

OS DE EMPoderamiento DE GI  
TIVACION PARA PARTICIPAR Y C

Pepa Bojó Ballester

Gipuzkoa 2021

# Grupos de empoderamiento de Gipuzkoa: motivación para participar y cambios reseñables

Gipuzkoako  
Foru Aldundia  
Diputación Foral  
de Gipuzkoa



ETORKIZUNA ORAIN  
Es futuro

**Título:** Grupos de empoderamiento de Gipuzkoa: motivación para participar y cambios reseñables

**Autoría:** Pepa Bojó Ballester

**Traducción:** Nagore Pérez Fernández

**Año de publicación:** 2022

**Diseño y maquetación:** Kalaka Koop. Elk. Txikia

**Depósito legal:** D-812-2022



<b>1. Introducción</b>	<b>5</b>
<b>2. El empoderamiento en los grupos de mujeres</b>	<b>9</b>
2.1 Qué es el empoderamiento	11
2.1.1 Definiciones	11
2.1.2 Matices y dimensiones	15
2.1.3 Componentes psicológicos del proceso de empoderamiento	22
2.2 Los grupos de mujeres en el feminismo	25
2.2.1 Las Escuelas de Empoderamiento de Gipuzkoa	28
<b>3. Subjetividad, salud y vínculos afectivos</b>	<b>30</b>
3.1 Construcción de la subjetividad	32
3.2 Identidades de género y sus implicaciones	34
3.3 Las relaciones de género	38
3.3.1 Los vínculos afectivos y violencia contra las mujeres	40
3.4 Género y salud	43
3.4.1 Salud y violencia	46
3.4.2 El malestar de las mujeres	48
3.4.3 Modelos y determinantes de salud	50
<b>4. Objetivos y metodología</b>	<b>53</b>
<b>5. Resultados del estudio</b>	<b>60</b>
5.1 Características personales de las participantes	62
5.2 Análisis sobre la motivación para participar	73
5.2.1 La salud como motivación: estados de salud al inicio	76
5.3 Análisis sobre los cambios percibidos	86
5.3.1 Cambios a nivel general	86
5.3.2 Cambios a nivel de salud	94
5.3.3 Cambios a nivel de relaciones	102



# **Introducción**

**“ Sólo se ve lo que se mira y sólo se mira lo que se tiene en mente. ”**

---

**Bertillon**

El presente informe pretende mostrar cómo es el proceso que expresan las mujeres que participan en talleres de empoderamiento de varios municipios de Gipuzkoa en los que hay Escuelas de Empoderamiento o se han desarrollado actividades y talleres con tal finalidad.

Tras un trabajo durante más de 25 años con grupos de empoderamiento de mujeres, he podido observar que los cambios en sus vidas son evidentes, duraderos, es decir, estructurales, y suponen el inicio de otra manera de estar en el mundo.

La gran mayoría de mujeres que participan en los talleres o cursos de empoderamiento inician un recorrido personal y relacional que va marcando las etapas de un viaje que ellas eligen y deciden y que, normalmente, dura varios años de forma más o menos continuada.

Cuando se les pregunta, los cambios que expresan habitualmente inciden en muchos aspectos de sus vidas: en la salud, en la autoestima y en el sentimiento de capacidad y seguridad, en la elección de sus espacios, en un cambio en las relaciones en general y, especialmente, en las afectivas. Realizan un cambio de consciencia personal y social que se evidencia de múltiples formas.

Sin embargo, siempre me ha llamado la atención que al comenzar los talleres un

porcentaje elevado de casos presenta problemáticas de salud, física o psicológica de mayor o menor gravedad y que tras la finalización de los mismos, se observa una evidente mejoría. Por tanto, la salud es un factor que está muy presente para participar en los talleres bien como una motivación explícita o implícita, bien como una de las dimensiones que las participantes de los mismos valoran en sus cambios.

Por ello, una de las principales motivaciones personales al realizar este informe es observar la evolución de los malestares de salud y comprobar la relación entre salud y empoderamiento.

Hoy por hoy, vamos conociendo mejor los factores que pueden incidir en los problemas psicológicos y, sobre todo, vamos visibilizando y verificando la importancia de los factores sociales, económicos y de género, y su influencia en la enfermedad psíquica y emocional.

Es un hecho todavía la prevalencia de diferentes malestares emocionales, incluso en mujeres más jóvenes, y es interesante corroborar cómo los procesos de empoderamiento ayudan a mejorar y también a que desaparezca en muchos casos la sintomatología. Hay que subrayar que la recuperación de la salud es la base de cualquier proceso de reestructuración y transformación.

El segundo aspecto que me interesa resaltar en este informe tiene que ver con los cambios que se operan en las relaciones personales. Las mujeres que llevan un tiempo en las Escuelas, además de la toma de conciencia personal y social, expresan que sus relaciones cambian a favor de una mayor equidad.

Los cambios en las relaciones son más costosos y largos, por lo que es necesario un tiempo para tomar conciencia de los modelos de relación aprendidos, para visibilizar las relaciones de abuso e identificar las relaciones de poder y maltrato. Así mismo, requiere adquirir nuevas habilidades, competencias y manejo de las emociones.

El tercer y último aspecto que me interesa personalmente es comprobar si más allá de las temáticas de los talleres, se puede hablar de una metodología para el empoderamiento, y reflexionar sobre qué claves son las fundamentales para que se den los cambios.

Es importante dar a conocer al resto de instituciones y agentes de los municipios el trabajo que se realiza en las escuelas, su forma de trabajar y el impacto que tiene en la vida de las mujeres, así como visibilizar cómo son los procesos de las mujeres que participan en las Escuelas de empoderamiento. Ello nos permitiría ajustar la "agenda" de las escuelas a las realidades

diferentes de las mujeres, así como verificar los conocimientos que tenemos sobre este proceso de empoderamiento.

Este informe no hace referencia a la totalidad de las mujeres que participan en las Escuelas, si no que se refieren a las que han asistido a una serie de talleres impartidos durante el segundo semestre de 2018 y primer semestre de 2019, con una temática fundamentalmente de empoderamiento personal trabajando aspectos de nuestra subjetividad: autoestima, salud emocional, etc. La elección de la temática y tipo de actividad es, es sin duda, un factor determinante en las Escuelas que indica las diferentes necesidades y motivaciones con las que nos vamos a encontrar.

