. Aunque el fin último -la autonomía y bienestar de quienes reciben la atención- merece todo el empeño, el déficit de

autocuidado se da en un gran número de casos, destacando la motivación en su desarrollo. Esta motivación surgirá de evaluar una actuación o proceso de autocuidado, en sí, como beneficioso o como perjudicial, debiendo ser valorado positivamente por quien lo realiza para que sea óptimo. Reflexionar y evaluar el cambio, sus efectos y la inversión en tiempo, energía y esfuerzo de forma positiva generará un compromiso fuerte de la persona con su propio cuidado. Es también una obligación de los y las profesionales de Enfermería guiar en este sentido y producir motivación para que las personas fomenten su autocuidado diariamente, como una responsabilidad más (9).

1.1.2- Empoderamiento para la salud

Nuestro punto de partida es la consideración de la igualdad de oportunidades como base de una sociedad. En este contexto, resulta imprescindible hablar de las mujeres, de la igualdad y del empoderamiento, así como tomar conciencia de la situación que las mujeres tienen en el mundo y coger las riendas para cambiarla dado que resulta discriminatoria. En consecuencia, tomar contacto con el empoderamiento debe ser un paso principal.

En esta línea, no cabe duda de que Zimmerman fue uno de los autores que se lanzó a hablar de empoderamiento en todas sus esferas: psicológica, organizacional y comunitaria. Para él, el empoderamiento consiste en la toma de decisiones en la propia vida, en el funcionamiento de las organizaciones y en la calidad de vida de la comunidad (10).

El empoderamiento surge como una manera de permanecer de forma activa en las esferas antes descritas, partiendo de la idea de que “muchos de los problemas sociales que existen se deben al desigual reparto y acceso a los recursos”. Es por ello que este término ha de tener en consideración y estudiar el contexto y las necesidades especiales de la población. La forma de fomentar el mismo debe ser diferente, ya que tanto los contextos como las personas también lo son (10).

Nada más lejos de lo que hemos plasmado anteriormente, el proceso de empoderamiento para Zimmerman supone la independencia de las personas para solucionar problemas y tomar decisiones. Este proceso contempla tanto el plano

individual como el organizacional y comunitario, ya que los tres son interdependientes y las modificaciones empoderadoras sobre uno de ellos también generarán cambio en los otros dos.

Centrándonos en el plano individual hablamos del Empoderamiento Psicológico, ya que éste agrupa las competencias personales, la sensación de control y el conocimiento del contexto. Contiene tres dimensiones: intrapersonal, que incluye la personalidad, aspecto cognitivo y motivación de percepción del control; de interacción, cómo las personas usan sus herramientas analíticas para influir en su entorno; y comportamental, en relación a tomar el control participando en la comunidad. Esto exigiría el desarrollo de la Teoría del Empoderamiento Psicológico más en profundidad, de manera que se generara una herramienta de medición fiable para analizar la evolución en el proceso (10).

En los procesos de salud, el empoderamiento vendría a favorecer la toma de decisiones en los mismos desde la percepción propia de la necesidad del cuidado para alcanzar un estado de salud aceptable. Esto guarda relación con los principios de la Carta de Ottawa (11), que se elaboró a propósito de conocer las estrategias de la promoción de la salud y que consta de varios puntos sobre los que se ha de actuar para incrementar el control de la propia salud. Las estrategias se presentan tanto a nivel individual como comunitario y social.

En el “Glosario de Promoción de la Salud” (11) que se creó por la Organización Mundial de la Salud tras la Carta de Ottawa, encontramos numerosos conceptos que guardan una íntima relación con el empoderamiento. Conceptos como “determinantes de la salud” o factores que condicionan el estado de salud de las personas y que son de tipo personal, social, económico y ambiental. También el “estilo de vida”, puesto que los comportamientos y el estilo de vida adoptados guardan relación con los factores comentados. Las “condiciones de vida”, que generan un impacto en la salud de los individuos, aunque a menudo se encuentren fuera del control de las personas. Y la “calidad de vida”, concepto muy relacionado con el empoderamiento, ya que “se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (...) que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel

de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.” La definición expone dicha relación puesto que contempla el lugar que ocupa el propio sistema de creencias y valores de un individuo en su vida en relación a los logros que quiera conseguir, con un nivel de independencia. Sobre esto actúa el empoderamiento para la salud y es por ello que para emprender este cambio hacia la promoción de la salud, como toma de decisiones libre e informada que lleva a las personas a seguir el camino de la salud, requiere el uso del poder de la persona sobre su propia vida: el empoderamiento.

El empoderamiento nace de la relación entre tener objetivos y sentido común para establecer la ruta que permita alcanzarlos, así como de la relación entre los esfuerzos y los resultados. Por otro lado, la promoción de la salud influye en los contextos y entornos materiales e inmateriales, generando así el mapa sobre el que producir el cambio de empoderamiento. Son dos elementos que se relacionan entre sí ya que la promoción de la salud facilita el empoderamiento desde los contextos y desde la reflexión individual y colectiva sobre las propias necesidades (12).

La promoción de la salud falla cuando no atiende a los contextos políticos y sociales en los que aparece determinado estado de salud. Desde una perspectiva crítica y feminista, la promoción de la salud sirve para empoderar a quienes se encuentran en desigualdad de oportunidades, a través de un ejercicio de introspección y retrospección. Con el impulso de la salud de las mujeres, estas examinan las dimensiones del poder que dificultan o impiden su acceso a la misma y pretenden adquirir nuevos conceptos de justicia y alcanzar el empoderamiento en su salud y en sus vidas (13).

Para emprender la acción colectiva hacia el empoderamiento es necesario estudiar este concepto en profundidad, en el que cualquier área debe experimentar un cambio para conseguir dicho fin.

El empoderamiento de pacientes para su autocuidado se relaciona con una mejor atención de la propia salud. Desde Atención Primaria, prestar servicio dedicado al cuidado holístico, escucha activa y la participación de pacientes en la gestión de su salud se ha relacionado con un incremento del autocuidado, también basado en la relación

enfermera-paciente que se ordena sobre la toma de decisiones consensuadas, la confianza y la comunicación (14).

Abordar los servicios sanitarios desde la perspectiva de género no solo implica realizar una atención con perspectiva de género a la población, sino reestructurar la base del sistema sanitario, que se apoya sobre las desigualdades de género. Ello implicaría considerar que el género, como determinante, influye en la configuración de los sistemas y, por ende, en los resultados sanitarios. Erradicar la desigualdad de género de la estructura interna de los servicios sanitarios es necesario para llevar a cabo actuaciones más directas y menos discriminatorias en la salud de las personas. Por tanto, es de justicia reforzar la equidad tanto en su estructura y organización como en la atención directa, garantizando la igualdad de acceso y uso de los servicios y recursos y analizando la implementación de la perspectiva de género cada cierto tiempo. Con ello, obtendremos mejores estándares de equidad en la atención, lo que, en el caso de las mujeres, incrementaría su empoderamiento y, con ello, el acceso a la atención sanitaria y la capacidad de respuesta de las y los profesionales ante las demandas de las mismas (15).

La Enfermería comunitaria tiene competencias en el ámbito social para generar cambios que conlleven un bien común. Cumple la premisa de que la promoción de la salud tiene que abarcar más planos del meramente biológico, pensando también en generar resultados en la comunidad (16). En este caso, la promoción del empoderamiento en las mujeres puede disminuir las sobrecargas que, a menudo, pueden repercutir en alteraciones físicas y mentales, en el llamado “malestar de las mujeres” así como en el propio autocuidado. Además, otra tarea de la Enfermería es la sensibilización de los miembros de la comunidad para disminuir las creencias tradicionales que dañan la autoestima de las mujeres y su propia valía, incrementando la acción colectiva y apoyando la participación de éstas en la actividad social (17).

Trabajar la erradicación de los estereotipos en la atención sanitaria implica promover la dignidad, la autonomía y la toma de decisiones consensuada con las personas mayores, especialmente con las mujeres mayores. En base a ello, es necesario tener en cuenta la diversidad y establecer estrategias de salud que potencien el autocuidado y el empoderamiento en las mujeres mayores para obtener mejores resultados de salud y

que estos se mantengan en el tiempo. Este debe ser un compromiso conjunto en los servicios de salud, tanto de las propias mujeres mayores como de quienes investigan, educan, implantan políticas o lideran grupos en la comunidad (18).

Por ello, fomentar el empoderamiento conseguirá aumentar el autocuidado en las mujeres a través de la mejora, a nivel personal, de autodeterminación y autonomía (19,20). Y cuando se trata de aumentar el autocuidado en personas que sufren enfermedades crónicas, esta estrategia resulta claramente positiva en el proceso de salud, como comentábamos anteriormente (21).

Así, la Enfermería, a través de la promoción de la salud, dispone de la herramienta del empoderamiento para mejorar el bienestar de las mujeres. Así lo exponen Varkey et. al., que tras realizar un estudio con 75 países, pudieron concluir que el empoderamiento de las mujeres se asociaba con “mejoría en diversos indicadores de salud” (22).

1.1.3- Salud y Perspectiva de género en el envejecimiento

El envejecimiento saludable, según el Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud de la Organización Mundial de la Salud se define como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (23).

Nos centramos en este informe, como estrategia mundial, para tratar el concepto. Y en relación a lo que anteriormente se definía por Envejecimiento Saludable, tenemos que tener claras las capacidades que lo componen para poder comprenderlo. Por un lado, se encuentra la capacidad funcional, base de salud que permite a cada persona desarrollarse como decida, con resiliencia, reinventando su capacidad en circunstancias adversas. Esta capacidad funcional se compone del contexto, la capacidad intrínseca de la persona y la interacción que se produce entre ambas características. Por otro lado, el bienestar, que guarda relación con la sensación de realización y satisfacción. Todo esto, a su vez, contextualizado con el ambiente en el que se desarrolla la persona es lo que determina el envejecimiento. El contexto es clave en cuanto a la salud en la vejez: circunstancias económicas, recursos a disposición de la persona, sistemas de apoyo, normas comunitarias y políticas llevadas a cabo (23).

Por tanto, en este informe, se plantean una serie de necesidades claves para fomentar el envejecimiento saludable y que pasan por acercarse a la vejez desde la vivencia personal, teniendo en cuenta el contexto donde desarrollan sus vidas las personas mayores, así como los recursos y servicios a su mano, evitando edadismo y machismo, preservando la autonomía, identidad, seguridad y disfrute de las personas mayores.

Como vemos, estas características guardan gran relación con el proceso de empoderamiento. Pero este no sólo puede manifestarse durante la vejez, sino que tiene que fomentarse durante todo el ciclo vital, puesto que de ser así habría más posibilidades de conseguir una trayectoria vital óptima.

El término “envejecimiento saludable” nació a raíz del concepto “envejecimiento activo” que acuñó la OMS en 2012 como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Este término fue adaptado a la realidad de las personas mayores en España a través del Libro Blanco del Envejecimiento Activo (24). El objetivo consistía en avanzar hacia la verdadera autonomía e independencia de las personas mayores. Todo esto pasa por erradicar los falsos mitos y estereotipos asociados a la vejez pues determinan un afrontamiento inefectivo del envejecimiento. En otras palabras, normalizar la decadencia de la etapa de la vejez genera asunción de un peor estado de salud y, en general, un peor estado vital que conlleva normalizar lo patológico.

Dentro del Libro Blanco del envejecimiento activo también se definía empoderamiento en la vejez como herramienta que “busca el desarrollo y la mejora de la capacidad de elegir y de actuar, admitiendo que esas competencias pasan en primer lugar por un refuerzo de la autoestima y la concienciación crítica colectiva” para generar participación de las personas mayores en los contextos en los que se encuentran, especialmente de las mujeres mayores que han sufrido la desigualdad en todas las etapas de su vida y necesitan medidas que mejoren su calidad de vida en la etapa actual (24).

Debemos también considerar las Aportaciones de la Unión Europea al Envejecimiento Activo, para así cerrar un círculo de análisis de este concepto a todos los niveles: nacional, europeo y mundial.

En la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea se incluyeron nuevos artículos para acercarse a los objetivos del envejecimiento activo en relación a la igualdad de género, la seguridad social, la atención sanitaria y la educación. Junto a ello, la Unión Europea adoptó nuevas medidas en materia de igualdad de género en mujeres mayores, que sufrían mayores índices de precariedad en la vejez, con el foco puesto en un envejecimiento con garantías, saludable y decente (25).

En suma, el envejecimiento saludable parte del conocimiento y la educación. Los modelos de educación que fomenten este tipo de envejecimiento han de cambiar su metodología, partiendo de una enseñanza unilateral a una que permita y genere la interacción entre quien emite el conocimiento y quien lo recibe. Esto resulta de vital importancia para el aprendizaje a lo largo de la vida. Este modo de operar se reconoce como Pedagogía Gerontológica, que tiene como metas generar conceptos, procedimientos y actitudes en torno al envejecimiento saludable (26).

En esta línea, cabe destacar un estudio de investigación que utilizaba la perspectiva de investigación-acción para fomentar el envejecimiento activo, partiendo de las consideraciones que tenían las personas mayores sobre la propia investigación. Por tanto, se trataba de un trabajo en equipo, con una acción directa del mismo hacia eliminar los estereotipos, y una amplia labor de evaluación de las personas mayores que formaron parte, generando resultados positivos, desmintiendo y reprobando esos falsos juicios (27).

En el meta-análisis realizado por Haugan et. al (28), atender la perspectiva de la autotrascendencia en el terreno de la salud y el envejecimiento significó una mejora de la salud mental y el bienestar de las personas mayores. La autotrascendencia, entendida como la capacidad personal para alcanzar bienestar intrapersonal, interpersonal y personal, resultó ser una herramienta para afrontar la vejez como una etapa vital cerca de la promoción de la salud, el bienestar y la independencia.

Por otro lado, en relación a la autoeficacia general, entendida como la capacidad individual de tener comportamientos de promoción de la salud, se ha observado que, en personas mayores, una mayor autoeficacia se relaciona con una mayor cercanía a los sistemas sanitarios por las rutas de promoción de la salud y educación para la salud y a

su vez con el empoderamiento y la conducta preventiva de las y los pacientes teniendo su base en la educación, el dominio de la propia salud y los recursos, así como el éxito por alcanzar mejores niveles de salud (29).

Aunque la percepción del envejecimiento ha mejorado con el paso del tiempo, se sigue observando esta etapa vital como una etapa con vacío de oportunidades. Según la investigación desarrollada por Schladitz et. al. (30) con personas mayores de 70 años, los programas relacionados con la salud deben orientarse hacia el contacto social intergeneracional y realizar actividades que sean intelectualmente estimulantes para ellas y ellos. Además, hacen hincapié en la necesidad de atender a las personas mayores en la atención sanitaria desde la perspectiva de género y la edad, siendo conscientes de cómo las necesidades fluctúan entre mujeres y hombres de distintas edades.

La jubilación supone el cambio de etapa vital hacia la vejez. Esto implica que la sociedad mire con recelo la jubilación como la puerta que se abre a ser personas mayores. Los juicios ante esta nueva etapa que se inicia se vienen arrastrando de otras etapas vitales. Los estereotipos negativos asociados a la vejez que forma parte de la armadura del edadismo se reproducen en todas las edades para dar lugar a un envejecimiento que se niega y se enjuicia bajo la apariencia de la inacción o la inutilidad. Por tanto, es clave preparar la nueva fase vital desde edades anteriores y confeccionar la identidad de las personas mayores dentro del plano social, con acompañamiento y desde la autorrealización (31).