GRUPOS D  
EMPODER  
AMIENTO I  
COPUZK OA  
MOTIVAC  
ON PARA I  
ARTICIPAI  
Y CAMBIO

## **2 El empoderamiento en los grupos de mujeres**

“ La desigualdad social entre hombres y mujeres no es consecuencia de la desigualdad natural, sino que, por el contrario, es la propia desigualdad social y política la que produce teorías que postulan la inferioridad de la naturaleza femenina. ”

---

Poulain de la Barre, 1674

“ Para mí empoderarme es aprender, a través de técnicas, a autoafirmarme como mujer, en mis capacidades y derechos. Lo que me lleva a una mayor cota de confianza y seguridad en mi misma y en mi relación con los demás. Una mujer empoderada es la que gestiona positivamente su propia existencia y contribuye en el cambio social. ”

---

Testimonio: Mujer, 68 años.  
Grupo de empoderamiento de Tolosa.

# 2.1 Qué es el empoderamiento

## 2.1.1 Definiciones

El término empoderamiento procede del inglés empowerment y hace referencia a un proceso personal, relacional y colectivo que permite a grupos sin poder en una sociedad, hacerse agentes y dueños de su vida y futuro y, por tanto, partícipes en posición de igualdad de oportunidades, derechos, acceso y control de los recursos.

En los años 60 del siglo pasado, aparece en las organizaciones populares de los países de África e India, y en los movimientos en defensa de los Derechos Civiles de la población afroamericana en Estados Unidos.

También en América Latina a partir de la Educación Popular de Paulo Freire (1971), donde aplica el concepto a pueblos oprimidos, con un fuerte sentido de justicia social, entendiendo la educación como la vía para formar personas libres que les capacite para recuperar el poder y control que les es innato. Definiendo el empoderamiento como el proceso mediante el cual las personas y grupos excluidos y oprimidos desarrollan capacidades para poder analizar, cuestionar y subvertir las estructuras de poder que les mantienen en posición de subordinación.

Es un concepto que ha ido evolucionando a lo largo de los años, adquiriendo

diferentes matices, desde enfoques más neoliberales y liberales de carácter más asistencialista (años 70, enfoque MED) en los que no se cuestionaban las desigualdades ni su origen estructural, hasta ir evolucionando hacia enfoques feministas y radicales que buscan desvelar las estructuras sociales que perpetúan las diferencias para erradicarlas, cambiando las relaciones de género.

Se introdujo en la *III Conferencia Mundial de la Mujer* celebrada en Nairobi en el año 1985, pero es a partir de la *IV Conferencia Mundial de la Mujer* celebrada en Beijing en 1995, donde ya toma plena vigencia al ser un objetivo estratégico junto con la transversalidad o *mainstreaming* de género.

El empoderamiento de las mujeres se presenta como una estrategia clave del desarrollo, se hace referencia a su participación en todos los ámbitos de la sociedad, en los puestos de toma de decisión y en el acceso al poder, y se remarca la importancia de todo ello para consolidar la igualdad, la justicia y la paz. El siguiente fragmento da cuenta de ello:

“La potenciación del papel de la mujer y la plena participación de la mujer en condiciones de igualdad en todas las esferas de la sociedad, incluidos la participación en los procesos de adopción de decisiones y acceso al poder, son

fundamentales para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz” (Naciones Unidas, 1996:3).

A partir de aquí el concepto ya queda definitivamente ligado a un tema de derechos humanos, reconociendo la igualdad entre mujeres y hombres como un objetivo clave y estratégico en todas las políticas públicas, y promoviendo las medidas legales y educativas necesarias que transformen las estructuras que perpetúan las desigualdades para lograr la equidad, la justicia y el pleno desarrollo de las mujeres (Naciones Unidas, 2014).

Volviendo a una definición básica, el empoderamiento hace referencia al proceso a través del cual personas o colectivos desfavorecidos socialmente, toman conciencia de su situación, se convierten en agentes activos y desarrollan capacidades para analizar, cuestionar y subvertir las estructuras de poder que mantienen y reproducen las posiciones de subordinación (Álvarez García *et al.*, 2016).

Así, el concepto no sólo hace referencia al proceso mediante el cual esto se obtiene, sino que también es el resultado de dicho proceso.

Significa adquirir el control de la propia vida, definir la propia agenda y ser agente protagonista y responsable de las propias necesidades. Por tanto, conlleva tomar decisiones (informadas, formadas y con

posibilidad de ejecución), poder hacer elecciones, lograr la habilidad de hacer aquello que reafirme la propia identidad y revertir las relaciones de dominación, transformando las estructuras que reproducen las desigualdades. Todo ello tanto a nivel individual como colectivo.

De este modo, el empoderamiento sería el proceso que permite revertir una situación de falta de poder y subordinación a una situación en la que se tiene el control y poder sobre las decisiones que afectan a la propia vida.

Marcela Lagarde en el informe *Guía para el empoderamiento de las mujeres, Cuaderno 1: Vías para el empoderamiento* (2004: 6) señala que “llamamos empoderarse al proceso de transformación mediante el cual cada mujer poco a poco y en ocasiones a grandes pasos deja de ser objeto de *la historia, la política y la cultura*, deja de ser el objeto *de los otros*, es decir, deja de ser *para-otros*, y se convierte en *sujeta de la propia vida, en ser-para-sí-misma*”.

Siguiendo su discurso “empoderarse es desarrollar la conciencia de tener el derecho a tener derechos, reconocer la propia autoridad y confiar en la capacidad de lograr propósitos. Dicha autoridad se produce cuando cada mujer genera autoconfianza, seguridad subjetiva y legitimidad para ser quien es y para existir [...]. Decimos que una mujer es o está em-

poderada cuando esas capacidades se convierten en poderes vitales y se tornan estructurales, se vuelven su forma de ser” (Ídem).

Por ello decimos que es un proceso dinámico, que se desarrolla de *dentro-afuera*, de *abajo-arriba* y que transforma la subjetividad, las relaciones, el orden social, y las estructuras que generan discriminaciones y desigualdades. Remarcando, así, otro aspecto importante inherente al mismo concepto: es un proceso personal y colectivo-social.

La expresión de *dentro-afuera*, de *abajo-arriba*, hace referencia a que es algo que obtiene cada mujer: “La mujer se empodera, no la empoderan, una organización se empodera por la acción de sus integrantes o un movimiento se empodera por obra de sus participantes. Nadie empodera a nadie” (Ídem).

El papel que les corresponde a los poderes e instituciones públicas es el de apoyar, promover y facilitar las vías para el empoderamiento.

Comparto junto con otras autoras (Murquialday *et al.*, 2008) la preocupación por el abuso y trivialización del término en la actualidad. En los medios de comunicación y en todas las disciplinas aparece asociado a significados que no tienen que ver con adquirir una conciencia social

crítica y feminista, y sin cuestionar las relaciones de poder.

Tampoco podemos quedarnos sólo en la dimensión personal, ya que es un concepto socio-político y que al despolitizarlo se vacía de contenido negándole el potencial transformador de la estructura social.

Como señala Saskia Wieringa (1997: 158), el concepto empoderamiento tiene significado si es utilizado para la transformación social: “el empoderamiento para el feminismo implica una alteración radical de los procesos y estructuras que reproducen la posición subordinada de las mujeres como género”.

En la psicología ocurre lo mismo y, frecuentemente, se está empleando el término muy vinculado a la idea de *autonomía* y *capacitación*. En los espacios terapéuticos se utiliza como sinónimo de *crecimiento personal* o *autoestima*, y sin embargo, el reparto de poder, los roles y relaciones de género no siempre se cuestionan. También es un término que aparece en proyectos en los que la idea del poder no entra en juego. En espacios mixtos donde la generalización del término puede enmascarar e invisibilizar de nuevo las brechas de género, precisamente porque mujeres y hombres no parten de las mismas condiciones ni ocupan el mismo lugar. Incluso se utiliza en proyectos con colectivos que ya tienen poder: *curso de empoderamiento para*

*empresarios* (espacios no faltos de poder y que porcentualmente son masculinos).

Desde mi experiencia, considero que hay que hacer una reflexión, sobre el uso y, a veces, abuso que se está haciendo de él, lo que pone en evidencia la falta de conocimiento de su significado y sus implicaciones.

En resumen, el empoderamiento de las mujeres constituye una estrategia de transformación personal y social para conseguir el equilibrio e igualdad entre mujeres y hombres, visibilizando y re-vertiendo las causas de la desigualdad. Supone la toma de conciencia del poder que individual y colectivamente poseen las mujeres, recuperar la propia autoridad y dignidad como persona, aumentar la autonomía, alcanzar un aumento en la participación social de las mujeres y en el acceso al control de recursos materiales, intelectuales e ideológicos, y reconocer los derechos inquebrantables e inherentes que le corresponden.

## 2.1.2 Matices y dimensiones

Para seguir situando y comprendiendo el concepto de empoderamiento hay que desmenuzar sus matices y dimensiones, algo básico, tanto para comprender su significado y no desvirtuarlo como para desarrollar herramientas metodológicas que realmente sirvan para ello.

Es un *proceso* a través del cual las mujeres aumentan su autonomía, se organizan, hacen valer su derecho a tomar decisiones y acceden al control de los recursos, con el objetivo de eliminar la subordinación en relación a los hombres.

No es un proceso lineal en el que se parte de una posición inicial de nada a todo, sino más bien un proceso complejo y dinámico en el que es posible que una mujer o grupo se empodere en algunos aspectos, pero no en otros. Y que, así mismo, será diferente para cada cual, en función del contexto, la biografía, la familia y el país en el que se vive, entre otros. Ello marca diferencias en las prioridades y necesidades que se marquen como objetivos, pero también en las vías reales que potencien el empoderamiento y en las oportunidades para acceder a ellas.

Las autoras Del Valle *et al.* (2002: 201), hablan de un “proceso sometido a situa-

ciones y momentos, es decir, a una lógica que no es lineal, sino que se encuentra sujeta a impulsos o estancamiento según el contexto social y la posición en el curso de vida”.

Esto es muy importante, puesto que es con lo que nos vamos a encontrar en la intervención en grupos: habrá espacios en los que la mujer se empodera con mayor facilidad que en otros, con ritmos, forma y recorrido propio. En este sentido, quiénes trabajamos para facilitar este proceso hemos de ser muy cuidadosas respetando las particularidades de cada mujer, sin proyectar expectativas determinadas sobre modelos concretos de estar empoderadas, siendo capaces de comprender las emociones y las dificultades que pueden aparecer, dotándolas de herramientas de autogestión, y valorando los pasos y decisiones que supongan un cambio en sus vidas.

Ahora bien, hemos de ser capaces de observar si son cambios que sólo operan en sus necesidades prácticas o van también más allá, incidiendo en sus condiciones de vida y en su posición. Y, en todo caso, seguir acompañando, aportando *feedbacks* y desarrollando dinámicas que ayuden a profundizar los procesos, generando reflexiones

hacia la mayor comprensión de las causas estructurales.

La gran mayoría de publicaciones coinciden en que hay varios factores que deben confluír para que este proceso se desarrolle (Murguialday *et al.*, 2008; Lagarde y de los Ríos, 2012). Recojo los puntos coincidentes:

- La comprensión de lo que a las mujeres nos sucede a nivel personal y dar el paso de lo personal a lo colectivo y político.
- La toma de conciencia de cómo operan las estructuras de poder y cómo influyen y del contexto en el que se vive.
- El conocimiento de los propios derechos.
- El acceso a la información y a los recursos.
- El desarrollo de nuestras destrezas y habilidades.
- Una mayor autonomía.
- Mayor concienciación social y capacidad crítica.
- La creación de liderazgos feministas y entrañables.

Margaret Schuler (1997:31), socióloga estadounidense, identifica el empoderamiento como un: “proceso por medio del cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, una evolución en la concienciación de las mujeres sobre sí mismas, en su estatus y

en su eficacia en las interacciones sociales”. Así mismo, señala que, además de conocer los derechos de la mujer en el ámbito político y sociocultural en el que se debaten, también es necesario reconocer los obstáculos mentales y económicos que dificultan el cambio, por lo cual enfatiza la importancia de la reflexión crítica para lograr una acción transformadora.

Las manifestaciones necesarias del proceso de empoderamiento, según Schuler (Ibíd., 32), son:

- Sentido de seguridad y visión de futuro.
- Capacidad de ganarse la vida.
- Capacidad de actuar eficazmente en la esfera pública.
- Mayor poder de tomar decisiones en el hogar.
- Participación en grupos no familiares y uso de grupos de solidaridad como recurso de información y apoyo.
- Movilidad y visibilidad en la comunidad.

Las Escuelas y grupos de Empoderamiento son el espacio donde posibilitar estos aprendizajes, reflexiones y transformaciones.

Otro aspecto fundamental para entender el significado del término, tiene que ver con el la idea de *poder*.

Para la investigadora y activista de la India,

Srilatha Batliwala (1997: 192), “el rasgo más sobresaliente del término empoderamiento es que contiene la palabra poder, la cual [...] puede ser ampliamente definida como el control sobre los bienes materiales, los recursos intelectuales y la ideología”.

Evidentemente, este punto, es importante, porque constituye su eje esencial. Nos referimos a *ganar poder*, fortalecerse personalmente y socialmente, cambiando la posición de desigual de las mujeres tanto en las relaciones personales como en los ámbitos sociales, laborales, económicos y políticos.

No sólo es un proceso de toma de poder, también es de cuestionamiento de un tipo de poder, el patriarcal, claramente basado en una visión jerarquizada de la sociedad que utiliza el poder para mantener privilegios, dominar a otras personas, controlar, castigar, conservar la autoridad y perpetuar las desigualdades, entre clases, grupos, etnias y, de forma universal, entre mujeres y hombres.