Los estereotipos asociados a la edad determinan el envejecimiento. En un estudio realizado por Hauknecht et. al (32), se analizaba la autopercepción del envejecimiento y ser mayores en personas que ya lo eran. Ante la pregunta sobre qué edad sentían que tenían y qué edad tenían se manifestaba una realidad: la edad cronológica siempre era mayor que la edad sentida. Esto nos acerca a esa concepción de ser mayor como algo a evitar, cayendo en sentirnos "eternamente jóvenes", lo que se considera correcto. Evitando el envejecimiento o la concepción del envejecimiento, asociado también a la idea de un peor estado de salud en la vejez, se muestra cómo los estereotipos se arrastran desde todas las épocas vitales hasta la senectud. Y, a su vez, estos estudios mostraban cómo la noción de "envejecer bien" estaba sujeta a diferentes factores, entre los que destacaban la cultura, el nivel socioeconómico y la salud que poseían desde otras

etapas vitales. Ante un envejecimiento diverso, las percepciones de ser mayor estaban más cerca de ser algo a evitar que algo a disfrutar.

La necesidad de observarse como personas válidas en la vejez es clave para un envejecimiento saludable. Se hace por tanto necesaria la reconciliación con el ser y el deseo de recuperar la propia identidad a pesar de las incapacidades que se hayan sumado. Todo ello debe ir acompañado de una atención sanitaria que refuerce la autonomía e independencia, favoreciendo el empoderamiento a través de la toma de decisiones sobre su propia salud y trabajar sobre la autoestima en la vejez. Además, para conseguir un envejecimiento saludable, la reflexividad sobre actitudes y emociones ha de trabajarse desde la relación terapéutica de pacientes-profesionales de la salud, especialmente Enfermería, incluyendo a personas mayores en las decisiones sobre su salud para incrementar el autocuidado y favorecer la autoconfianza, así como la confianza en el sistema de salud (33).

Y en relación al empoderamiento en la vejez, este pasa por romper con la ideología social de la decadencia en la vejez para construir un nuevo modelo de envejecimiento que, directamente lleve a la modificación identitaria de la población mayor (34).

Las mujeres sufren especialmente esa decadencia en la vejez, cuando parece que se les han arrebatado las capacidades por las que siempre han sido valoradas y que conforman el rol reproductivo. Las mujeres mayores inician este tramo etario con una identidad que les pesa y limita sus pasos, lo que hace necesario construir nuevos modelos de vejez para las mujeres mayores que potencien la respuesta a sus deseos y necesidades, así como a su salud (35).

Según Ramos (36), existe poco interés en el proceso de envejecimiento de las mujeres para el terreno científico donde algunos estudios todavía mantienen un enfoque edadista y muestran una imagen de pasividad de las mujeres mayores, lejos de observar la diversidad de sus trayectorias personales y sus estrategias para obtener un mayor bienestar en sus vidas. Esto lo asocia a que la población mayor se suele observar desde la perspectiva de la improductividad y no se valora, específicamente en las mujeres mayores, la aportación en provisión de cuidados a las familias. Por ello, la doble discriminación de ser mujeres y ser mayores establece diferencias en la calidad de vida

y en el enfoque gerontológico, alejado aún de una visión que vaya más allá de la edad cronológica.

Frente a una visión de la vejez como etapa de la vida de declive y déficit, promover una vejez observada como un periodo para acceder a la felicidad estructural desde la experiencia, usando todos los recursos y herramientas para mantenerla y formar parte del día a día. Ese es el planteamiento de las mujeres mayores que asumen la felicidad como una constante en su proceso de envejecimiento y que, además, la relacionan con la salud y apreciar lo que tienen (37).

Según un estudio realizado por Oliveira et.al. (38), las desigualdades educativas del pasado generan alteraciones cognitivas en la vejez presente. Es por ese motivo que en los países con más brecha de género, existen más desigualdades cognitivas en la vejez, lo que determina su atención de la salud y su empoderamiento en la vejez.

Es posible que el hecho de que las mujeres mayores partan de una educación androcéntrica hace que valoren como más autónomas a las generaciones de mujeres posteriores que parecen haber abandonado, en parte, el plano doméstico, para adentrarse en el mundo laboral. Pero este cambio también se debe a que, según Masa et. al. (39), “las mujeres mayores vienen siendo agentes activos del proceso de empoderamiento. Se trata de una agencia individual y generacional desplegada cotidianamente y, quizá, en muchos casos, silenciosamente”. Y siendo éste un cambio real que se produce en las generaciones posteriores, podría contribuir a esa nueva madurez de la que hablábamos, que se genera en el plano de la autoconfianza, autoestima y, por ende, en el empoderamiento de las mujeres mayores (40).

1.2- Antecedentes y contexto actual. La salud, el autocuidado y el empoderamiento de las mujeres mayores.

1.2.1- Desigualdades de género y de edad. Edadismo y machismo.

Las mujeres mayores están sometidas a una doble discriminación: por el hecho de ser mujeres y por el hecho de ser mayores. De esta forma, la socialización de las mujeres les ha llevado a mantener un rol reproductivo dentro del ámbito del hogar que les ha

alejado del plano social. Una vez que las mujeres han envejecido, se ha sumado la desigualdad por ser mayores, siendo mujeres cuyo rol no es tan efectivo y no gozan de los recursos óptimos para afrontar esta última etapa de su vida con salud (41).

El cuidado al resto dentro del entorno familiar ha formado parte de ese rol que ha sido asignado a las mujeres desde antaño. Ello ha privado a las mujeres de libertad para potenciar su autocuidado, pues ese tiempo debía utilizarse para cuidar a los demás (42). Tanto es así que las mujeres suelen tener más compasión por las personas que les rodean que hacia sí mismas. Esta situación aumenta en mujeres que pertenecen a minorías étnicas, ya que en éstas el sistema de creencias y valores suele ser aún más patriarcal. La autocompasión, que se acompaña de autocritica, podría ser un paso para empoderarse pues se replantearían en qué situación se encuentran y cuáles son los motivos (43).

Dentro del ámbito laboral, las mujeres experimentan sobrecargas que las hacen sentirse más vulnerables, especialmente cuando se encuentran en peores circunstancias que sus compañeros hombres, o bajo el llamado “techo de cristal”. Acarrear con estos sentimientos cada día puede llegar a generar estrés psicológico y actitudes defensivas puesto que no son igualmente valoradas (44).

Algo similar sucede en el plano de la atención sanitaria, con el llamado “malestar de las mujeres”. Esta afectación la suelen sufrir aquellas que sienten que portan varias cargas, sin la ayuda suficiente e, incluso, menospreciadas y que experimentan una subordinación social debido a los roles o mandatos de género que aceptan. Se genera, entonces, un conflicto interno, con un cambio en el estado de ánimo y síntomas característicos de un cuadro de ansiedad para los cuales no se encuentra una causa orgánica o etiología clara y demostrable. Cuando las mujeres que sufren este tipo de malestar deciden ir a consultar a su médico, su tratamiento se basa en psicofármacos y no se ahonda en la verdadera naturaleza de su conflicto, que obedece más a causas sociales que propiamente físicas (45).

La necesidad de un cambio relacionado con estos roles derivados de los mandatos de género ha promovido el asociacionismo femenino para incrementar su participación social. En un estudio que se llevó a cabo en Granada (España) para conocer la

participación de las mujeres en el ámbito social, se tomó contacto con gran parte de las asociaciones de mujeres de esa zona para conocer la finalidad de su creación. De todas ellas, solo el 15.3% tenían como objetivo el empoderamiento de las mujeres. El resto, tenían un fin lúdico más que la búsqueda de la igualdad. Esto pone de manifiesto la necesidad de generar conciencia social para conseguir el empoderamiento de las mujeres y la Enfermería comunitaria desempeña un papel fundamental en ello (46).

El rol desempeñado por las mujeres a lo largo de su trayectoria vital genera un patrón de envejecimiento característico. Los mandatos de género asumidos por las mujeres han promovido una gran dedicación de estas al plano doméstico, entregando gratuitamente su tiempo personal a labores relacionadas con el cuidado, en detrimento del desarrollo de sus oportunidades en otros ámbitos. Estos mandatos someten a las mujeres a una entrega completa que se relaciona con el estrés. Son, tal y como expone Freixas Farré, "el estado de bienestar de las personas de su entorno" (47).

La educación en este sentido parece generar un reparto más igualitario en el ámbito doméstico en las parejas heterosexuales, en las que los hombres toman responsabilidades en tareas relacionadas con el consumo en el hogar. No obstante, un nivel educativo mayor no fomenta por sí solo la toma de decisiones en el plano doméstico, por lo que resulta muy importante aplicar políticas de educación sobre el género y contribuir al empoderamiento de las mujeres (48,49).

La gerontología ha sido estudiada desde diversas vertientes. Conocemos la llamada Gerontología Crítica que interpreta la experiencia personal del envejecimiento, desde un punto de vista social, para así crear una teoría que pueda ser de interés para cualquier disciplina que trabaje sobre esta etapa de la vida. Frente a ello, la Gerontología Instrumental, una teoría biologicista que se centra en el deterioro asociado al envejecimiento. Es la Gerontología Crítica entiende el envejecimiento como un proceso biopsicosocial que necesita ser interpretado para generar estrategias de cara a un envejecimiento más saludable y la metodología utilizada para ello debe ser la cualitativa (50).

Por otro lado, encontramos otra teoría que repercute directamente en la vivencia de la vejez por las mujeres mayores, y es la Gerontología Feminista. Esta muestra la

importancia de un análisis exhaustivo cultural, de los valores androcéntricos que imperan en nuestra sociedad, y cómo éstos inciden en el envejecimiento. Los estereotipos negativos asociados a la vejez, la ausencia de poder y de recursos de las mujeres mayores y las privaciones a las que la sociedad las somete generan un envejecimiento discriminatorio. La Gerontología Feminista plantea estrategias dirigidas a desmontar estas creencias y favorece el empoderamiento de las mujeres mayores (51). Por tanto, esta teoría presta atención a desigualdades generadas por razón de género y edad que existen en el campo de la investigación (47).

En base a la Gerontología Feminista y la Teoría Feminista, plantar nuevos escenarios frente al envejecimiento exitoso resulta necesario para que las mujeres mayores quepan en el modelo del envejecimiento diverso, sin tener que verse excluidas de algunos patrones del envejecimiento exitoso. Mujeres mayores que han observado el envejecimiento desde la perspectiva feminista se han podido imaginar con más poder y más activas, gozando de independencia aun con cambios físicos y discapacidades que pudieran surgir, gozando de un rol social activo, salud mental y agencia personal (52).

“El envejecimiento nos enseña tanto la continuidad como la reconfiguración de la desigualdad a lo largo de la vida” (53). Para trabajar sobre el envejecimiento es necesario hacerlo desde la Gerontagogía (53). Esta acuña el conocimiento sobre la realidad que viven las personas mayores, eliminando los falsos mitos y estereotipos, desde la educación, para generar cambios presentes en las personas que se encuentran en esta etapa de la vida, así como otros que repercutirán en las futuras generaciones mayores. Por ello, la educación adquiere un papel muy importante dentro de la Gerontología Crítica Feminista, pues ayuda a definir la vejez desde la individualidad, desde un enfoque integral con el objetivo de tratar como personas, con necesidades y demandas, a las que se encuentran en esta etapa de vida (54).

En el envejecimiento femenino aparece la "nueva madurez" tras desarrollar estas teorías en el plano social. Esta nueva madurez surge del empoderamiento de las mujeres que critican y construyen su propia identidad y dejan de sentir como suya la total responsabilidad del ámbito doméstico, para responder ante sus deseos y oportunidades, formando parte de su realidad (40).

Tal y como comentábamos anteriormente, los cambios construidos en el sistema de creencias durante la vejez deben partir de intervenciones educativas con los protagonistas de esta etapa. Dicho esto, la Pedagogía Gerontológica tiene un cometido dentro de la Gerontología (26).

1.2.2- Perspectiva de género en salud: el cuidado y el autocuidado.

Investigar con enfoque de género resulta de vital importancia para así generar una aproximación real a la situación social que viven mujeres y hombres. “El enfoque de género es aquel que considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se le asignan” (55).

En el estudio realizado por la Universidad de Cuba del que hemos extraído la definición anterior de enfoque de género, tenían por objetivo analizar dicho constructo desde cuatro dimensiones del desarrollo humano: productividad, equidad social, bienestar social en base a la igualdad, y cooperación; para así conocer el impacto del enfoque de género en los proyectos de desarrollo local. Concluyeron que la perspectiva de género solo se llevaba a cabo de una manera parcial, y no en todos los estudios, no manifestando así las diferencias que existen entre mujeres y hombres de la mejor manera posible (55).

En el caso de Enfermería, según una revisión sistemática realizada en España, la perspectiva de género no se utiliza con la principal herramienta de diagnósticos de Enfermería: NANDA. De hecho, esta taxonomía, en su traducción, guarda lenguaje sexista que resulta discriminatorio para la práctica clínica. Los sesgos de género que se producen al no formular bien los diagnósticos sobre la población, específicamente sobre las mujeres, trae como consecuencia que los Planes de Cuidados no sean personalizados y no se adentren en los contextos sociales y personales de las mujeres ante la atención enfermera (56).

El campo de la salud es importante en esta causa. Ello se debe a que las mujeres, por la vulnerabilidad que presentan, así como por los roles asignados, suelen dedicar una menor atención a su autocuidado.

Sara Velasco, en 2008, quiso distinguir tres líneas dentro de dicho enfoque (57). La primera se llama “salud de las mujeres”, en la que expone que existen diferentes problemas específicos de salud que requieren una actuación también determinada; la segunda línea denominada “desigualdades de género”, en la que trata la discriminación o desigualdad social que conlleva a una inequidad; y la tercera es la línea de “determinantes de género”, en la que muestra que existen determinantes entre hombres y mujeres que los hacen diferentes, con diferentes formas de vivir, de relacionarse o de enfermar.

Como vemos, la diferencia marca el enfoque y tener conciencia de ello nos permite actuar específicamente, con precisión. Por el contrario, no tener en cuenta que existen estas diferencias entre ambos sexos nos llevaría a perder la perspectiva de género y provocar una discriminación hacia las mujeres.

En el terreno de la medicina una nueva disciplina emergió: Medicina del Género. En un estudio realizado por Shai et. al (58) sobre la evidencia científica que nacía entorno a esta disciplina se observó que no se afrontaba la profundidad del género y cómo este determina la salud, sino que se estaban realizando estudios sobre las diferencias en cuanto a sexos. Por tanto, aunque esta disciplina en el campo de la medicina tenía la intención de atender el género como determinante de la salud, no se ha producido evidencia que haga frente a esta realidad y abra nuevas vías.

Las mujeres valoran peor su salud que los hombres y esto empeora conforme avanza la edad. Esa salud percibida está sujeta a diferentes factores biopsicosociales y afecta a la calidad de vida de las mujeres. Y pese a que las mujeres viven más años que los hombres, lo hacen con peor calidad de vida (59).

Para Freixas (60), “el sexismo y el edadismo de la sociedad y las instituciones, la devaluación del cuerpo femenino mayor, la falta de poder, la inseguridad económica, la desigualdad en la responsabilidad del sostenimiento de la vida sobre el planeta, la entrega de su tiempo sin reciprocidad, y otras pesadas cargas de carácter ofensivo y emocional, además de las enfermedades crónicas” han generado una peor salud de las mujeres mayores, siendo la discriminación de género responsable de las enfermedades en las mujeres mayores.

Atender las diferencias en la salud de mujeres y hombres es de justicia. Promocionar la salud para conseguir una mejor calidad de vida, una mejor salud autopercebida y un envejecimiento centrado en el bienestar y no en la pasividad, requiere de perspectiva de género. Y esta perspectiva debe atender a factores más allá de los biológicos o medioambientales, también al “entorno social, la clase social, las creencias, las condiciones de vida y trabajo, y los recursos sociales existentes” (61).

Es por ello que, en el ámbito sanitario, los profesionales deben poner en práctica el enfoque de género y, para ello, el mejor método es el Modelo Biopsicosocial, que define al sujeto como un ser holístico, teniendo que atender cada una de sus facetas, la social, la física y la psicológica. Con esta visión integral, se puede evitar esa medicalización de la que hablábamos antes; promover que las mujeres que pidan la ayuda de los profesionales se sientan en confianza para expresar sus sentimientos; y, con ello, generar un cambio real que se ajuste a sus necesidades como personas y como mujeres (62).

Se trata de atender la realidad social y, en consonancia, personal de las mujeres a través de la escucha y nunca a través del juicio. Según las conclusiones extraídas sobre el Informe SESPAS 2020, el género es un determinante de la salud mental. Las mujeres, de todas las edades y de todos los contextos sociales, tienen peor salud mental que los hombres. Se suman al género otras vulnerabilidades que corresponde analizar desde la interseccionalidad, como veremos más adelante. Ello conlleva mayores índices de enfermedades de salud mental en mujeres y más tratamientos, ante circunstancias que derivan de contextos sociales que generan malestar en las mujeres e incrementan la iatrogenia cultural. Y según este mismo estudio, cambiar el enfoque en las políticas públicas que remuevan contextos y favorezcan la igualdad de género, cambiaría a su vez el enfoque en el terreno de la salud, mejorando la atención con perspectiva de género y frenando, a su vez, la sobremedicación ante pseudo-patologías mentales de las mujeres (63).

Se hace necesario reconocer de algún modo que existe ese enfoque. Para ello, se construyen los indicadores de género que deben fundamentarse en las dimensiones en las que ejerce su acción la perspectiva de género. Algunas de estas dimensiones serían la familiar, la económica y la social. Evaluando los cambios en estas áreas podremos

conocer si existe o no esa conciencia de género a la hora de ejecutar una acción, un plan, una estrategia o una actividad (64). Esta necesidad de construir indicadores de género surge tras las investigaciones de las diferencias de salud entre hombres y mujeres que no se fundamentaba en el género si no en el sexo de los sujetos (65).

Los elementos clave para desarrollar políticas públicas de salud con enfoque de género pasan por tener en cuenta los factores sociales que generan la desigualdad de género, reconocer que dicha discriminación existe y abordarla, teniendo en cuenta otras situaciones que a su vez generan inequidad, como son la clase social, raza o etnia (66,67). Y, teniendo en cuenta este conocimiento, es importante que las y los líderes del sector sanitario respondan a las demandas de los movimientos sociales y del activismo por alcanzar la igualdad de género y cambiar las normas restrictivas que el género impone, algo que logrará generar más y mejores resultados sanitarios y responderá a los derechos humanos y la dignidad de todas las personas (68).

Conocer cómo impacta el género y la edad en la atención sanitaria, y actuar sobre las discriminaciones en salud de las mujeres mayores, es el camino hacia el empoderamiento. Para ello, es necesario frenar las relaciones paternalistas que se establecen en la atención sanitaria, así como abordar las necesidades de las mujeres desde un punto de vista biopsicosocial. Crear objetivos de salud de las mujeres desde la política de la atención sanitaria conlleva un incremento del autocuidado y del empoderamiento de las mujeres mayores, que ven respuestas a sus necesidades (69).

Y en relación a la dignidad, esas políticas implantadas dentro de los servicios sanitarios son vitales para que las mujeres mayores no vean su dignidad dañada. En los encuentros con Enfermería, específicamente, las mujeres mayores han relacionado la dignidad con sentirse vivas y comprendidas, en relación a la calidad de las conversaciones y los cuidados prestados. Por tanto, el sistema necesita tiempo y profesionales de Enfermería para atender la dignidad de las personas mayores, específicamente la de las mujeres mayores, y responder a la continuidad de los cuidados con garantías (70).

1.2.3- Teoría feminista para abordar salud, género y envejecimiento.

El feminismo, como corriente, ha abanderado desde antaño la necesidad de que exista igualdad en el acceso a las oportunidades y recursos que existen en la sociedad.

Ya Simone de Beauvoir introdujo esta temática en 1949 con su libro “El Segundo Sexo” (71), que se fue adentrando en los diferentes países para generar un cambio de conciencia sobre este tema. En este libro, Beauvoir plasmaba una realidad social y es que las mujeres representaban “el otro” de un “uno” que eran los hombres o que, expresado de otra forma, “la mujer se determina y diferencia con relación al hombre, y no éste con relación a ella; ésta es lo in-esencial a la esencia. Él es el Sujeto, ella es el Otro”. Frente a ello, Simone de Beauvoir planteaba en su libro que la realidad de las mujeres no debía ser concebida a partir de la de los hombres, pues las mujeres deberían combatir por su propia autonomía y este era un proceso que tendría que surgir de ellas. Dejar atrás la vida doméstica y privada y la obediencia a los hombres dentro de una sociedad que discriminaba a las mujeres y se caracterizaba por su conciencia heterosexual, era una lucha que debería comenzar por las propias víctimas de estos sucesos.

A raíz del conocimiento de esta obra en los distintos países, las mujeres fueron desempeñando el rol de la inconformidad y de la lucha para intentar acabar con estos mandatos impuestos. Querían pasar de ser “la mujer”, lo que dejaba ver entre líneas que el mero hecho de este apelativo alentaba una clara discriminación frente al “nosotros” los hombres; a ser Sujetos, tanto sociales como políticos, con las mismas oportunidades sin distinción de sexo y de género. De esta forma, el lenguaje, que previamente era sexista y discriminaba, a su vez mostraba esa lucha y un claro objetivo, la igualdad (72).

Las distintas etapas dentro del feminismo abogaron por aceptar las diferencias que existían entre mujeres y hombres y actuar sobre ellas. El hecho de que las oportunidades y los recursos fueran repartidos en sólo una mitad de la población dejaba ver una injusta desigualdad basada en el sexo, sin tener en cuenta a la otra mitad de la población como sujetos y personas susceptibles del mismo derecho. Mientras se intentaba instaurar el sentimiento de igualdad entre hombres y mujeres en la Primera Ola Feminista del Siglo XIX, las mujeres afroamericanas continuaban siendo discriminadas por razones de sexo,

etnia, raza y clase social. Incluso, en esta primera ola, se sentían excluidas por sus compañeras europeas, pues no eran tenidas en cuenta (73).

Ya en la Segunda Ola Feminista del Siglo XX, tanto las feministas europeas como aquellas que formaban parte del llamado “Feminismo Negro” aunaron sus fuerzas para luchar en una misma dirección: la igualdad. Igualdad en el ámbito social, en el laboral y en el sexual (74). Esta concepción de grupo creaba un claro marco ideológico que ya no solo se centraba en la detención de las prácticas misóginas que subordinaban a las mujeres, sino que también se dirigían a “ampliar el ámbito de actuación de las mujeres”, la concepción de las mujeres como sujetos que tenían sexualidad y no solo sexo o el derecho al voto y a ser representadas en los parlamentos (75).

Por lo tanto, el sexo parecía quedar corto para justificar esas diferencias. El género pasó a un primer plano y el debate sobre el mismo fue protagonizado por Butler en 1990. Dicha autora expuso en la “Teoría Performativa” que las diferencias entre sexo y género no parecían estar claras porque no se estudiaban como tal. Al final, el género y el sexo parecían ser lo mismo en los discursos y el significado del sexo como “lo natural” dependía de cómo se construía culturalmente el “género”. Por lo tanto, para Judith Butler, el sexo, al tratarse de algo preexistente y concebido como “lo natural” constituía un mecanismo de poder muy potente, en tanto que el género, al ser una construcción social, no tenía tanto poder. Los actos performativos de los que habla dentro de su teoría vendrían siendo el género de las personas y conmutaban la identidad de las mismas. Como tal, esta identidad no podía ser preexistente como el sexo, sino algo que se construye con la vivencia y con las ideas culturales. Por ello, la identidad se encuentra en constante cambio, lo que confecciona también el género. En definitiva, el estudio de los grupos en base a los actos performativos o el género tiene mayor cabida que el estudio del sexo (72).

El androcentrismo afecta a la salud de las mujeres. En relación a la investigación en salud, este androcentrismo ha generado que, históricamente, las investigaciones realizadas en el ámbito de la salud han contado con un patrón de muestra que servía a los ideales masculinos. Las mujeres han quedado fuera de esa muestra con la que iniciar una investigación, aunque los resultados también fueran presentados para ellas. Más de la mitad de la población mundial no cuenta con evidencias científicas en relación a su

salud que se hayan extraído de muestras similares a ellas y cuyos resultados sean disfrutados por ellas. Esto ha generado una mayor desatención de las mujeres en terrenos de la salud, asociando las patologías a enfermedad mental. En relación a esto, la epistemología feminista ha abordado la investigación en el terreno de la salud desde tres enfoques: empirismo feminista, punto de vista feminista y constructivismo social (76).

El empirismo feminista actúa desde el positivismo hablando de una verdad y una realidad desde la objetividad de cómo las influencias sociales afectan a los resultados de los ensayos clínicos. Este enfoque analiza los sesgos de género que afectan a las investigaciones positivistas analizando cómo el conocimiento surge de un proceso social. Por otro lado, el enfoque del punto de vista feminista le critica al empirismo que desde el positivismo no se puede reconocer fehacientemente cómo afecta a la investigación el contexto social y la experiencia tanto de quien investiga como de investigadas e investigados. Desde este enfoque, la perspectiva patriarcal coge fuerza para analizar cómo se desarrollan y cómo resultan las investigaciones desde el contexto y la experiencia de quienes forman parte de ellas. Y en relación al constructivismo social, por último, el abordaje de investigación cambia porque no reconoce que exista una verdad única y objetiva. El positivismo se queda corto porque no reconoce los contextos individuales, sino que atiende a un conocimiento neutral y colectivista que no existe. Dicho de otra manera, las realidades son individuales y conviene atender la salud de las mujeres desde la interseccionalidad. No solo el género actúa en la construcción social que determina la salud de la población, sino que hay subcategorías que, sumadas al género, elevan las vulnerabilidades o discriminantes que han de tenerse en cuenta en la realización de investigaciones en el terreno de la salud (76).

El género es un determinante de la salud, tanto en el comportamiento de usuarias/os y proveedoras/es de salud, como en la estructura de los propios sistemas de salud. El comportamiento de las mujeres frente al uso de los sistemas de salud y de sus recursos ha sido de un mayor acceso a los mismos por responder al rol social de cuidadoras y responsables del cuidado de las familias. Pero cómo lo usan y cómo el sistema sanitario les responde también ha de ser analizado desde la perspectiva interseccional, ateniendo

a otros discriminantes añadidos al género, como son la orientación sexual, la identidad de género, etnia, raza, clase social y discapacidad, entre otras (77).

En una revisión sistemática sobre la aplicación de la interseccionalidad en estudios cuantitativos (78) se observaron diferentes limitaciones a la hora de aplicar el enfoque. En primer lugar, los estudios no suelen recoger datos orientados a la interseccionalidad, que van más allá del género o la raza/etnia, y que comprenden también la orientación sexual, discapacidad, religión, nacionalidad, estatus migratorio o cualquier otra característica. Por otro lado, no se suele aplicar la interseccionalidad desde esquemas y modelos que ayuden a conocer cómo viven su salud las personas que están discriminadas por diferentes motivos. Por último, una limitación que convertían en recomendación: es necesario recoger más datos sobre la salud y, además, estudiar sobre enfermedades, patologías y dolencias que no están tan estudiadas. En suma, es una tarea pendiente en este marco identificar qué población está más discriminada en los distintos tipos de problemas de salud e identificar qué mecanismos son los que reproducen y manifiestan esa desigualdad.

Se suma a lo anterior la necesidad de que los estudios cuantitativos que utilizan el enfoque de la interseccionalidad aborden, también, las soluciones y su aplicabilidad para promover la igualdad de género y equidad tanto en el terreno sanitario como en el terreno social (79).

Por otro lado, la interseccionalidad debe responder a los principios de “reflexividad” y de “justicia social y equidad”. Junto a ello, se hace necesario establecer directrices para aplicarla en la planificación sanitaria para identificar poblaciones vulnerables, escuchar sus voces y generar intervenciones, no solo a nivel micro (personal o interpersonal) sino a nivel macro (estructural) para lograr vencer los problemas de la desigualdad y la discriminación (80).

Para Weber y Parra-Medina (81), el foco de atención de la interseccionalidad debe estar sobre “los procesos sociales de grupos discriminados, las relaciones de poder derivadas de ello, la perspectiva de los grupos oprimidos, las áreas interseccionales entre múltiples opresiones y el compromiso activo de académicas/os y activistas en la agenda del

cambio". Todo ello nos ayudaría a confeccionar unos recursos sanitarios más equitativos y centrados en las necesidades.

Según la investigación de Erikanen, S et. al (82); el compromiso con la investigación en salud desde la perspectiva feminista ofrece mayor adherencia y poder dentro del campo. Una investigación desde la epistemología feminista mejora la producción del conocimiento en cuanto a conocer aún más los contextos y experiencias. Además, establece una perspectiva más crítica tanto de la información obtenida como el propio proceso de obtención de la información, así como genera un mejor clima para reestructurar las relaciones de poder que se generan entre investigadoras/es e investigadas/os. La perspectiva feminista en investigación en salud favorece el entendimiento del compromiso, desde su construcción hasta su puesta en marcha, y cambiar las prácticas, entendiendo el compromiso como el resultado de un contexto social y jerárquico determinado, entre tanto, por el género. Y también genera, según Thomas L (13), validar las experiencias de las mujeres, atender a las dimensiones del poder, promover la justicia y el empoderamiento.

1.2.4- Empoderamiento de las mujeres mayores como herramienta de autocuidado.

El empoderamiento de las mujeres, concebido como su poder para coger las riendas de sus vidas y formar parte de las decisiones que les atañen, guarda una relación directa con la autonomía y con el sentimiento de pertenencia, además de conectar con la lucha por el crecimiento y por la igualdad.

Esta capacidad se desarrolla en diversos ámbitos. En este sentido, existen siete principios para el empoderamiento de las mujeres que se crearon de la mano de ONU Mujeres y que están relacionados con la igualdad, el respeto, la salud, la educación, la formación, el trabajo y el desarrollo (83).

El empoderamiento se ha encontrado ausente durante varias generaciones, puesto que la educación y valores tradicionales han marcado un camino y un rol específico para las mujeres, en desigualdad de oportunidades respecto a los hombres. Es por ello que empoderarse es sinónimo de crecimiento y es una labor que atañe a profesionales de

distintos ámbitos, como el sanitario, económico, sociológico o psicológico. Podemos decir que el empoderamiento se conforma de agencia personal, recursos y logros (48).

El empoderamiento requiere de un doble proceso: individual y colectivo. El individual se relaciona con la adquisición de autonomía y el colectivo con la capacidad para poder con ello influir en la sociedad. Conseguirlo implica fortalecer distintos elementos que conforman la personalidad de las mujeres tales como la autoestima y la confianza en sí mismas, así como crear el sentimiento de poder orientar su propia vida (84).

Por tanto, el empoderamiento de las mujeres no es solo una acción individualista, también es colectiva y “requiere iniciativas externas que incidan en el nivel individual, social y gubernamental”, como una forma de buscar soluciones en el conjunto de la sociedad para poder así actuar ante un problema que, tristemente, se encuentra muy extendido, produciendo sentimientos de subordinación en las mujeres que conllevan alteraciones y deterioro físico y mental (17). En este sentido, la representación política de las mujeres adquiere gran importancia, ya que se ha demostrado que el acceso de las mujeres a puestos de consideración en el terreno social y político genera empatía en el resto de la población femenina, aumentando su empoderamiento y su inquietud para formar parte de dichos territorios (48,85). En base a ello, Sundström et.al.(86), presentaron un nuevo índice para para medir el empoderamiento político de las mujeres con tres subíndices (WPEI), específicamente para países de bajo y medio desarrollo, teniendo en cuenta roles en el plano doméstico, el acceso al trabajo y el acceso a los derechos.