La idea de poder ha sido históricamente analizada y cuestionada. Las obras de Antonio Gramsci (1971) y Michel Foucault (1978) sobre el poder y las estructuras sociales, ayudaron a revisar y entender sus mecanismos, a comprender cómo operan en todos los niveles y ámbitos sociales, desde los interpersonales e íntimos hasta las más altas esferas del poder. También

Paulo Freire (1974) hace una crítica del poder, la opresión y la injusticia social, desarrollando una pedagogía que promueve la libertad personal y colectiva.

Siguiendo estas líneas de pensamiento, el feminismo ha realizado aportes claves para entender el concepto de poder y las estructuras que reproducen y perpetúan las desigualdades.

Diversas autoras feministas identifican una nueva forma de poder, no en términos de dominación y de *ganar poder sobre otros*, en el que el aumento de poder de una persona implica la pérdida de poder de otra (son las relaciones de dominación-subordinación), sino en términos de un poder positivo, compartido, horizontal que genera espacios y relaciones igualitarias, solidarias y saludables (Pikaza Gorrotxategi, 2017).

El *poder sobre* es el más común, tiene lugar en todas las sociedades y culturas patriarcales. Se basa en las relaciones de dominación-subordinación, se escenifica mediante lo que denominamos *relaciones de poder*, y se desarrollan en el ámbito íntimo, afectivo, sexual, en las relaciones familiares, de amistad, laborales y, por supuesto, en el espacio público. Siendo su expresión más clara el maltrato y la violencia de todo tipo contra las mujeres, desde la violencia física, sexual, psicológica hasta la violencia simbólica y estructural.

Es un poder que se ejerce sobre alguien, en este caso sobre las mujeres. Implica un nivel de abuso, de explotación y, sobre todo, de apropiación del cuerpo, mente y vida de las mujeres.

Actualmente, utilizar la expresión de dominio y sumisión suele generar rechazo e incomodidad, sobre todo, entre las mujeres más jóvenes, puesto que el papel de las mujeres y su posición en las relaciones están cambiando y es difícil que se reconozcan en un estereotipo de mujer "sumisa". Ahora bien, la desigualdad sigue perpetuándose. Por ello, conviene, por una parte, hacer visibles los mecanismos más invisibles de poder y de mantenimiento de privilegios: la violencia simbólica y los micromachismos, entre otros. Y por otra, descifrar cómo operan y cómo nos impactan, desmenuzando las maneras en que las mujeres seguimos siendo en gran medida seres supeditados a otros.

Como a continuación se puede observar, hay diferentes autoras que aportan reflexiones para poder entender y enmarcar el concepto de poder.

Magdalena León (1997b:18) alerta sobre este tipo de poder legitimado y normalizado, ya que es "el más penetrante porque evita la expresión del conflicto y hace imposible que se conciba una situación diferente: el statu quo se ve como la expresión natural o divina de las cosas y por lo tanto no se

considera posible su transformación".

En la misma línea se expresa Naila Kabeer (1997: 139) cuando alerta sobre la "naturalización" del statu quo y de esta noción de poder "sobre" ya que "el comportamiento de los grupos es esencialmente estructurado y modulado por los patrones culturales y por las prácticas institucionales. Los actores (dominantes y dominados) pueden ser inconscientes de las dimensiones opresivas e incapaces de imaginarse en tomar alternativas de ser y tener".

Nelly Stromquist (1997: 79), estadounidense especialista en educación comparada, señala que "el empoderamiento es un proceso para cambiar la distribución del poder, tanto en las relaciones interpersonales como en las instituciones de la sociedad".

Por su parte, Jo Rowlands (1997:16) distingue entre tres dimensiones de poder:

- Poder interno o desde dentro.
- Poder con otras mujeres aludiendo al poder de organización.
- Poder para, poder generativo o productivo para la transformador social.

De esta forma, hablamos de un **poder subjetivo, poder propio o interno**, entendido como el que se desarrolla tanto a través del aumento de la autoestima, la seguridad personal y la adquisición de

agencia sobre nuestras vidas. Constituye una transformación en nuestras vidas.

Un **poder con** que conlleva el paso a una conciencia de grupo, a un empoderamiento colectivo y organizacional.

Y un **poder para** que implica, por un lado, desarrollar las capacidades y habilidades necesarias para la toma de decisiones y la participación, para desarrollar liderazgos, y acceder, por ejemplo, al control de los medios económicos y materiales y, por otro lado, supone tener capacidad de influir en los procesos de desarrollo social.

Con todas estas matizaciones sobre el término, ya hemos indicado que hace referencia al cambio *personal* y *social*. Este cambio implica un proceso que se debe asentar en un cambio real interno, desde la base, transformando la propia subjetividad (*de dentro a fuera*), para luego poder ampliar ese proceso de forma no lineal, ni igual para todas las mujeres, a lo relacional en primer término y a la dimensión colectiva y social en segundo término.

Para Gita Sen (1997: 121) “el verdadero empoderamiento es un cambio interno en la conciencia que, aunque catalizado en procesos grupales, es profunda e intensamente personal e individual”, haciendo alusión a la dimensión personal, necesaria, pero no suficiente para la transformación social.

La *dimensión individual* se concreta en la individuación, es decir, en la transformación personal de la propia subjetividad, desarrollando una mirada crítica respecto

a los condicionantes sociales y de género, y adquiriendo capacidades que incrementen la capacidad de decidir y de actuar por cuenta propia, con libertad y autodeterminación. Implica potenciar y promover la autoestima, la información, la autonomía y las capacidades para responder a las propias necesidades y convertirse en agente de la propia vida.

La *dimensión colectiva* alude al proceso por el cual los intereses de las mujeres se relacionan entre sí, a fin de incrementar su poder en el acceso, uso y control de los recursos materiales y simbólicos. Hace referencia a la conciencia de tener una identidad grupal con características compartidas, comprendiendo que lo personal es político, que las causas de muchas experiencias que se viven en lo íntimo son comunes, y que la transformación no se acaba en nosotras como seres individuales sino que requiere de un cambio colectivo y social. El empoderamiento colectivo debe objetivarse en una participación y transformación social que ayude a las mujeres a ganar posiciones sólidas y equitativas.

Ambas dimensiones no sólo están unidas, sino que se influyen y condicionan mutuamente.