En relación a ello, en Brasil se llevó a cabo un programa dirigido hacia hombres y mujeres que buscaba involucrar a unos y otras en la idea del empoderamiento. Mostrando la realidad sobre la educación tradicional que mantenía a ellas en un plano vulnerable, subordinadas ante ellos; en esta actividad educativa los hombres respondían ante estos valores tradicionales con total enemistad. Además, se escandalizaban con los casos de violencia de género que venían de la mano de la asunción de estos roles del todo desiguales, adoptando ellos una actitud de negación ante dicha lacra social. Las mujeres, por su lado, sentían que debían coger las riendas de su vida y también se mostraban disconformes con dichos roles (87).

Vemos que, individualmente, el empoderamiento resulta importante y que, cuando analizamos la realidad de los papeles que desde antaño han sido asignados a las mujeres, esto suele generar un sentimiento de rechazo. Pero existen todavía pensamientos tradicionales y situaciones sociales que nos muestran que queda mucho por trabajar para conseguir que estas tomen las riendas de sus vidas e incrementen su participación social. Por ejemplo, en un estudio realizado sobre el empoderamiento y el deporte, se recogieron datos sobre quiénes ocupaban los altos cargos de la Real Federación Española de Atletismo. Los resultados fueron desalentadores, puesto que la participación de las mujeres dentro de la dirección de esta federación era “escasa o inexistente” (88).

También se han hecho reflexiones sobre la necesidad de que las mujeres se empoderen en otros campos como en el de la maternidad. Gallardo reflexiona sobre la poca determinación que tienen las mujeres durante el proceso de parto, ya que normalmente van siendo guiadas por matronas o ginecólogas/os y su opinión no suele importar (89). O en el placer, que trasciende la esfera sexual y que parece, a veces, estar vetado para las mujeres. Incluso, la sexualidad de las mujeres suele tomarse como un tema tabú, lo que genera una incapacidad y falta de habilidades del profesional sanitario para poder abordar esta cuestión con naturalidad. Es por ello que intentar eliminar estos tabúes es importante también para aumentar la autonomía de las mujeres (90).

Se ha estudiado el empoderamiento como una estrategia para lograr que las mujeres víctimas de Violencia de Género consigan vivir tomando sus propias decisiones, teniendo como base una autoestima fuerte, para lograr vencer sus inseguridades y miedos con autodeterminación (91). El hecho de que estas mujeres puedan sentir esa autonomía y contar con ayuda de otras personas para vencer su situación, hace que sea menos complicado superar los malos tratos y poder continuar su vida con otras estrategias que las lleven a evolucionar en distintos sentidos (92). Tanta es la importancia del proceso de empoderamiento en mujeres víctimas de violencia de género que se investigan nuevas herramientas de medición del empoderamiento en esta población, como por ejemplo el PPS-R (93).

Aunque en otros países se han llevado a cabo iniciativas que promoviesen este proceso, es necesario asegurarse de que las actividades se dirijan a tal fin. Valga como ejemplo el

“Programa Juntos” que se desarrolló en Lima, Perú, para conseguir el empoderamiento de las mujeres (94). Tras evaluar los resultados del mismo, se encontró que las mujeres habían incrementado su carga de trabajo, se había reducido la violencia en los hogares y se había reforzado el rol tradicional de las mujeres como cuidadoras por excelencia de sus hijos. Entonces, por un lado, se había contribuido a disminuir la violencia de género pero, por otro lado, esto había generado que las mujeres adoptaran el papel de “súper mujeres” con el que, no solo no abandonaban ese rol tradicional de trabajo doméstico y de cuidadora, si no que se acentuaba. Otro de los fallos de este programa era que la educación sobre el empoderamiento que recibían sus hijos generaba cambios en ellos pero no en las madres, lo que podía suponer una posible solución de un problema futuro pero al no modificar las mentalidades de las mujeres que, en el presente, se encontraban en dicho programa, no generaba una solución en la actualidad.

Esto nos deja ver que, aunque los programa de promoción del empoderamiento generan un aumento del mismo en las mujeres, es importante analizar el contexto y el plano individual de ellas, ya que una misma intervención no genera cambios similares en esta autonomía, ni lo haría equitativamente (95). Aun así, Según Kar et. al., "a veces las mujeres y madres que más han sido privadas pueden y hacen de líderes exitosamente en movimientos sociales que son empoderadores y mejoran significativamente la calidad de vida de sus familias y comunidades" (16). Por ello, trabajar en esta línea puede sugerir cambios personales y comunitarios, sin discriminación etaria.

Sobre el empoderamiento y las personas mayores, los programas educativos pueden resultar eficientes. La educación en las personas mayores de 65 años puede incrementar la autonomía y la toma de decisiones, y ambas son características del empoderamiento. La mayor actividad de tipo social, cultural, de ocio o académico conlleva un “incremento de la vitalidad” lo que ejerce una acción positiva sobre su salud, mejorándola. Es importante esta acción puesto que las personas mayores suelen sentir una pérdida de poder tras la jubilación, sobre todo en los hombres; y un sentimiento de incapacidad en las mujeres cuando ven que no pueden efectuar con tanta agilidad lo que antes si podían llevar a cabo. Esta inseguridad afecta a la calidad de vida y ésta a la salud. La calidad de vida guarda mucha relación con el empoderamiento, como ya hemos anticipado anteriormente. Por lo tanto, en este estudio, se concluía que el empoderamiento se

relacionaba con la agencia personal, y esta relación de ambos incrementaba la autonomía, autodeterminación, autoeficiencia y control; incrementando así las mejoras en la salud (96). Y, por otro lado, la adquisición de conocimientos de la que hablábamos junto con reconocer cuáles son sus derechos como parte de la ciudadanía puede generar una activación social mayor que se traduciría en un incremento de su empoderamiento (97).

Tal y como se concluía en el estudio de De Groot et. al., en el marco del emprendimiento femenino, el acceso al tejido empresarial de las mujeres alimenta el empoderamiento positivamente (98). Esto indica que el acceso a los recursos es una clave principal en dicho proceso.

Y aunque el desarrollo económico está relacionado de forma íntima con el empoderamiento de las mujeres, por sí solo no puede generar un ciclo que mejore la igualdad social, lo que hace necesaria la creación de iniciativas políticas "a favor de las mujeres, a expensas de los hombres, por mucho tiempo" (99).

Teniendo en cuenta el sistema de valores en el que las mujeres mayores fueron educadas, y los mandatos de género a los que han sido sometidas, parece complicado fomentar el empoderamiento en el plano social, aunque sí podría aumentar el individual. Apostar por el empoderamiento de las mujeres mayores es una estrategia generosa para que logren disponer de tiempo y sentirlo como propio (100). Esto será posible si tratamos este cambio entendiendo que existen potencialidades y vulnerabilidades, que las mujeres mayores de hoy no son iguales que las mujeres adultas o adolescentes con las que conviven y, por tanto, el método para fomentar el empoderamiento debe ser diferente también (101).

Las mujeres, mientras envejecen, van adquiriendo nuevas formas de mantenerse activas y de tener el control. Esto no se paraliza en la etapa de la vejez, sino que sigue su curso. Hablamos de agencia personal, y el empoderamiento fortalece este proceso para considerar la vejez como una etapa con oportunidades y no una etapa de decadencia. Y no solo debe preocuparnos lo que psicológicamente ocurre en los cambios etarios, sino que debería llamarnos la atención el significado social que ello parece tener, como ya

hemos comentado. Tanto es así que las mujeres mayores parecen ser olvidadas entre la sociedad, y las investigaciones no prestan atención a cómo envejecen las mujeres (102).

Como vemos, muchos son los indicadores del empoderamiento de las mujeres y las repercusiones positivas que, en el caso de fomentarlo, aparecerían en la vida de las mismas. Sin embargo, no existe una medición exhaustiva de este proceso ni de los resultados que puede generar. No existe un instrumento de medida fiable con el que extraer conclusiones, ni las investigaciones se implican en ello, a pensar de los avances sociales que se podrían producir conociendo este suceso y traduciéndolo en políticas sociales. El empoderamiento de las mujeres forma parte de los derechos humanos y con él se implementaría un cambio individual, familiar y social (103).

En suma, la toma de decisiones y el sentimiento de control sobre sus propias vidas y también en el contexto en el que se desenvuelven, deben ser motivaciones y fines últimos del proceso de empoderamiento en las mujeres mayores, abandonando las limitaciones sociales que les han sido impuestas.

Capítulo 2- Objetivos

2.1- Objetivo general

El objetivo general de la presente investigación es el de generar mejoras en las actitudes de autocuidado ante el proceso de envejecimiento de las mujeres de 60 a 80 años a partir del fomento de su empoderamiento.

2.2- Objetivos específicos

En relación al objetivo general, se han establecido los siguientes objetivos específicos:

- Analizar, con perspectiva de género, la calidad de vida de mujeres mayores que participaron en un programa de promoción del ejercicio físico en la Región de Murcia y que respondieron al cuestionario de calidad de vida SF-36.
- Crear una intervención grupal con mujeres de entre 60 y 80 años dentro del enfoque de investigación-acción-participativa (IAP) para fomentar empoderamiento y autocuidado.
- Analizar conceptual y metodológicamente el uso de la investigación-acción-participativa, así como sus fortalezas y debilidades, en el campo del empoderamiento de mujeres de 60 a 80 años.
- Comprender el proceso de cambio en el empoderamiento y el autocuidado de mujeres de 60 a 80 años a través de la investigación-acción-participativa.

Capítulo 3- Resultados

En este apartado se presenta una síntesis de los principales resultados de los tres artículos científicos que forman parte de esta tesis por compendio de publicaciones.

Dichos resultados muestran cómo la calidad de vida, el empoderamiento y el autocuidado de las mujeres mayores están relacionados y cómo la investigación-acción-participativa resulta una herramienta emancipadora y transformadora para generar cambios personales, sociales y estructurales.

En primer lugar, pasamos a relatar los principales resultados del primer artículo publicado **“Programa Activa-Murcia: análisis secundario, con perspectiva de género, sobre la calidad de vida en mujeres participantes”**.

El Programa Activa-Murcia fue un programa de educación para la salud y promoción de la salud para mujeres y hombres con riesgo de enfermedad cardiovascular cuyo objetivo era incorporar la práctica del ejercicio físico en su día a día como factor protector de las enfermedades cardiovasculares en la Región de Murcia. Durante la realización de este programa se recopilaron datos con diferentes cuestionarios sobre ejercicio físico y adherencia, para su análisis y divulgación y, entre ellos, se encontraba el cuestionario de calidad de vida SF-36. Accedimos a la base de datos, previa autorización, para analizar los datos sobre calidad de vida de las mujeres participantes. La muestra la compusieron 1140 mujeres y se realizó un análisis de medidas repetidas mediante ANOVA y análisis por partes con el Test de Bonferroni, evaluando las diferentes dimensiones del cuestionario sobre calidad de vida en tres franjas etarias (30-44 años, 45-59 años y mayores de 60 años) y dos medios (urbano y rural).

En la dimensión de “salud general” todas las mujeres, independientemente del medio en el que vivían, presentaban mejoras, excepto las mujeres mayores de 60 años, que solo mejoraron su salud general en el medio rural. Aun así, no existió relación entre presentar más mejoría, o no, según la edad. Sin embargo, en la dimensión “vitalidad” todas las mujeres de todos los medios mejoraron tras el programa ACTIVA, aunque las más mayores lo hacían menos que las más jóvenes.

En cuanto a “función social”, todas mejoraron y, aunque mejoraron más las más jóvenes, no existió relación estadísticamente significativa entre mejorar más teniendo menos

edad. En entorno urbano, mejoraban todas excepto las mayores de 60, mientras que en entorno rural mejoraban todas excepto las más jóvenes.

En la dimensión “rol emocional” mejoraron todas salvo las mayores de 60 años y existió relación estadística con una menor mejoría a mayor edad. El medio en el que vivían no afectaba a esta dimensión.

En la dimensión “salud mental” todas las mujeres mejoraron, independientemente del medio en el que vivían, y existió relación entre una menor mejoría de esta dimensión a mayor edad. En la comparación por pares se observó mayor mejoría de todas las mujeres a cualquier edad, pero en entorno urbano. Y en la dimensión “evolución declarada de la salud” todas las mujeres de todos los ámbitos mejoraron con relación estadísticamente significativa.

En el análisis conjunto de todas las dimensiones, rangos de edad y medios, no se observó relación entre mejorar más perteneciendo a una franja de edad o medio determinados. Por otro lado, las mujeres mayores sufrían una peor calidad de vida en relación a las dimensiones que guardan una relación estrecha con el empoderamiento como son “salud mental”, “vitalidad” y “rol emocional”.

Teniendo en cuenta el déficit de autocuidado que históricamente las mujeres han presentado debido a los mandatos de género asignados, y los resultados en calidad de vida y su relación con el empoderamiento de las mujeres mayores de 60 años, realizamos un trabajo de campo con mujeres de 60 a 80 años mediante una investigación-acción-participativa. Esta IAP se analizó desde un punto de vista teórico-metodológico, y se presentaron los resultados en la segunda publicación **“Participatory Action Research on empowerment in older women: A theoretical-methodological analysis”**.

La investigación grupal con el enfoque de investigación-acción-participativa se realizó con 10 mujeres de 60 a 80 años pertenecientes a la Zona Básica de Salud del Barrio del Carmen, Murcia. El trabajo de campo duró 16 meses con trabajo grupal compuesto por 22 sesiones grupales entre junio de 2019 y mayo de 2020. Las sesiones se estructuraron en cuatro bloques temáticos, con diversas actividades y dinámicas. Entre bloques temáticos las participantes valoraban el funcionamiento y contenido de la IAP bajo el

modelo de Kemmis y McTaggart. Las mujeres, por tanto, decidían sobre los contenidos, actividades y futuro de la IAP.

En relación a las herramientas de obtención de datos, se utilizaron herramientas de reflexión personal y grupal: entrevistas grupales, llamadas individuales, diarios reflexivos y cuadernillo de empoderamiento, así como una valoración de funcionamiento en el hogar y valoración de prioridades, Escala ASA de Agencia de Autocuidado y NOC de Enfermería.

Como resultados de este artículo, destacamos los aprendizajes a partir de la experiencia desarrollada. La modalidad más crítica de investigación-acción-participativa es la más oportuna para trabajar la transformación en el terreno del empoderamiento y el autocuidado. Además, realizar un trabajo en grupo para ahondar en estos conceptos y estructurar estrategias es lo más recomendable, siempre y cuando se establezca una dinámica de grupo con confianza y escucha activa.

El diario reflexivo no resultó ser un instrumento útil para las mujeres mayores por su dificultad para realizar reflexión e introspección acerca de sus emociones y sentimientos. Esto se debe a la falta de tiempo dedicado a ello durante sus vidas, resultando ser invisibles para sí mismas. Y aunque esto también ocurría con el Cuadernillo de Empoderamiento, tener una guía como este cuadernillo facilitaba la introspección. Con los NOC se planteó la adaptación del lenguaje y su cumplimentación con apoyo de la investigadora.

Como recomendación, a su vez, cabe destacar la pertinencia de trabajar un inicio de la IAP sencillo, tener en cuenta el amplio volumen de datos que se genera entorno a ella y la necesidad de trabajar la reflexión conjunta y la introspección individual para conseguir cambios más sustanciales y visibles en las mujeres mayores.

Los resultados en autocuidado y empoderamiento que se consiguieron por la participación de las mujeres en la IAP se analizaron en la tercera publicación: **“Promoting empowerment and self-care in older women through participatory action research: Analysis of the process of change”**. En este artículo, se realizó un análisis interpretativo de las experiencias de las mujeres acerca de la IAP de empoderamiento bajo la Teoría “Self” de la Gestalt y la aplicación de la perspectiva de género.

En relación a los modelos de cambio, las participantes realizaron modificaciones en su empoderamiento y autocuidado en base a dos patrones: mujeres líderes y mujeres seguidoras. Las mujeres líderes buscaban el cambio de forma activa, mejorando sus mundos interiores con respuestas activas. A su vez elaboraban estrategias del cambio que compartían con las mujeres seguidoras que, pese a conocer sus debilidades y conocer herramientas de cambio, no presentaba una actitud tan proactiva para la transformación. Entre estos dos patrones existían ritmos distintos: mientras las mujeres líderes generaban cambios con mayor rapidez, al igual que el análisis de sus realidades, las seguidoras necesitaban más tiempo y seguridad para la transformación.

A su vez, se observaron dos espacios de cambio: mundo interior (aspecto individual) y mundo exterior (aspecto social) relacionados entre sí en el proceso de empoderamiento. Las mujeres líderes modificaban ambos mundos de forma paralela y las seguidoras se centraban primero en el mundo interior para trasladar, posteriormente, los cambios al mundo exterior.

El proceso de empoderamiento fue observado en base a la conciencia de las mujeres sobre tres dimensiones del empoderamiento que, a su vez, son características del autocuidado: autodeterminación, autoestima y autoconfianza. En sus mundos interiores trabajaron la decisión, considerando sus necesidades; visualizarse como importantes y mejoras en la superación personal, para trasladar resultados a sus mundos exteriores a través de una mayor manifestación de sus preferencias y estrategias para llegar a acuerdos; establecer límites y mejorar el cuidado propio; así como encajar las críticas y desarrollarse con mayor seguridad en sus entornos.

En suma, los resultados de las tres publicaciones sobre esta investigación nos muestran cómo la calidad de vida, el empoderamiento y el autocuidado son conceptos unidos entre sí y deficitarios en las mujeres mayores. Trabajar, por tanto, en generar estrategias de cambio y transformación para mejorar sus realidades en relación a estos tres conceptos redundará en la salud de las mujeres y en su capacidad para observarse a sí mismas como personas activas y con necesidades y deseos propios que priorizar.

Capítulo 4- Artículos que conforman la tesis por compendio de publicaciones

PROGRAMA ACTIVA-MURCIA: ANÁLISIS SECUNDARIO, CON PERSPECTIVA DE GÉNERO, SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PARTICIPANTES (1). Ros-Sánchez, T; Lidón-Cerezuela, B; López-Román, F J; López-Benavente, Y; Meseguer-Liza, C; Abad-Corpa, E. Rev. Esp. Salud Pública, 2020; 94; 20 de octubre e1-11.

Datos personales de coautoras/es:

Tania Ros Sánchez: Doctoranda del Programa de Ciencias de la Salud de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia, Departamento de Enfermería. Servicio Murciano de Salud; IMIB-Arrixaca; Murcia, España.

María Beatriz Lidón Cerezuela: Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia; IMIB-Arrixaca; Murcia, España.

Francisco Javier López Román: Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia; Murcia, España.

Yolanda López Benavente: Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria. Área VII Murcia-Este. Servicio Murciano de Salud; IMIB-Arrixaca; Murcia, España.

Cristóbal Meseguer Liza: Gerencia 061, Servicio Murciano de Salud; Universidad de Murcia; Murcia, España.

Eva Abad Corpa: Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia; Hospital Reina Sofía, Servicio Murciano de Salud; IMIB-Arrixaca; Investén-isciii; CIBERFES; Murcia, España.

Denominación de revista: Revista Española de Salud Pública

Dirección **donde** **se** **encuentra** **publicado:** chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/O_BREVES/RS94C_202010132.pdf

Resumen:

Fundamentos: El sedentarismo es un problema de Salud Pública, influenciado por brechas de género y edad. Las mujeres mayores son más sedentarias, lo que repercute en su calidad de vida. El objetivo general de este trabajo fue evaluar el impacto del Programa Activa-Murcia sobre la calidad de vida de las participantes en dicho programa.

Métodos: Se realizó un análisis secundario con perspectiva de género de un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de una cohorte de mujeres que habían participado en el Programa Activa-Murcia, evaluándose las dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 y las puntuaciones según tres franjas etarias y el ámbito en el que vivían. Se realizó un análisis de medidas repetidas mediante ANOVA, y para el análisis por pares se utilizó el Test de Bonferroni.

Resultados: La muestra la componían 1.140 mujeres. La dimensión "Salud General" mejoró alrededor de 3 puntos, excepto en las mayores de 60 años. Aumentaron las puntuaciones de forma inversamente proporcional a la edad en siguientes dimensiones: "Vitalidad", en 9,9, 6,2 y 3,9 puntos; "Salud Mental", en 7,7, 5,6 y 3,7 puntos; y "Evolución Declarada de Salud", en 11,2, 8,6 y 7,6 puntos. Las mujeres entre 30-44 años rurales y las mayores de 60 años urbanas no mejoraron en "Función Social". Sobre el "Rol Emocional", las mujeres entre 30-44 años y las mujeres entre 45-59 años de zona urbana mejoraban ($p < 0,05$). Existió asociación estadísticamente significativa entre tener mayor edad y mejorar menos en "Vitalidad", "Rol Emocional" y "Salud Mental".

Conclusiones: Las mujeres mayores mejoran menos en las dimensiones de la calidad de vida, lo que podría indicar, entre otros motivos, un déficit de empoderamiento.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida, Mujer, Ejercicio, Empoderamiento, Género y Salud, Envejecimiento.

PARTICIPATORY ACTION RESEARCH ON EMPOWERMENT IN OLDER WOMEN: A THEORETICAL-METHODOLOGICAL ANALYSIS (2). Ros-Sánchez, T; Abad-Corpa, E; López-Benavente, Y; Lidón-Cerezuela, MB. Enfermería Clínica, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.016>.

Datos personales de coautoras:

Tania Ros Sánchez: Doctoranda del Programa de Ciencias de la Salud de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia. Departamento de Enfermería. Servicio Murciano de Salud. ENFERAVANZA IMIB-Arrixaca. Murcia. España.

Eva Abad Corpa: Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia. Hospital Reina Sofía, Servicio Murciano de Salud. ENFERAVANZA IMIB-Arrixaca. Investén-isciii. CIBERFES. Murcia. España.

Yolanda López Benavente: Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria. Área VII Murcia-Este. Servicio Murciano de Salud. ENFERAVANZA IMIB-Arrixaca. Murcia. España.

María Beatriz Lidón Cerezuela: Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia. ENFERAVANZA IMIB-Arrixaca. Murcia. España.

Denominación de revista: Revista Enfermería Clínica

Dirección donde se encuentra publicado: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-avance-resumen-investigacion-accion-participativa-sobre-empoderamiento-mujeres-mayores-S1130862121002436?referer=buscador>

Resumen/Abstract:

This article aims to conceptually and methodologically analyse the use of Participatory Action Research (PAR), through field research, in order to increase knowledge about it, and to illustrate its strengths and weaknesses to encourage its use in Health Sciences.

Within qualitative methodology, PAR can be used as a tool for the analysis of change and transformation, whose objective is the emancipation and liberation of people who find themselves in an oppressive social context.

The assessment of this approach is based on field research with older women who sought to improve their self-care through empowerment. For this purpose, PAR was

undertaken, consisting of 22 sessions and two individual telephone calls where qualitative and quantitative data generation tools were used; all this through the most critical modality of PAR. In an exercise of reflexivity, modifications and improvements in the intervention were detected to work with older women in future research.

The analysis carried out makes it possible to generate new knowledge on PAR for future research thanks to the identification of critical points: the link generated, the adaptation of tools to older women, and the handling of the high volume of data produced.

KEYWORDS: Empowerment for health; Women's health; Qualitative research; Self-care; Health sciences; Participatory research

PROMOTING EMPOWERMENT AND SELF-CARE IN OLDER WOMEN THROUGH PARTICIPATORY ACTION RESEARCH: ANALYSIS OF THE PROCESS OF CHANGE (3). Ros-Sanchez, T; Lidon-Cerezuela, MB; Lopez-Benavente, Y; Abad-Corpa, E. J Adv. Nurs. 2023; 00:1-12. DOI: 10.1111/jan.15573

Datos personales de coautoras:

Tania Ros Sánchez: Doctoranda del Programa de Ciencias de la Salud de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia. Departamento de Enfermería. Servicio Murciano de Salud. ENFERAVANZA IMIB-Arrixaca. Murcia. España.

María Beatriz Lidón Cerezuela: Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia. ENFERAVANZA IMIB-Arrixaca. Murcia. España.

Yolanda López Benavente: Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria. Área VII Murcia-Este. Servicio Murciano de Salud. ENFERAVANZA IMIB-Arrixaca. Murcia. España.

Eva Abad Corpa: Departamento de Enfermería, Universidad de Murcia. Hospital Reina Sofía, Servicio Murciano de Salud. ENFERAVANZA IMIB-Arrixaca. Investén-isciii. CIBERFES. Murcia. España.

Denominación de revista: Journal of Advanced Nursing

Dirección **donde** **se** **encuentra** **publicado:**
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.15573>

Resumen/Abstract:

Aim: To generate and understand the process of change in the empowerment of women from 60 to 80 years old through a Participatory Action Research. **Specific aim:** To analyse the women participants' experiences concerning empowerment and self-care.

Design: We use the Participatory Action Research approach (in its critical option) in the Socio-critical Paradigm and applying the Kemmis and McTaggart Model.

Methods: A group of 10 women participants from 60 to 80 years old was created and developed the Participatory Action Research from June 2019 to May 2020. This group was involved in 22 group sessions, individual interviews, reflective diaries and triangulation with quantitative data.

Results: Findings were interpreted based on the Gestalt Self Theory. Women generated changes in their empowerment based on three characteristics (self-determination, self-esteem and self-confidence) and, consequently, in their self-care. They did so according to two distinct patterns of behaviour: Leader women and follower women. The former took the lead in transforming their realities and the latter observed them and evolved in a slower and more reflective manner. These changes had an impact on the most individual level (inner world) and went beyond that barrier, modifying in turn their immediate surroundings and the social level (outer world).

Conclusions: The group of older women began to consider their needs and consider themselves as important once they worked on their self-determination, self-esteem and self-confidence; we show these are key aspects to work on their empowerment and promote their self-care.

Impact: The patterns of behaviour and dimensions of empowerment detected may help in future research designs and emancipatory community interventions in this population group.

KEYWORDS: Aging, empowerment, empowerment for health, gender perspective, health promotion, nursing, participatory research, qualitative research, self-care, Women's health.

Capítulo 5- Discusión

En el primer artículo presentado analizábamos, cuantitativamente, la calidad de vida de las mujeres mayores en base al cuestionario SF-36 y su participación en el Programa ACTIVA-Murcia. Este análisis secundario con perspectiva de género arrojó el siguiente dato: a medida que aumenta la edad también aumenta el deterioro en dimensiones de la calidad de vida como son la salud mental, la vitalidad y el rol emocional, y, en relación a esta última, las mujeres mayores no mejoraban. Por otro lado, aunque en todas las edades las mujeres reflejaban una evolución en su salud a partir de la intervención, las mujeres mayores mantenían un déficit en su calidad de vida en relación a autodeterminación, función social y autoconfianza.

La calidad de vida percibida, por tanto, era deficitaria en mayor medida para las mujeres mayores, encontrándose dificultades en el empoderamiento y el autocuidado de las mismas. En el estudio de Willerth et. al (104), concluían que los roles de género femeninos se asociaban con peor salud autopercebida, independientemente de los entornos y los niveles socioeconómicos. El género, por tanto, guarda relación con la salud autopercebida, siendo menor en mujeres que en hombres.

Uno de los resultados que observamos en el artículo sobre el abordaje teórico-metodológico de la IAP fue el trabajo grupal como elemento facilitador del cambio en las mujeres mayores. En una intervención desarrollada por Hsiu-Hui et. al (105); con el objetivo de favorecer el autocuidado a través del empoderamiento en personas mayores institucionalizadas, uno de los resultados obtenidos fue que el trabajo grupal favorecía las vías para alcanzar un mejor autocuidado en personas mayores. Con la ayuda de profesionales, y también de sus entornos más cercanos, como las familias, generar un vínculo a favor del autocuidado y el empoderamiento a través del trabajo grupal traía mejores resultados en ambas características. Los resultados de Hsiu-Hui et.al, guardan similitudes con los obtenidos en nuestra investigación ya que el trabajo grupal supone un facilitador para trabajar empoderamiento y autocuidado en población longeva.

Una de las características de la IAP es la inmersión de quien investiga dentro del grupo de trabajo, pasando a ser investigada. Esta inmersión, en nuestra investigación, no fue

complicada. Las mujeres participantes decidían el destino de la IAP en el grupo tomando decisiones sobre el método y las herramientas. La investigadora, como una más, pese a la diferencia de edad con el resto de participantes, fue una mediadora en el proceso que facilitaba la reorientación de la IAP a partir de las decisiones que tomaban las mujeres mayores.

En la investigación de Sarah Jen et. al (106); se analizaba la relación entre entrevistadoras jóvenes y entrevistadas mayores para conocer herramientas en el entendimiento y trascurso de las entrevistas. Uno de los resultados de este estudio pasaba por favorecer la inmersión de las investigadoras y generar una relación dinámica en el terreno de las entrevistas. Mantener una posición de escucha activa, una participación directa con el resto y favorecer el control de las investigadas dentro del proceso, son claves para la participación en proyectos que buscan cambiar modelos sociales, como el nuestro. De esta forma, ceder el control a las personas investigadas genera un vínculo fuerte que facilita el trabajo desde distintas etapas vitales.

Las participantes de esta investigación decidieron cómo se planificaba el trabajo grupal, lo que iniciaba el camino hacia el empoderamiento, como cualidad que permite la toma de decisiones enfocada, en esta investigación, hacia su autocuidado. Las mujeres tomaron el mando de la IAP, amparándose en sus deseos e incertidumbres, liderando el trabajo grupal, lo que se tradujo en una mejora en ambos conceptos.

Trabajar los procesos democráticos en el marco de trabajo de la investigación-acción-participativa genera cambios más sustanciales, eficaces y determinantes. Ello, junto al análisis crítico del proceso, mejoran este tipo de investigaciones, permiten el control del proceso por las y los participantes, y facilitan la transformación y el cambio (107).

Encontramos semejanzas con el estudio realizado por Hirschman et. al (14), cuya investigación cualitativa arrojó luz sobre la relación paciente-profesional de la salud que facilitaba el autocuidado. En la misma, las y los pacientes valoraban la atención holística, sentir que sus intervenciones eran escuchadas por las y los profesionales de la salud y, además, podrían participar activamente en la orientación de la atención hacia su salud, tomando parte activa en las decisiones sobre sus estilos de vida, lo que incrementaba la confianza en el proceso y en ellas y ellos.

Las participantes, a partir de su trabajo grupal, mejoraron su reflexividad para detectar cambios a implementar en su día a día, en sus relaciones y en sus contextos. Ello fue fruto del análisis profundo sobre sus circunstancias devenidas del género y de cómo la socialización les había llevado a priorizar al resto frente a sí mismas. El empoderamiento vino de la reflexión grupal y de la toma de conciencia sobre sus realidades, compartidas por todas ellas.