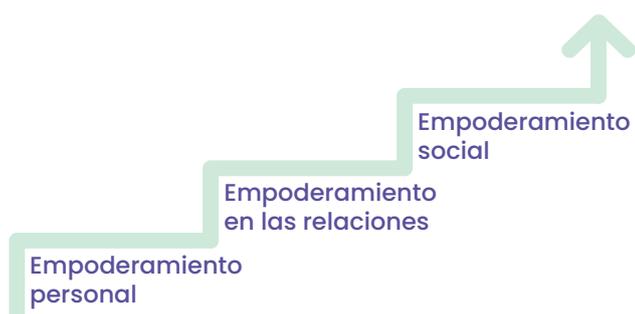
En el libro *Poder y Empoderamiento de las mujeres* (1997a), compilado por Magdalena León, se recogen distintas formas de entender esa interacción: Nelly Stromquist habla de fases, Saskia Wieringa de esferas o partes de una matriz y Jo Rowlands de tres dimensiones (*la dimensión personal,*

la dimensión relacional y la dimensión colectiva).

En mi experiencia de trabajo impartiendo talleres, también observo estos tres niveles de transformación: *personal, relacional y social* que, efectivamente, interactúan y se influyen mutuamente.

Los cambios se inician en lo subjetivo, con una revisión de los mandatos interiorizados, acerca de los roles y los estereotipos de género, con una reconstrucción personal y basada en la autoafirmación. De manera continuada y natural este proceso va a afectar a las relaciones generando cambios en la posición que se ocupa, a nivel de mayor equidad y autonomía. Progresivamente se va desarrollando una conciencia colectiva-social que permite realizar análisis sociales sobre las cuestiones que nos atañen a las mujeres, con claves feministas, como se refleja en la figura que se presenta a continuación (Fig. 1):

Figura 1. Niveles del proceso



Fuente: Elaboración propia

A pesar de esta idea de avanzar conquistando espacios desde lo íntimo a lo colectivo, hay una interacción constante entre los tres niveles.

El empoderamiento personal es la base, pero si no va acompañado de un empoderamiento colectivo, no es sostenible a largo plazo, puesto que se pierde la fuerza colectiva (Murguialday *et al.*, 2008), y la capacidad de un impacto en la sociedad.

Y, de nuevo, los avances sociales conseguidos en materia de igualdad posibilitan cambios legales, cambios en las condiciones de vida, de acceso a recursos y cambios en las relaciones de género. Creándose nuevos referentes de mujer y hombre que permiten cuestionar y revisar los roles de género, denunciar y deslegitimar la violencia contra las mujeres, entre otros aspectos, lo que afecta a su vez a la posibilidad de realizar un proceso de empoderamiento personal.

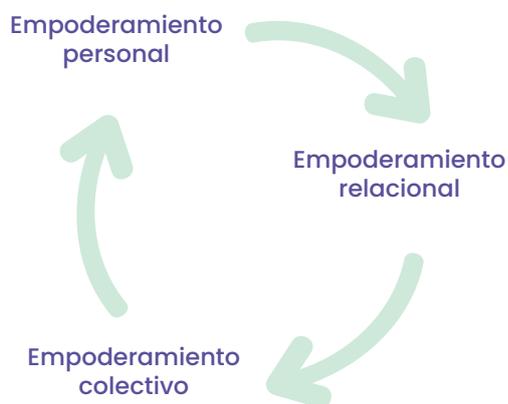
Por ello, decimos que los espacios y sociedades igualitarias permiten y favorecen a su vez el empoderamiento personal, evidentemente, no sin obstáculos, impedimentos y resistencias, e incluso todavía con penalizaciones y graves consecuencias para las mujeres (Banda Castro y Morales Zamorano, 2015).

Srilatha Batliwala (1997: 197) señala que “la toma de conciencia no suele ocurrir espontáneamente sino que normalmente se induce desde fuera por fuerzas que trabajan el empoderamiento y muestran la injusticia social”.

Teniendo en cuenta esta interrelación, comparto con Maitane Pikaza Gorrotxategi (2017) la idea de que hablamos de un proceso cíclico, donde todo cambio en un nivel o dimensión repercute en el otro

y promueve nuevos movimientos que se influyen y retroalimentan, tal y como se refleja en la siguiente figura (Fig. 2):

**Figura 2. Interacción de los tres niveles**



Fuente: Elaboración propia

Si bien es cierto que en el trabajo con los grupos de empoderamiento de mujeres el proceso de empoderamiento personal y relacional es fácilmente observable y susceptible de evaluar, no ocurre lo mismo cuando queremos evaluar el empoderamiento social, por la complejidad que entraña en sí, pero, sobre todo, porque las mismas mujeres tienen una percepción subjetiva muy diversa acerca de lo que viven como participación en el cambio social.

Ahora bien, lo que sí se puede constatar es que en estos grupos de mujeres se desarrolla de forma progresiva una toma de conciencia colectiva y un reconocimiento de los derechos colectivos como mujeres, se va construyendo una red y se refuerzan las alianzas entre ellas.

De este modo, las mujeres que han realizado grupos de empoderamiento expresan que adquieren una “mirada feminista” y que esta mirada hace que ya nada sea igual y que cambien sus formas de entender la realidad.

A menudo la participación social la viven a nivel de una mayor presencia en sus entornos, con reflexiones o críticas feministas, a nivel de asistencia y apoyo a actividades del movimiento feminista. Expresan sentirse partícipes de algo más amplio y global, no meramente personal.

También, muchas mujeres han liderado proyectos comunitarios, han participado en política y ocupado cargos relevantes, han creado asociaciones (en Villabona y Arrasate, por ejemplo) o han participado en movimientos y asociaciones feministas ya existentes. Otras forman parte de las “Mesas de Igualdad” o Consejos municipales creados para este fin.

En este sentido hay que recordar no sólo nos importa medir la cantidad de presencia de mujeres sino la calidad e impacto de su participación (Murguialday *et al.*, 2008).

## 2.1.3 Componentes psicológicos del proceso de empoderamiento

Al hablar de componentes psicológicos me refiero los componentes cognitivo, emocional y el comportamental.

Estas dimensiones siempre van a estar entrelazadas en un proceso de empoderamiento, hay que tenerlas presentes e incidir en ellas, dado que la clave de los cambios está en el impacto que éstos tengan en la subjetividad y, para ello, deben operar e impactar en: la mente, el cuerpo y la emoción.

El componente cognitivo es un aspecto racional que alude tanto a las creencias, valores, atribuciones e interpretaciones aprendidas como al proceso de reflexión y comprensión de nuevas claves teóricas.

El componente emocional se refiere a la toma de conciencia de las emociones con las que vivimos y a las que acompañan y surgen durante el proceso. Emociones como el miedo, la culpa, la impotencia, la rabia, la frustración, la contradicción son habituales en la vida de las mujeres y en el proceso de empoderarse, pero, también, el sentimiento de solidaridad, de fuerza y la ilusión, entre otras.

El componente comportamental, tiene que ver con las habilidades conductuales que tenemos y las que podemos desarrollar para potenciar nuestra capacidad,

autonomía y agencia personal. Este componente es el que puede ser evaluado más fácilmente.

En la construcción de nuestra subjetividad estos componentes psicológicos están fuertemente sesgados por la socialización diferencial de género.

Así, a nivel metodológico podríamos hablar de tres aspectos sobre los que hay que incidir en los grupos de empoderamiento, y al mismo tiempo, refleja tres objetivos generales que pretende una actividad que empodere:

- Desarrollar una nueva visión sobre la realidad (ponerse “las gafas moradas”) Componente eminentemente cognitivo.
- Capacitarse a nivel de aprendizaje de recursos y habilidades. Componente comportamental.
- Transformarse a nivel personal y colectivo. Implica los anteriores y el componente emocional.

Se podría resumir con el siguiente esquema:

Figura 3. Esquema del trabajo de empoderamiento



Fuente: Elaboración propia

El proceso de empoderamiento se da y afecta a los tres componentes psicológicos implicados en todo el proceso interno, pero hay que tener presente que sólo cuando hay un “impacto vivencial” y emocional se posibilita el cambio real.

El cambio de los valores y las creencias, es necesario pero sumamente difícil, ya que conforman un pilar sobre el que la persona se ha construido desde edades muy tempranas. Los procesos de crisis, permiten la revisión de las creencias, de hecho, muchas mujeres se acercan a las Escuelas de empoderamiento cuando hay algo que les interpela y les crea contradicción, o cuando están en procesos de crisis. También los grupos intergeneracionales e interculturales ayudan mucho en la revisión de creencias.

Hay que tener presente que la mera adquisición de habilidades o capacidades si no va paralelo al cuestionamiento de los mandatos, creencias y relaciones de género, no conlleva un cambio de actitudes ni promueve el empoderamiento.

Teniendo en cuenta todo ello, lo esencial es generar metodologías que incidan en los tres componentes psicológicos.

## 2.2 Los grupos de mujeres en el feminismo

Para empezar, me gustaría remontarme a etapas anteriores en las que no existían las Escuelas como las conocemos en estos momentos.

Dentro de la metodología de trabajo feminista, el trabajo en grupo, es en sí, un instrumento metodológico fundamental tanto para la reflexión, el análisis y la formulación teórica como para la participación y movilización social.

En los años 70, en nuestro país, además de los grupos de debate y autoanálisis feministas, se inician y proliferan también los grupos de autoconocimiento, un poco a modo de la experiencia de las Mujeres de Boston.

El tema de los derechos civiles y sexuales, y el aborto, fueron temas muy importantes en esa década, así como los debates sobre la salud mental de las mujeres. Los grupos de reflexión y autoexploración (*self-help*), entre otros, proliferaron en un primer momento dentro del ámbito feminista como grupos de autoconciencia feminista, haciendo énfasis en estos temas y, posteriormente, entre otros colectivos de mujeres.

Se debatía sobre nuestra sexualidad, pero no sobre cómo nos la cuentan, sino sobre

cómo la vivimos. Así mismo, también se revisaban los derechos sexuales y reproductivos, el deseo, la diversidad sexual, y se reivindicaba nuestro cuerpo como espacio erótico propio.

Posteriormente, esta metodología de debate y reflexión que de alguna forma *crea conocimiento* a partir de la década de los setenta, se extiende a más colectivos de mujeres en asociaciones, barrios, municipios, organizaciones diversas y en espacios de atención a la salud (Nogueiras García, 2013).

Eran espacios de encuentro, desde los que se podía cuestionar, debatir y reflexionar, generando un conocimiento a partir de la propia experiencia de las mujeres. Al mismo tiempo que se expandían a nivel comunitario, se ampliaban sus temas de análisis e incidencia (autoestima, roles sexuales y autogestión emocional), y posibilitaron la construcción de una metodología de trabajo feminista. No utilizábamos todavía el concepto de empoderamiento, pero realmente eso era lo que estaba ocurriendo, nos estábamos empoderando.

Durante ese periodo, se desarrollaron nuevos conceptos teóricos y se cuestionaron los supuestos asumidos por la

sociedad, la psicología, la medicina la ciencia en general, y que no obedecían al sentir real de las mujeres (por ejemplo, la vivencia de la sexualidad, la visibilización de la violencia, y la reformulación de nuestros sentires, saberes, necesidades, entre otros).

Desde el inicio, el feminismo crea conocimiento a partir de la experiencia de las mujeres, reconociendo y revalorizando las propias vivencias, conocimientos y capacidades, y abordando de forma experiencial los diferentes aspectos que inciden en la salud (Távora, 2003).

Estos grupos, por tanto, permitieron la toma de conciencia feminista, no sólo a nivel comunitario sino a nivel profesional, científico y académico, y también la movilización activa y una creciente repercusión social.

A partir de los años 90, se empiezan a organizar encuentros sobre género y salud que de alguna forma suponen el resultado de los años previos en los grupos de autoconocimiento. Hay numerosas publicaciones en psicología y medicina sobre las desigualdades de género y su impacto en la subjetividad, y poco a poco a través de numerosas investigaciones feministas en todos los ámbitos del conocimiento, se pudo ir comprendiendo mejor los factores que siguen perpetuando las desigualdades de género y sus consecuencias, así

como definiendo una metodología de actuación que no sea ciega al género, denunciando las prácticas androcéntricas.

Volviendo al trabajo en grupo, éste constituye un espacio básico para revisar las relaciones de género, visibilizar la violencia y revisar las relaciones entre mujeres, cuestionando mitos y creencias que seguimos reproduciendo y que obedecen a una ideología patriarcal.

Es también es el espacio idóneo desde donde desarrollar la sororidad que Marcela Lagarde y de Los Ríos (2012: 557) la define como “una experiencia de las mujeres que conduce a la búsqueda de relaciones positivas y a la alianza existencial y política con otras mujeres, para contribuir con acciones específicas a la eliminación social de todas las formas de opresión y al apoyo mutuo para lograr el poderío genérico de todas y al empoderamiento vital de cada mujer”.

Se trata de crear nuevos vínculos, establecer pactos y acuerdos, también de cambiar las creencias y prejuicios que las mujeres mantenemos sobre nuestras relaciones, reconociendo y valorando nuestras aportaciones y potenciándonos mutuamente.

Posteriormente, con la creación de las áreas o departamentos para la igualdad y el impulso de los organismos públicos,

se promueven programas para el empoderamiento en forma de cursos o talleres.

Los grupos actuales de empoderamiento de mujeres suponen una continuidad de los grupos de reflexión y autoconocimiento que se desarrollaron anteriormente dentro del movimiento feminista.

Si bien es cierto que los organismos públicos, recogiendo las recomendaciones internacionales, entre otras cosas, promueven y facilitan espacios para trabajar y aprender en grupo, estas actividades surgen de una dinámica que ya tenía y tiene vida propia, que la crean las mismas mujeres con sus demandas y ante la necesidad de tener espacios propios.