Según el estudio de Tveiten (12), en el que analizaba cómo se empoderaban individuos y comunidades en los contextos de la salud y los servicios sanitarios, trabajar el empoderamiento con pacientes requería cambios en los roles profesional-paciente y, a su vez, un cambio de paradigma en cuanto a toma de conciencia y autorreflexión. En diversos estudios que analiza en su investigación, la toma de conciencia es el paso previo para fomentar el empoderamiento, así como el trabajo en grupo y ser conscientes de cómo el poder ha establecido unos roles.

La reflexividad y la introspección de las participantes permitieron responder a sus necesidades y deseos propios, en términos de dignidad personal. Según Kaldestad y Naden (70), para las mujeres mayores la dignidad significa sentirse vivas y comprendidas en el encuentro con Enfermería en el campo de la salud. Tratándose la nuestra de una investigación enfermera en el terreno sanitario, atender a la dimensión de la dignidad de las mujeres como derecho humano adquiere gran importancia, a la par que responsabilidad. Las mujeres de la investigación de Kaldestad y Naden hablaban de la necesidad de ser atendidas con tiempo y con continuidad en el cuidado, sintiéndose relevantes para el sistema sanitario.

En relación a la reflexión, la introspección y la retrospección, la investigación crítica y feminista permite el empoderamiento de las mujeres a través de un proceso analista sobre la discriminación, las dimensiones del poder y la necesidad de justicia. Es la Enfermería, para Thomas, L (13), quien tiene las herramientas para promover la salud y el empoderamiento, capacitando a las personas en el proceso de búsqueda de respuestas y la lucha por generar cambios más justos en sus contextos. Esto nos lleva al fin de la Investigación-Acción-Participativa como enfoque metodológico que transforma realidades con el objetivo de conseguir la emancipación y el empoderamiento de la población diana.

Encontramos similitudes entre nuestra investigación y la desarrollada por Hand et. al., (108) en su IAP realizada con personas mayores. Lo observamos tanto en la puesta en marcha de la intervención atendiendo, posteriormente, a las consideraciones de quienes participen de ella introduciendo flexibilidad en los objetivos y en el diseño, como en la importancia de mantener una relación de confianza entre participantes para favorecer la reflexión continua como motor de cambio en la acción. Además, en su investigación hablan de dos principios clave para la IAP: colaboración equitativa y empoderamiento. Ambos son principios que han estado presentes en nuestra investigación dando sus frutos en el fomento del autocuidado.

Existieron dos patrones de cambio dentro de las participantes en la IAP. Por un lado, observábamos a las mujeres líderes que analizaban sus realidades e implementaban cambios para mejorarlas, con mayor autodeterminación y en menos tiempo. Por otro lado, se encontraban las mujeres seguidoras, que seguían el ejemplo de las líderes en la detección de los cambios a trabajar en sus contextos y también seguían los pasos de las líderes para llevar a cabo esos cambios, aunque necesitaban más tiempo. Ambos modelos coexistían y se necesitaban para poder generar cambios. Por un lado, las mujeres seguidoras necesitaban a las líderes para poder seguir el ejemplo y recibir de ellas el impulso necesario para ahondar en sus realidades y avanzar en la transformación. Por otro lado, también las líderes necesitaban a las seguidoras para diseñar el proceso de transformación desde la reflexividad y la introspección, con la mirada puesta en conocer el procedimiento para poder relatarlo y ayudar a las seguidoras. Eran, por tanto, un tándem que se articulaba desde la sororidad y la conexión entre contextos, con el objetivo de empoderarse y emanciparse de aquellas circunstancias que les discriminaban o no les permitían evolucionar como les gustaría.

La figura de “agente de salud comunitaria” como voluntaria que fomenta modelos de salud en la comunidad y en las familias ha sido estudiada en el marco del empoderamiento, tanto por el empoderamiento personal que se genera al liderar los modelos de salud en los contextos pequeños, como el empoderamiento que se genera, en relación a la salud, en quienes reciben esa asistencia de las y los agentes. En la investigación de Allen et. al. (109), las mujeres agentes de salud comunitaria mejoran su empoderamiento personal en base a la autorrealización, autoestima, educación y

comportamiento familiar. Al realizar su trabajo en la comunidad, aumentan su autonomía personal y se muestran como líderes en su comunidad, mejorando el camino hacia la igualdad de género y su empoderamiento. Además, al compartir estrategias de salud, ayudan al empoderamiento de las mujeres de sus entornos, que se acercan a ese liderazgo con más facilidades, adquiriendo un compromiso social y personal con la salud y el empoderamiento.

La relación que observamos entre nuestra investigación y la de Allen se basa en el liderazgo. En el ámbito más reducido de nuestra investigación, las mujeres líderes se mostrarían como esas agentes de salud comunitaria de la investigación de Allen, fomentando el autocuidado y el empoderamiento de las demás, viendo incrementado también su empoderamiento personal, así como el comunitario. Por otro lado, las seguidoras responderían a ese modelo de las agentes de salud comunitaria, o de las líderes en nuestra investigación, mejorando en aquellas características del empoderamiento y de la función social que hemos relatado. Este modelo de trabajo se podría implementar en contextos de la asistencia sanitaria, a partir de trabajos grupales y comunitarios entre mujeres, para generar cambios y mejoras en las características del empoderamiento y el autocuidado que hemos observado.

La mejora de autoestima, autodeterminación y autoconfianza fueron los principales resultados de las mujeres mayores a través de la IAP. Estos tres conceptos se relacionan con la capacidad de verse a sí mismas como importantes, independientes y seguras. Por ende, la mejora de estas tres características incrementa la salud mental de las mujeres en el envejecimiento, tanto en su planteamiento como en la inmersión en esta etapa de la vida.

En el estudio realizado por Kirkman y Fisher en Australia (110), las mujeres mayores hablaban de salud mental en el envejecimiento y asociaban factores que fomentaban o dificultaban una vejez exitosa. En relación a los factores relacionados con una buena salud mental encontrarían la interdependencia social, sentirse valoradas, realizar actividad física, tener una buena alimentación y tener creencias. Por el contrario, como factores relacionados con mala salud mental destacaban la enfermedad y discapacidad, inseguridad económica, malos tratos, y pérdida y duelo a lo largo de la vida, no solo relacionando las pérdidas con personas, sino también asociadas a reconocimiento,

estima, forma física y entornos familiares. Todas estas características estaban sujetas a cómo las mujeres habían vivido sus experiencias a lo largo de la vida y la personalidad. Encontramos similitudes entre sus hallazgos y los nuestros, ya que las variables a las que hacen referencia conforman parte del autocuidado y se relacionan, a su vez, con las tres características destacadas como resultados en las mujeres mayores de nuestra investigación. En ambos estudios, estima, seguridad y capacidad de decisión para tomar las riendas de su salud fueron resultados que mejoraban la salud en la etapa de la vejez, específicamente la salud mental.

También estos resultados se ven reflejados en la Revisión Sistemática sobre las percepciones de la salud de las personas mayores que realizó Holm et. al (33). En esta Revisión, las personas mayores necesitarían reconstruir su identidad y aceptar su estado actual para mejorar sus actitudes de autocuidado a través de la toma de decisiones, la autoconfianza, así como la confianza con las y los profesionales de la salud, y erradicando percepciones estereotipadas sobre la vejez, para incrementar su autoestima y reconocerse como seres valiosos y merecedores del cuidado propio.

A través de las tres características anteriormente nombradas, las mujeres participantes incrementaron su empoderamiento como estrategia para tomar de las riendas de sus vidas y, por ende, del cuidado. Para Currie y Wiesenber (20), el empoderamiento de las mujeres en la salud guarda relación con la toma de control sobre sus vidas atendiendo a sus necesidades, herramientas, ganancias, mejorando su autoconfianza y autosuficiencia y resolviendo problemas de acuerdo a sus reflexiones.

El empoderamiento de las mujeres se asocia, por tanto, con mejores estándares de salud y mejor uso de la atención sanitaria, centrándose en aspectos más preventivos y de promoción, antes centradas en atender el problema de salud, y, además, incrementa la capacidad de respuesta a las necesidades por parte de las y los profesionales de la salud (15).

La conexión con el poder y la perspectiva feminista, en este sentido, permite plantear nuevos escenarios de envejecimiento, más diversos y abiertos a todas las posibilidades, siempre y cuando todos los espacios puedan ser ocupados por las mujeres mayores

desde la independencia, la agencia personal y la conexión con sus realidades, asumiendo los cambios físicos y mentales que se producen a lo largo de toda la trayectoria vital (52).

Teniendo en cuenta los antecedentes y los cambios de autocuidado que se producen en las mujeres mayores ante la IAP de empoderamiento, trabajar en el terreno de la salud desde la perspectiva de género es un compromiso social con más de la mitad de la población. De esta forma, establecer rutas de práctica clínica con perspectiva de género que sirvan de formación a profesionales para formar, posteriormente, a pacientes, puede ser un gran paso en este sentido. Esta ruta la siguieron McClintock et. al (111) en su investigación, formando a profesionales de atención primaria para atender las necesidades de mujeres que reclamaban atención sanitaria, lo que trajo beneficios para el itinerario de atención, nuevos conocimientos, mejora de los procedimientos y una formación continuada que generaba compromiso con la profesión y con la salud de las mujeres.

Capítulo 6- Conclusiones

Los resultados de esta Tesis Doctoral nos acercan a la realidad de las mujeres mayores en el terreno de la calidad de vida, el autocuidado y el empoderamiento, como conceptos íntimamente relacionados entre ellos.

Conocemos cómo los mandatos de género han marcado el camino de las mujeres para cumplir con el rol establecido. Estos mandatos les han asignado el cuidado del resto, priorizándolo frente al propio. De esta forma, las mujeres han cumplido con la premisa de ser seres para el resto a pesar de sí mismas, sus deseos y necesidades.

Esto ha generado una merma en el cuidado de sí. En las escalas de prioridades no se han encontrado en los primeros puestos como merecedoras de atención. Su tiempo se ha repartido entre los diversos cuidados de los que ocuparse en el ámbito doméstico: tareas y personas. Fuera de este ámbito, en el social, las mujeres no han tenido un papel claro, ni se les ha facilitado el acceso al mismo.

Todo ello ha provocado una incapacidad de introspección y reflexión sobre las propias necesidades a cubrir, los deseos a cumplir, los cuidados merecidos y las expectativas sobre la salud en general, de las que deben gozar a lo largo de todo el ciclo vital pero, especialmente, en la vejez. Las mujeres mayores, víctimas de una doble discriminación, han estado más bien invisibilizadas, por el hecho de ser mujeres y de ser mayores.

Esto conlleva un envejecimiento bajo el paradigma de la improductividad y la pasividad en el plano social, donde se contemplan como seres no merecedores de atención y comprensión. Observamos cómo los estereotipos negativos asociados a la vejez que se expanden en la reflexividad poblacional en todas las edades, generan una visión de la vejez que limita y afecta a su salud.

Calidad de vida, autocuidado y empoderamiento son conceptos que atañen a la realidad de las mujeres mayores que, aún a día de hoy, sufren un déficit en cuanto a los mismos. Una menor atención a la salud propia propicia una peor visión de la salud percibida, lo que da lugar a una peor calidad de vida. A su vez, la falta de empoderamiento, como toma de las riendas de sus propias vidas, establece naturalidad en estos déficits, con falta de estrategias y oportunidades para incrementar la autodeterminación,

autoestima y autoconfianza para ser autocumplidoras de sus necesidades a nivel individual, comunitario y social.

Pasamos a detallar las principales conclusiones en función de los objetivos específicos marcados.

Objetivo específico: Analizar, con perspectiva de género, la calidad de vida de las mujeres mayores que participaron en un programa de ejercicio físico en la Región de Murcia y que respondieron al cuestionario de calidad de vida SF-36.

La calidad de vida de las mujeres se reduce a medida que envejecen. Así se plasma en las dimensiones de salud general, salud mental, función social, rol emocional, vitalidad y evolución de la salud.

En el marco de la intervención para el fomento del ejercicio físico en población con riesgo cardiovascular, las mujeres jóvenes presentaron mejoras en todas las dimensiones del cuestionario de calidad de vida SF-36, mientras que las mujeres mayores de 60 años obtenían peores resultados, lo que se traduce en peor calidad de vida.

Las dimensiones más afectadas a lo largo del envejecimiento en las mujeres mayores y que no mejoraban con esta intervención fueron las más relacionadas con la esfera psicológica y de agencia personal: salud mental, rol emocional y vitalidad.

La salud mental guarda una relación directa con la agencia humana, considerada la cualidad de la autodeterminación y que incide sobre la salud mental a través de la autoestima y la autocrítica, siendo características todas ellas del empoderamiento. En relación al rol emocional y la vitalidad, como sentirse parte activa de sus vidas, expresar sus preferencias y emociones, y aceptar sus necesidades propias, la calidad de vida en las mujeres mayores de 60 años se ve dañada.

Por tanto, la calidad de vida de las mujeres sufre un empeoramiento a medida que pasan los años y ello repercute en el cuidado propio, limitando las estrategias de empoderamiento.

Objetivo específico: Crear una intervención grupal con mujeres de entre 60 y 80 años dentro del enfoque de investigación-acción-participativa para fomentar el empoderamiento y el autocuidado.

En el marco de la investigación-acción-participativa como enfoque que genera la acción en la propia investigación para lograr la emancipación, la transformación y el cambio, se creó un grupo con 10 mujeres de entre 60 y 80 años en la ciudad de Murcia.

Con el objetivo de generar una transformación personal que redundase en el plano social, en los contextos, se utilizó la opción más crítica de este enfoque de investigación.

La creación del grupo fue el primer resultado en aras de mejorar su empoderamiento para fomentar el autocuidado, pues se establecieron redes de trabajo conjunto y de apoyo y confianza para realizar el camino del cambio.

Objetivo específico: Analizar conceptual y metodológicamente el uso de la investigación-acción-participativa, así como sus fortalezas y debilidades, en el campo del empoderamiento de mujeres de 60 a 80 años.

La utilización de la investigación-acción-participativa para fomentar el empoderamiento y el autocuidado en mujeres mayores fue una herramienta facilitadora del cambio. Este tipo de enfoque busca la transformación y la emancipación, siendo una herramienta empoderadora.

Resulta clave iniciar el trabajo grupal con mujeres mayores de una forma sencilla para ir aumentando la intensidad, y utilizar estrategias de habilidad social para fomentar la asertividad, escucha activa y confianza en el grupo. Un paso clave para la cohesión del grupo es mantener la confidencialidad de las sesiones y las relaciones desarrolladas en el mismo, así como realizar un seguimiento telefónico en los periodos de inactividad presencial.

Conviene tener en cuenta el elevado volumen de datos cualitativos que se generan en torno a una investigación-acción-participativa para su interpretación y divulgación, así como trabajar adaptaciones del lenguaje de las herramientas de obtención de datos, especialmente si son herramientas profesionales como los NOC de Enfermería.

A su vez, para realizar una IAP se recomienda trabajar la reflexión conjunta, así como la individual, para generar consciencia de sus sentimientos, emociones, necesidades y deseos, y que estos puedan surgir en el proceso de una forma más espontánea.

Hacerse visibles como grupo genera hacerse visibles para sí mismas y para sus entornos, priorizándose. Esto conlleva una mejora del autocuidado como consecuencia de observarse como personas que merecen atender sus demandas y cubrir sus necesidades, íntimamente relacionado con la salud propia y la calidad de vida.

Objetivo específico: Comprender el proceso de cambio en el empoderamiento y el autocuidado de mujeres de 60 a 80 años a través de la investigación-acción-participativa.