La experiencia ha demostrado que las Escuelas son en sí un claro reflejo del empoderamiento personal y colectivo, de *dentro-afuera*, de *abajo-arriba*, nadie nos las ha concedido, son el reflejo de una conquista de las propias mujeres.

Por ello, siguen siendo las mismas mujeres o colectivos de mujeres quiénes dan vida y sentido a las Escuelas, y quienes deben protagonizar y decidir sobre los contenidos de las mismas, participando dentro de las mismas Escuelas.

Son espacios propios que hay que seguir re-creando a partir de las condiciones cambiantes, de las inquietudes, demandas y necesidades materiales y estratégicas en alianza con los grupos feministas de los municipios.

## 2.2.1 Las escuelas de empoderamiento de Gipuzkoa

En Gipuzkoa existe una amplia existencia de Escuelas de empoderamiento, pero también multitud de municipios que sin tener una Escuela formal, organizan anualmente cursos y talleres desde las Áreas de Igualdad, intentando dar cierta continuidad y estabilidad a esta experiencia.

Desde estos espacios, denominados o no como "Escuelas", se facilitan los recursos materiales y humanos organizando actividades que promueven el empoderamiento. Se generan dinámicas y metodologías feministas, se comparten saberes, se desarrollan aspectos teóricos y se aprenden nuevas habilidades, cuestionando lo aprendido y buscando soluciones (Pikaza Gorrotxategi, 2017). En definitiva, las Escuelas persiguen el objetivo de *formar, aprender, capacitar y generar conocimiento*.

Luz Maceira reflexiona sobre la importancia de crear nuevos lugares que posibiliten aprendizajes, espacios acordes a una cultura de equidad de género donde se desarrollen procesos en permanente construcción de identidades, donde las mujeres se reconozcan como agentes con capacidad de autoría, con poder y autonomía, lugares donde adquieran conciencia del trabajo creativo y colectivo de ellas y

se visibilicen los saberes, las luchas y las voces (Maceira, 2008, citado en Pikaza Gorrotxategi, 2017).

La experiencia de las escuelas y espacios de empoderamiento se extiende en todo el territorio del Estado español, tal vez la diferencia en el País Vasco tiene que ver con gran cantidad de municipios que tienen actividades de este tipo, creando redes que permiten la formulación de objetivos y estrategias comunes.

Algunos de estos municipios crearon una Red de Escuelas de Empoderamiento de Gipuzkoa en el año 2007 (Red formada actualmente por los municipios de Arrasate, Azpeitia, Eibar, Hernani y Urola-Garaia), planteando la necesidad de realizar proyectos en red, con un objetivo común: reforzar el trabajo de los municipios para fomentar la participación socio-política de las mujeres e impulsar las políticas de igualdad en el territorio.

Dentro del material de trabajo interno elaborado por la Red, se formularon los siguientes objetivos específicos:

- Fomentar la toma de conciencia de las mujeres sobre su propia situación de discriminación y sobre sus derechos.

- Promover la conciencia colectiva identificándose como grupo y reconociendo las necesidades y problemáticas comunes.
- Generar relaciones de sororidad entre las mujeres, generando una nueva mirada y desmontando los mitos y creencias misóginas que nos separan.
- Ser espacios donde desarrollar un conocimiento crítico, que cuestione el modelo social patriarcal y al mismo tiempo que dote de herramientas y habilidades para el cambio.
- Promover un espacio referente de formación, encuentro y debate orientado al desarrollo del empoderamiento de las mujeres individual y grupal.
- Potenciar liderazgos, impulsar su participación en el ámbito social y político y visibilizar las aportaciones de las mujeres en el municipio.
- Ser un espacio para el encuentro con otros grupos o asociaciones de mujeres.
- Trabajar con los hombres el tema de la conciliación y hacerles partícipes y cómplices de los objetivos perseguidos por la escuela.
- Avanzar en la recogida de datos, su sistematización y análisis, así como en el diseño de mecanismos óptimos de evaluación de programas y actividades.
- Generar y consolidar buenas prácticas y difundirlas al entorno más amplio.

Las aportaciones de Norma Vázquez para comprender los objetivos de las escuelas y enmarcar las líneas de incidencia, son muy importantes. En su documento “Las

escuelas de empoderamiento” (2009) señala los ejes de formación sobre los que las Escuelas deben incidir (Ibíd.: 3):

- 1 Identidad y subjetividad femenina. Agrupa talleres para el empoderamiento propio: identidad femenina, lo subjetivo, lo psicosocial en las dificultades femeninas. Ámbito privado.
- 2 Habilidades en el plano reflexivo y en el teórico (ej.: talleres de autodefensa y de hablar en público).
- 3 Desarrollo político. Causas de análisis sobre situaciones políticas de las mujeres, consejos y planes de igualdad, seminarios de debates feministas y situación de las mujeres en el ámbito público. Ámbito público.
- 4 Construcción del “Nosotras”. Construcción del tejido asociativo y solidario entre mujeres.

En palabras de Vázquez a la hora de pensar en actividades empoderadoras, hay que (Ibíd.: 4):

- Transgredir los roles genéricos asignados.
- Cuestionar el lugar tradicional de las mujeres en la sociedad.
- Romper con las posiciones de subordinación femenina.
- Buscar actividades que supongan para las mujeres una nueva relación con mayor capacidad de elección.
- Distinguir el empoderamiento de la calidad de vida.
- También desde las Escuelas se debe velar por el desarrollo y la consolidación



**Subjetividad, salud y  
vínculos afectivos**

**“ Al no haber podido morir,  
sentía que tenía que nacer  
por mí misma. ”**

---

**María Zambrano**

**“ Para mí es el reconocimiento  
y ejercicio de nuestros  
derechos; empoderarme  
es no dejarme dominar por  
nadie, reconocer la igualdad  
de derecho y de trato para  
hombres y mujeres y  
poder vivir una vida libre de  
violencia. ”**

---

**Testimonio: Mujer, 85 años.  
Grupo de empoderamiento de Trintxerpe.**

# 3.1 Construcción de la subjetividad

Como ya se ha señalado anteriormente, el proceso de empoderamiento se inicia en cada mujer y, desde lo personal, se va a ir ampliando al espacio de las relaciones y al espacio social.

Srilatha Batliwala (1997: 194) señala que “el empoderamiento comienza dentro de la mente, es un proceso donde las mujeres hallan un tiempo y un espacio propio y comienzan a cuestionar sus vidas de forma crítica y colectiva”.

Pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos del cambio *desde dentro*; del cambio *en la mente*?

Para ello, hay que hablar de la subjetividad, de cómo ésta se construye y de la interrelación inevitable de todos nuestros actos, emociones, pensamientos y deseos con esa dimensión psicológica.