Las mujeres mayores establecieron una unión sólida para promover cambios en ellas mismas y sus entornos más próximos. Esto fue resultado del trabajo conjunto en grupo, observándose las unas a las otras como protagonistas de una historia vital similar.

El proceso de cambio se produjo en base a dos patrones. Por un lado, las mujeres líderes generaban cambios vitales activos con más autodeterminación y, por otro lado, las mujeres seguidoras aprendían del proceso de cambio de las primeras para iniciar el suyo propio, con más dudas y empleando más tiempo. Ambos roles establecían un tándem perfecto para la enseñanza, el aprendizaje y la reflexividad acerca del proceso de cambio.

Los cambios se establecieron en dos mundos distintos: el mundo interior (personal) y el mundo exterior (social). De esta forma, las mujeres líderes generaron cambios en ambos mundos de forma paralela, mientras que las mujeres seguidoras precisaban iniciar los cambios en el mundo interior para, posteriormente, generar estrategias de cambio en el mundo exterior.

Los cambios se presentaron en tres características clave para el empoderamiento y el autocuidado: autodeterminación, autoestima y autoconfianza. Y estos generaron mejoras en sus mundos interiores a través de la consideración de las necesidades propias, el aumento de la visibilidad propia y la superación personal, para traspasar la barrera de lo personal a lo social y producir nuevas estrategias en el mundo exterior,

manifestando sus preferencias al resto, estableciendo límites y desarrollándose con mayor seguridad en sus entornos.

Objetivo general: Generar mejoras en las actitudes de autocuidado ante el proceso de envejecimiento de las mujeres de 60 a 80 años a partir del fomento de su empoderamiento.

Las conclusiones descritas en los objetivos específicos nos adentran en el cumplimiento del objetivo general: mejorar el autocuidado y el empoderamiento en las mujeres de 60 años.

Fruto de la descripción de la calidad de vida de las mujeres mayores y del posterior trabajo grupal desarrollado con mujeres de 60 a 80 años, obtuvimos una investigación-acción-participativa que resultó empoderadora para las participantes y mejoró su autocuidado.

Podemos concluir que este enfoque de investigación promovió el cambio, y el trabajo conjunto del grupo heterogéneo de mujeres de 60 a 80 años, generó estrategias de empoderamiento y autocuidado, y mejoró su reflexividad conjunta y la introspección personal.

Capítulo 7- Implicaciones para la práctica, líneas de investigación futuras y limitaciones de la tesis.

Implicaciones para la práctica

Esta investigación ha aportado estrategias para fomentar la calidad de vida, el empoderamiento y el autocuidado de las mujeres mayores y las mujeres que se aproximan a la vejez. Además, ha aportado cambios en los resultados de salud de las mujeres en cuanto al autocuidado y la calidad de vida, sirviéndose del empoderamiento como herramienta de transformación de sus realidades.

Resulta clave para la práctica asistencial erradicar el machismo y el edadismo de los programas de salud, de la asistencia sanitaria directa y también de la investigación. Por consiguiente, es importante que las y los profesionales de la salud reciban información y formación para eliminar estos estereotipos y mandatos de sus prácticas diarias mediante la adquisición y desarrollo de competencias que les permitan detectar e inactivar esos estereotipos cuando se estén reproduciendo en los diferentes escenarios a los que acceden. Una asistencia sanitaria desde la igualdad y la justicia es clave para conseguir dignificar los cuidados en todas las etapas de la vida, ya sean los proporcionados a la población o los autorrealizados.

A su vez, esta investigación enmarcada en la Teoría Feminista Interseccional aporta la visión de realizar investigación con perspectiva de género y con diversidad, atendiendo a los múltiples elementos de discriminación que sufren las mujeres. Sin lugar a dudas, realizar investigación interseccional con perspectiva de género aporta claves para atender dicha discriminación y sus consecuencias en el terreno de la atención y la política sanitarias.

La perspectiva de género en la salud y en el envejecimiento de las mujeres se ha plasmado en esta tesis, aportando otra visión sobre el paradigma de envejecer siendo mujer, atendiendo a los cuidados del resto, en detrimento del cuidado propio, y dedicando poco espacio a responder a necesidades y deseos propios. Comprender y ahondar en cómo los mandatos de género alumbran un envejecimiento estigmatizado

que limita los pasos de las mujeres en el acceso a los recursos es importante para su prevención.

El empoderamiento ha sido un concepto clave en esta investigación y se trata de una herramienta que produce verdaderos cambios en la concepción del autocuidado en las mujeres mayores. Por lo tanto, otra implicación para la práctica pasa por fomentar el empoderamiento en esta población en la atención sanitaria directa, promoviendo la participación activa de las mujeres en sus procesos de salud y enfermedad, detectando cambios posibles y activos para mejorar los contextos y atendiendo de una forma directa aquellas circunstancias que limitan el acceso al cuidado y la salud.

Otra implicación tiene que ver con la metodología y el enfoque que se han utilizado. La metodología cualitativa permite dotar de significado a los procesos de enfermedad y salud, para atender, en relación a sus resultados, de una forma más directa, específica y comprensiva las circunstancias que envuelven a las personas, específicamente a las mujeres. Y, a su vez, con el objetivo de generar cambios, el enfoque de la investigación-acción-participativa permite la transformación en la acción de la investigación, generando cambios durante el propio proceso.

Protocolizar acciones con estrategias de empoderamiento para fomentar el autocuidado y que ello repercuta en la calidad de vida de las mujeres mayores es una de las consecuencias directas de esta investigación.

Y en este sentido, una de las implicaciones para la investigación más potente sería la posibilidad de alcanzar la transformación real y efectiva durante el propio proceso, evitando valerse de diferentes diseños de investigación para hacer un diagnóstico de la realidad y, posteriormente, realizar otra investigación que tenga como consecuencia dicha transformación. Además, esta tesis ha utilizado la triangulación metodológica para acercarnos a la realidad de las mujeres mayores y dotar de significado sus procesos vitales en relación al autocuidado y el empoderamiento desde diferentes ópticas, abordando tanto la objetividad de los resultados cuantitativos como los significados e interpretaciones que se extraen de la investigación cualitativa.

A estas implicaciones para la investigación se suma la utilización del enfoque de la investigación-acción-participativa con pacientes para conseguir resultados en salud. Se

hace necesario seguir el camino del trabajo directo sobre la población y trabajar desde la perspectiva transformadora de este enfoque.

Líneas de investigación futuras

La investigación realizada abre camino para seguir trabajando sobre el empoderamiento de las mujeres de cara a fomentar su autocuidado. En este sentido, las posibles líneas de investigación futuras podrían ser:

- Realizar investigación-acción-participativa intergeneracional para que el empoderamiento se potencie en las mujeres a lo largo del ciclo vital y que ello repercuta en un mejor envejecimiento.
- Intervenir directamente sobre la población mediante este enfoque para erradicar los estereotipos asociados a la vejez y al género y establecer las vías para una atención del cuidado plena y satisfactoria.
- Indagar en los mecanismos que llevan a las mujeres a ser seres compasivos con el resto y no serlo para sí mismas. Trabajar el empoderamiento desde la autocompasión de las mujeres, con el objetivo de que se vean, se perdonen y se autoricen.
- Incorporar la teoría feminista interseccional en todas las investigaciones dado que es clave para acercarnos a las realidades de las mujeres, sujetas a múltiples discriminantes, y generar conclusiones que marquen el camino para que la salud de las mujeres se reconozca y se atienda conforme a la realidad que viven.
- Acercar la investigación-acción-participativa a los centros sanitarios para generar investigaciones con población específica que lleven consigo la transformación hacia una mejor atención de la salud propia, especialmente con población y colectivos vulnerables, confiriéndoles un rol activo en su proceso de salud y enfermedad, e incorporando el empoderamiento como herramienta para la promoción de la salud y la educación para la salud.
- Incorporar a informantes clave (familiares, profesionales, gestoras y gestores y equipos multidisciplinares), para, además de los cambios personales sucedidos, lograr una transformación estructural: familiar, social e institucional.

Limitaciones de la tesis

En relación a la primera publicación, la muestra no tenía una gran dispersión geográfica en la Región de Murcia por lo que, aunque atendemos al medio rural y urbano, nos faltaría conocer la calidad de vida de mujeres de otros municipios, así como mujeres que no tengan riesgo cardiovascular. Además, el análisis secundario con perspectiva de género se realizó con cierto desfase de años por lo que esto podría ser una limitación del estudio para adentrarnos en la realidad presente de la calidad de vida de las mujeres.

En cuanto a la segunda y tercera publicación sobre la IAP y el proceso de cambio de las mujeres participantes, una de las limitaciones sería la muestra utilizada. Aunque en un principio eran 10 mujeres las participantes, una de las participantes abandonó la intervención. Siendo 9 finalmente las mujeres que realizaron la IAP completamente, podrían faltar puntos de vista y reflexiones de más mujeres que, unidas al resto del grupo, enriquecerían la investigación y los conocimientos sobre el proceso de cambio.

A su vez, la finalización de la IAP por la llegada del confinamiento por el COVID a España se presenta como una limitación pues impidió que acabara de una forma natural, generando una dificultad añadida para cerrar el tiempo de trabajo en grupo.

En relación a las herramientas de obtención de datos, la limitación se encuentra en el uso del diario reflexivo ya que no resultó ser una vía para la reflexión, siendo este uno de los resultados del segundo artículo.

Otra limitación encontrada sería la no acotación del tiempo de trabajo de campo, generando un excesivo volumen de datos para su interpretación y dificultades para el cierre del trabajo grupal. Y aunque esto también se trata de una fortaleza en la investigación-acción-participativa por el trabajo constante y los significados que emanan de ella, resulta una limitación en el desarrollo de una investigación con el enfoque para estudios que dispongan de un tiempo determinado para el trabajo de campo.

Referencias bibliográficas

1. Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela B, López-Román FJ, López-Benavente Y, Meseguer-Liza C, Abad-Corpa E. Programa ACTIVA-Murcia: Análisis secundario, con perspectiva de género, sobre la calidad de vida en mujeres participantes. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94:e1-11.
2. Ros-Sánchez T, Abad-Corpa E, López-Benavente Y, Lidón-Cerezuela MB. Participatory Action Research on empowerment in older women: A theoretical-methodological analysis. *Enfermería Clínica (English Ed)*. 2023;33:141–8.
3. Ros-Sanchez T, Lidon-Cerezuela MB, Lopez-Benavente Y, Abad-Corpa E. Promoting empowerment and self-care in older women through participatory action research: analysis of the process of change. *J Adv Nur*. 2023;1–12.
4. Renpenning KM, Susan G T. *Self-Care Theory in Nursing. Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company; 2003. 401 p.
5. Tanaka M. Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nurs Forum* [Internet]. 2022;57:480–5. Available from: <https://doi.org/10.1111/nuf.12696>
6. Hartweg DL, Metcalfe SA. Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. *Nurs Sci* [Internet]. 2022;35(1):70–6. Available from: <https://doi.org/10.1177/08943184211051369>
7. Orem DE, Taylor SG. Reflections on nursing practice science: The nature, the structure, and the foundation of nursing sciences. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2011;24(1):35–41. Available from: <https://doi.org/10.1177/0894318410389061>
8. Milavec Kapun M, Drnovšek R, Rajkovič V, Rajkovič U. A multi-criteria decision model for assessing health and self-care ability. *Cent Eur J Oper Res* [Internet]. 2022;1–12. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10100-022-00823-3>
9. Younas A. A Foundational Analysis of Dorothea Orem's self-care theory and evaluation of its significance for nursing practice and research. *Creat Nurs*. 2017;23(1):13–23.

10. Zimmerman M. Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. *Handb community Psychol.* 2000;43–63.
11. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, editors. *Promoción de la Salud. Glosario.* Madrid; 1998.
12. Tveiten S. Empowerment and health promotion in Hospitals. In: *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research* [Internet]. 2021. p. 159–70. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_13
13. Thomas LW. A critical feminist perspective of the health belief model: Implications for nursing theory, research, practice, and education. *J Prof Nurs.* 1995;11(4):246–52.
14. Hirschman KB, Rivera E, Sefcik JS, McCauley K, Hanlon AL, Pauly M V., et al. Older Adult and Family Caregiver Perspectives on Engagement in Primary Care. *J Gerontol Nurs* [Internet]. 2022;48(11):7–13. Available from: <https://doi.org/10.3928/00989134-20221003-02>
15. Hay K, McDougal L, Percival V, Henry S, Klugman J. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10190):2535–49. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30648-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30648-8).
16. Kar SB, Pascual CA, Chickering KL. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Soc Sci Med.* 1999;49(11):1431–60.
17. Medina V. El empoderamiento de la mujer y la acción colectiva. *Rev Venez Estud la Mujer.* 2007;12(29).
18. Sharpe PA. Older women and health services: moving from ageism toward empowerment. *Women Health.* 1995;22(3):9–23.
19. 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.
20. Currie DH, Wiesenbergs SE. Promoting women’s health-seeking behavior: research

- and the empowerment of women. *Health Care Women Int* [Internet]. 2003;24:880–99. Available from: <https://doi.org/10.1080/07399330390244257>
21. Garcimartín Cerezo P, Juvé-Udina M-E, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016;50(4):667–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400667&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 22. Varkey P, Mbbs, Kureshi S, Lesnick T. Empowerment of women and its association with the health of the community. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2010 Jan;19(1):71–6. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jwh.2009.1444>
 23. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *J Chem Inf Model*. 2015;53(9):1689–99.
 24. IMSERSO. Libro blanco: Envejecimiento activo. Ministerio de Sanidad PS e I, editor. Madrid; 2011.
 25. Comision Europea. La aportación de la UE al envejecimiento activo y a la solidaridad entre las generaciones. *Com Eur* [Internet]. 2012;20. Available from: <http://bookshop.europa.eu/es/la-aportaci-n-de-la-ue-al-envejecimiento-activo-y-a-la-solidaridad-entre-las-generaciones-pbKE3212224/>
 26. Bermejo L. Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educ Soc Rev d'intervenció sòcioeducativa* [Internet]. 2012;(51):27–44. Available from: <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/260500>
 27. Sancho Castiello MT, Yanguas Lezaun JJ, Díaz Veiga P, Rodríguez Rodríguez P, Pérez Salanova M, Serrano Garijo P, et al. «Saber envejecer. Prevenir la dependencia.» Un modelo para el diseño de materiales didácticos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2006;41(Supl 2):2–16. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(06\)73003-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(06)73003-7)
 28. Haugan G, Deliktaş Demirci A, Kabukcuoglu K, Aune I. Self-transcendence among

- adults 65 years and older: a meta-analysis. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2022;36:3–15. Available from: <https://doi.org/10.1111/scs.12959>
29. Whitehall L, Rush R, Górska S, Forsyth K. The general self-efficacy of older adults receiving care: A systematic review and meta-analysis. *Gerontologist* [Internet]. 2021;61(6):E302–17. Available from: <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa036>
 30. Schladitz K, Förster F, Wagner M, Hesel K, König HH, Hajek A, et al. Gender Specifics of Healthy Ageing in Older Age as Seen by Women and Men (70+): A Focus Group Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(5):1–22. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19053137>
 31. Loureiro H, Mendes A, Rodrigues R, Apóstolo J, Rodrigues MA Ives, Cardoso D, et al. The experience of programs to promote health in retirement: a systematic review of qualitative evidence. *JBI database Syst Rev Implement reports* [Internet]. 2015;13(4):276–94. Available from: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1754>
 32. Hausknecht S, Low LF, O’loughlin K, Mcnab J, Clemson L, Heyn PC. Older Adults’ Self-Perceptions of Aging and Being Older: A Scoping Review. *Gerontologist* [Internet]. 2020;60(7):E524–34. Available from: <https://doi.org/10.1093/geront/gnz153>
 33. Holm AL, Severinsson E. A Qualitative Systematic Review of Older Persons’ Perceptions of Health, Ill Health, and Their Community Health Care Needs. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2013;2013:1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/672702>
 34. Iacub R, Arias CJ. El empoderamiento en la vejez. *J Behav Heal Soc Issues* [Internet]. 2011;2(2):17. Available from: <http://132.248.204.69/rig/index.php/jbhsi/article/view/26787>
 35. Freixas Farré A. Abuelas, madres, hijas. La transmisión sociocultural del arte de envejecer. Barcelona: Icaria; 2015.
 36. Ramos Toro M. Envejecer siendo mujer. Dificultades, oportunidades y retos. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2016. 352 p.

37. Janus E, Smrokowska-reichmann A. Level of happiness and happiness-determining factors perceived by women aged over 60 years. *J Women Aging* [Internet]. 2019;31(5):403–18. Available from: <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1485387>
38. Olivera J, Andreoli F, Leist AK, Chauvel L. Inequality in old age cognition across the world. *Econ Hum Biol* [Internet]. 2018;29:179–88. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2018.03.002>
39. Masa M, Alija P, Ibáñez E, Berroeta E, Alonso A. La autonomía de las mujeres “mayores” en el País Vasco y su contribución a los procesos de empoderamiento. *Zerbitzuan* [Internet]. 2013;(53):69–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.53.05>
40. Yuni, J.A., Ariel Urbano C. Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Rev Argentina Sociol.* 2008;6(10):151–69.
41. Freixas Farré A. *Tan frescas. Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI.* Barcelona: Paidós; 2013.
42. Arrufat Gallén V. ¿Quién cuidará de nosotras cuando no estemos muertas? ¡Cuídate tú para cuidar mejor! Género y salud. X y XI Jornadas de la Red de mujeres profesionales de la salud. Madrid; 2010.
43. Yarnell LM, Stafford RE, Neff KD, Reilly ED, Knox MC, Mullarkey M. Meta-Analysis of Gender Differences in Self-Compassion. *Self Identity* [Internet]. 2015;14(5):499–520. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2015.1029966>
44. Pinto e Silva E, Cangiani Fabbro MR, Heloani R. The work of nurses and municipal guards: identity, gender and power. *Interface (Botucatu)*. 2009;5.
45. Velasco S, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Rev Esp Salud Pública.* 2006;80:317–33.

46. Sánchez-Muros Lozano SP, Jiménez Rodrigo ML. Mujeres rurales y participación social: análisis del asociacionismo femenino en la provincia de Granada (España). *Cuad Desarro Rural*. 2013;10(72):223–42.
47. Freixas Farré A. La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anu Psicol UB J Psychol*. 2008;39(1):41–57.
48. Kabeer N. Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women’s Empowerment. *Dev Change* [Internet]. 1999;30(3):435–64. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-7660.00125>
49. Albert C, Escardibul J-O. Education and the empowerment of women in household decision-making in Spain. *Int J Consum Stud* [Internet]. 2017 Mar;41(2):158–66. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijcs.12326>
50. Acrich L. La Psicogerontología social y la evaluación de las redes sociales de apoyo. *ECOS Estud Contemp da Subjetividade*. 2012;2(1):17–31.
51. Freixas Farré A. Gerontología feminista: Comprender la compleja y sutil vida de las mujeres mayores.
52. Jones RL. Imagining feminist old age: Moving beyond ‘successful’ ageing? *J Aging Stud* [Internet]. 2021;63(May 2021):100950. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100950>
53. Abramson CM, Portacolone E. What is new with old? What old age teaches us about inequality and stratification. *Sociol Compass* [Internet]. 2017;11(3). Available from: <https://doi.org/doi:10.1111/soc4.12450>
54. Sánchez Martínez E. La necesidad de confrontación para el enriquecimiento mutuo: Entre la gerontología educativa y la gerontagogía. *Pedagog Soc Rev Interuniv*. 2001;(8):135–59.
55. Trapote Fernández R, González Torres IM, Castillo Ramos MI. Impacto del enfoque de género en los proyectos de desarrollo local: vía al empoderamiento de la mujer. *Rev Científica Hombre, Cienc y Tecnol*. 2010;14(2).
56. Rifà-Ros MR, Rodríguez-Monforte M, Carrillo-Alvarez E, Barreto-Da Silva L,

- Pallarés-Martí A, Gasch-Gallen A. Analysis of gender perspective in the use of NANDA-I nursing diagnoses: A systematic review. *Nurs Open* [Internet]. 2022;00:1–22. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.1410>
57. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Madrid; 2008. p. 9–14.
 58. Shai A, Koffler S, Hashiloni-Dolev Y. Feminism, gender medicine and beyond: a feminist analysis of “gender medicine.” *Int J Equity Health* [Internet]. 2021;20(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01511-5>
 59. Valls-Llobret C. Mujeres, salud y poder. Cátedra, editor. Madrid; 2009. 430 p.
 60. Freixas A. Yo, vieja. Madrid: Capitán Swing; 2021. 182 p.
 61. Valls-Llobret C. Mujeres invisibles para la medicina. Madrid: Capitán Swing; 2020. 479 p.
 62. Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Política Social, editors. Madrid; 2009.
 63. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit* [Internet]. 2020;34:61–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
 64. Trapote Fernández R, González Torres IM, Castillo Ramos MI. Elementos teóricos para la construcción de indicadores de género relacionado con proyectos. *Contrib a las Ciencias Soc.* 2012;
 65. Colomer Revuelta C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:91–3.
 66. Gita S, Asha G, Piroška Ö. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. 2005;1–45.
 67. Zeinali Z, Muraya K, Molyneux S, Morgan R. The Use of Intersectional Analysis in Assessing Women’s Leadership Progress in the Health Workforce in LMICs: A

- Review. *Int J Heal Policy Manag* [Internet]. 2022;11(8):1262–73. Available from: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.06>
68. Gupta GR, Oomman N, Grown C, Conn K, Hawkes S, Shawar YR, et al. Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health. *Lancet* [Internet]. 2019;393(10190):2550–62. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30651-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30651-8)
69. McCandless NJ, Conner FP. Older women and the health care system: A time for change. *Fundam Fem Gerontol* [Internet]. 2014;11(2):13–28. Available from: <https://doi.org/10.4324/9781315821641-8>
70. Kaldestad K, Nåden D. Dignity in fragile older women receiving daily municipality care. *Nurs Ethics* [Internet]. 2022;29((7-8)):1660–9. Available from: <https://doi.org/10.1177/09697330221109942>
71. De Beauvoir S. *El Segundo Sexo*. Cátedra, editor. 2005. 912 p.
72. Butler J. *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós, editor. Nueva York; 2007. 316 p.
73. Curiel O. Los aportes de las afrodescendientes a la teoría y la práctica feminista: desuniversalizando al sujeto Mujeres. *Perfiles del Fem Iberoam*. 2007;3.
74. Leng K. Feminism. In: *The International Encyclopedia of Human Sexuality* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118896877.wbiehs151>
75. Nash M. *Mujeres en el mundo. Historia, retos y movimientos*. Barcelona: Alianza editorial; 2004.
76. Merone L, Tsey K, Russell D, Daltry A, Nagle C. Evidence-Based Medicine: Feminist Criticisms and Implications for Women’s Health. *Women’s Heal Reports* [Internet]. 2022;3(1):844–9. Available from: <https://doi.org/10.1089/whr.2022.0032>
77. Álvarez-Díaz JA. The necessary gender perspective for the analysis of health problems. *Cir Cir* [Internet]. 2020;88(3):383–8. Available from:

<https://doi.org/10.24875/CIRU.19000865>

78. Harari L, Lee C. Intersectionality in quantitative health disparities research: a systematic review of challenges and limitations in empirical studies. *Sco Sci Med* [Internet]. 2021;277. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113876>.
79. Guan A, Thomas M, Vittinghoff E, Bowleg L, Mangurian C, Wesson P. An investigation of quantitative methods for assessing intersectionality in health research: A systematic review. *SSM - Popul Heal* [Internet]. 2021;16:100977. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100977>
80. Ghasemi E, Majdzadeh R, Rajabi F, Vedadhir AA, Negarandeh R, Jamshidi E, et al. “Applying Intersectionality in designing and implementing health interventions: a scoping review.” *BMC Public Health* [Internet]. 2021;21(1):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11449-6>
81. Weber L, Parra-Medina D. Intersectionality and Women’S Health: Charting a Path To Eliminating Health Disparities. *Adv Gen Res* [Internet]. 2003;7:181–230. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1529-2126\(03\)07006-1](https://doi.org/10.1016/S1529-2126(03)07006-1)
82. Erikainen S, Stewart E, Marques Filipe A, Chan S, Cunningham-Burley S, Ilson S, et al. Towards a feminist philosophy of engagements in health-related research. *Wellcome Open Res* [Internet]. 2022;6. Available from: <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16535.2>
83. Nations TU. Fourth World Conference on Women. Vol. 2016. Beijing, China; 1995. p. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>.
84. Caubergs L, Drory E, Kittel F, Mula Kakiba E, Staes V, Ravesloot S, et al. El proceso de empoderamiento de las mujeres. Guía metodológica. Comisión de Mujeres y Desarrollo, editor. Bruxelles: Boone-Roosens; 2007. p. 45.
85. High-Pippert A, Comer J. Female empowerment: The influence of women representing women. *J Women, Polit Policy* [Internet]. 1998;19(4):53–66. Available from: <https://doi.org/10.1080/1554477X.1998.9970860>

86. Sundström A, Paxton P, Wang Y-T, Lindberg SI. Women's Political Empowerment: A New Global Index, 1900–2012. *World Dev* [Internet]. 2017;94:321–35. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85012888029&doi=10.1016%2Fj.worlddev.2017.01.016&partnerID=40&md5=25861a1a0fd052e739719177696272be>
87. Ricardo C, Nascimento M, Fonseca V, Segundo M. El Programa H y el Programa M: Involucrando a hombres jóvenes y empoderando a mujeres jóvenes para promover la igualdad de género y la salud. Organization PAH, PROMUNDO, editors. Brasil; 2010.
88. Rodríguez Fernández C, Castro Lemus N. Empoderamiento de la mujer en el atletismo: buscando otra “equidad de género”. *Ciencia, Cult y Deport*. 2010;5(15):82–4.
89. Gallardo R. Des-empoderamiento de las mujeres y maternidad desde la mirada de la comadrona. Barcelona: Hablemos otra vez de maternidad. XVI Seminario de Autoformación de REDCAPS.; 2014.
90. Olivella Quintana M, Porroche Escudero A. Mujeres, placer sexual y empoderamiento: reflexiones desde el trabajo de campo. Barcelona: IV Jornadas de Formación de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud.; 2012.
91. Cala Carrillo MJ. Recuperando el control de nuestras vidas: reconstrucción de identidades y empoderamiento en mujeres víctimas de violencia de género. Universidad de Sevilla, Ministerio de Sanidad AS e I, editors. Madrid; 2011.
92. Casique I. Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. *Rev Mex Sociol*. 2010;72(1):37–71.
93. Johnson DM, Worell J, Chandler RK. Assessing psychological health and empowerment in women: the Personal Progress Scale Revised. *Women Health* [Internet]. 2005;41(1):109–29. Available from: http://dx.doi.org/10.1300/J013v41n01_07
94. Alcázar Valdivia L, Espinoza Iglesias K. Impactos del programa Juntos sobre el empoderamiento de la mujer. Desarrollo. G de A para el, editor. Lima: GRADE;

- 2014.
95. Kaiser S, Doullah SU, Noor S. Do Empowerment Programmes Actually Empower Women ? *Asian J Soc Sci Humanit.* 2014;3(2):1–10.
 96. Montes de Oca V. Empoderamiento y adultos mayores. Impacto de la participación de un grupo de adultos mayores en un programa educativo. In: *Envejecimiento en América Latina y el Caribe.* Universidad Nacional Autónoma de México: Instituto de Investigaciones Sociales.; 2013. p. 207–48.
 97. Oliveira Rita de Cássia da Silva SPA. Universidad Abierta a las Personas Adultas Mayores: Espacio de Pedagogía Social, Educación y Empoderamiento. *Actual Investig en Educ* [Internet]. 2015;15:505–22. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-47032015000300505&lang=pt
 98. de Groot J, Mohlakoana N, Knox A, Bressers H. Fuelling women’s empowerment? An exploration of the linkages between gender, entrepreneurship and access to energy in the informal food sector. *Energy Res Soc Sci* [Internet]. 2017;28:86–97. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85018980428&doi=10.1016%2Fj.erss.2017.04.004&partnerID=40&md5=4e2cc0c919033ab0368bbc349f83de5f>
 99. Duflo E. Women Empowerment and Economic Development. *J Econ Lit* [Internet]. 2012;50(4):1051–79. Available from: <http://pubs.aeaweb.org/doi/10.1257/jel.50.4.1051>
 100. Masa M, Alija P, Ibáñez E, Berroeta E, Alonso A. La autonomía de las mujeres ‘mayores’ en el País Vasco y su contribución a los procesos de empoderamiento. *Zerbitzuan* [Internet]. 2013; Available from: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.53.05>
 101. Morell CM. Empowerment and long-living women: Return to the rejected body [Internet]. Vol. 17, *Journal of Aging Studies.* 2003. p. 69–85. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(02\)00091-9](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(02)00091-9)
 102. Wray S. What constitutes agency and empowerment for women in later life?

- Sociol Rev [Internet]. 2004;52(1):22–38. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-954X.2004.00440.x>
103. Richardson RA. Measuring Women’s Empowerment: A Critical Review of Current Practices and Recommendations for Researchers. Soc Indic Res [Internet]. 2017;1–19. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85017124591&doi=10.1007%2Fs11205-017-1622-4&partnerID=40&md5=df294b70529a9607c7dbffc6a3b8f952>
 104. Willerth M, Ahmed T, Phillips SP, Pérez-Zepeda MU, Zunzunegui MV, Auais M. The relationship between gender roles and self-rated health: A perspective from an international study. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2020;87(March 2019):103994. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103994>
 105. Lin H-H, Yu C-L, Liou M-S, Chou H-C, Chang S-H. Empowerment of frail institutionalized older people for self-care: from administrators’ and staff caregivers’ perspectives. Int J Qual Stud Health Well-being [Internet]. 2022;17(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2022071>
 106. Jen S, Zhou Y, Jeong M. “You’ll See”: Younger Women Interviewing Older Women in Qualitative Research. J Gerontol Soc Work [Internet]. 2020;63(8):753–67. Available from: <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1769788>
 107. Cordeiro L, Rittenmeyer L, Baldini Soares C. Action research methodology in the health care field: a scoping review protocol. JBI Database Syst Rev Implement Reports [Internet]. 2015;13(8):70–8. Available from: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2204>
 108. Hand C, Rudman DL, McGrath C, Donnelly C, Sands M. Initiating Participatory Action Research with Older Adults: Lessons Learned through Reflexivity. Can J Aging [Internet]. 2019;38(4):512–20. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0714980819000072>
 109. Allen EM, Frisancho A, Llantén C, Knep ME, Van Skiba MJ. Community Health Agents Advancing Women’s Empowerment: A Qualitative Data Analysis. J Community Health [Internet]. 2022;47(5):806–13. Available from:

<https://doi.org/10.1007/s10900-022-01107-2>

110. Kirkman M, Fisher J. Promoting older women's mental health: Insights from Baby Boomers. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(1):1–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0245186>
111. McClintock AH, Starks H, Williams M. Women's health for a primary care workforce. *Clin Teach* [Internet]. 2022;19:251–6. Available from: <https://doi.org/10.1111/tct.13483>