La subjetividad hace referencia a un constructo psíquico formado por un conjunto de experiencias y creencias, que nos conforman y dan una coherencia al *yo*; nos da un sentido de autoconciencia, de *quién soy*, y *qué debo o no debo hacer*, incluso *qué se espera de mí*.

Estas convicciones, mandatos y modelos de conducta aprendidos se trasladan al imaginario simbólico con una fuerte carga

emocional y un fuerte sentido de *verdaderos*.

Como explican Silvia Tubert (2001), Mabel Burin y Emilce Dio Bleichmar (1996), la subjetividad se construye a través de la incorporación de todas las representaciones sociales a lo largo de las vivencias durante el desarrollo individual y su progresivo pasaje a representaciones psíquicas significativas.

Esta estructura se desarrolla desde muy temprana edad, interiorizando ideas sobre *quién soy yo*, *quién soy* en relación a las demás personas y por oposición a ellas, puesto que hablamos de un concepto relacional. Estos mensajes, una vez interiorizados, tienen una gran carga emocional, y se van a constituir en ejes vertebradores de la individualidad.

Por tanto, hablamos de una construcción psicológica que se conforma a partir de los factores personales, las experiencias, las vivencias, los hitos vitales y las capacidades propias, entre otros, y de los aspectos colectivos propios de un determinado grupo en una época determinada (etnia, clase social, religión y género). Dicha construcción no es fija, ya que se va modificando a lo largo de nuestra historia personal. Tampoco es lineal ni homogénea, ni todos

los hechos o etapas del desarrollo inciden de igual manera.

Esta construcción ordena y estructura nuestra psique, nos ayuda a saber desenvolvernó, ya que nos permite reconocer lo que es apropiado o no para cumplir las normas de *pertenencia* para sentirnos reconocidas por un grupo y por una sociedad.

Así, la construcción de la subjetividad bajo la influencia social del género, determina cómo vivimos mujeres y hombres, cómo pensamos, sentimos y cómo nos mostramos ante el mundo. Condiciona nuestro autoconcepto y nuestra autovaloración, qué expectativas y motivaciones interiorizamos y proyectamos, las creencias sobre la vida e, incluso, la posición que debemos ocupar en las relaciones y en cada sociedad concreta.

Y aquello que nos construye y conforma, determina nuestros sentires, afectos, y comportamientos, incluso, nuestros deseos, “así, el imaginario social que es el vehículo de los ideales de una sociedad determinada, tiene alta capacidad para determinar los deseos y realizaciones de las personas y el tipo de vínculos sociales” (Martínez Benlloch, 2004: 323).

En definitiva, la subjetividad es el eje sobre el que nos construimos, va a determinar todas nuestras dimensiones como personas: los pensamientos, la autoesti-

ma, los comportamientos, los deseos y la salud, entre otros. Y, todo ello, lo vamos interiorizando mediante las diferentes identificaciones que hacemos con los grupos de pertenencia durante el proceso de socialización a través de los agentes socializadores (como, por ejemplo, la familia, la escuela, el entorno socio-cultural, los grupo de iguales, la iglesia, los medios de comunicación y las redes sociales).

Es importante tener presente esta construcción psíquica interna si queremos comprender las vivencias de las mujeres, incluso, sus malestares psíquicos y físicos que surgen como expresión de conflictos, ya que aquello que nos *conforma*, nos constriñe y reprime al mismo tiempo.

Se trata de tomar consciencia de lo que nos impide conectar con nuestros deseos personales para ser totalmente quienes deseamos ser, y reconocer aquello que nos genera contradicción y conflicto con lo esperado socialmente para poder decidir con mayor conocimiento y libertad.

## 3.2 Identidades de género y sus implicaciones

Existe una relación clara entre la identidad y la subjetividad, dado que la subjetividad se constituye por complejos procesos identitarios.

A partir de las identificaciones interiorizamos mandatos y creencias que conforman la subjetividad y que, al mismo tiempo, definen la identidad y la refuerzan. Por ejemplo, la representación social del género incide en su construcción en el plano subjetivo, y la representación subjetiva del género influye en su construcción social (Martínez Benlloch, 2005: 9).

Para saber quién soy necesito poder realizar identificaciones, pues nuestra psique funciona con categorías. Es decir, la identificación nos garantiza la seguridad de saber quiénes somos.

En estas identificaciones con un grupo o grupos interviene, por un lado, el sentimiento de pertenencia (nos reconocemos como iguales, algo necesario para sentir que se forma parte de) y, por otro lado, el reconocimiento de la diferencia respecto a otros grupos, ya que la identidad funciona a través de un mecanismo de semejanza y de diferencia, de afirmación de algunos aspectos y negación de otros, como indica Marcela Lagarde (1998).

Permite construir un aspecto unificado del yo; tomar conciencia del sí mismo en relación a los demás. Es un proceso, afortunadamente, en permanente construcción, no es algo estático ni monolítico, ya que las experiencias y los diferentes procesos personales, nos obligan continuamente a

revisar este quién soy yo.

Durante nuestra socialización realizamos diferentes identificaciones: de género, de raza o etnia, de religión y de clase social, entre otros. Este proceso de identificación es fundamental para que algo forme parte de la construcción subjetiva, y la primera y principal identificación sobre la que se construye la subjetividad es la de género, asignada a partir de la identidad sexual. Desde el patriarcado, ambas identidades se han asimilado considerándose categorías con características inmanentes, naturales, estables y universales.

Para entender cómo se realiza esa asimilación entre sexo y género, Gayle Rubin (1975), habla del sistema sexo/género. Con este concepto teórico, acuñado por la propia autora, hace alusión al modo en que "el sexo y las reproducción humana son convertidas, por un amplio conjunto de convenciones, en un sistema de prohibiciones, obligaciones y derechos diferenciales para hombres y mujeres, asimilando ambos términos sexo y género y, estableciendo una ordenación jerárquica de los géneros que perdura en el tiempo" (citada en Martínez Benlloch, 2005: 11).

La identidad de género, es una identidad binaria en nuestra sociedad, se asigna en función del sexo biológico, y se convertirá rápidamente en una identidad asumida e interiorizada a no ser que haya una divergencia entre lo asignado y lo sentido, en cuyo caso entramos en un conflicto de identidad.

Así mismo, esta identidad es nuclear en la autopercepción que cada persona tiene de sí misma, interiorizando con ello un conjunto de normativas sociales, corporales y subjetivas que caracterizan a cada identidad de manera real y simbólica de acuerdo con cada sociedad concreta. Son características mutuamente excluyentes, dado que si pertenecen a un género no son admisibles en el otro género, e inclusivas para los todos los seres que pertenecen al mismo grupo.

Con la creación de las dos identidades: femenina para las mujeres y masculina para los hombres, se desarrollan dos subculturas, dos cosmovisiones (Sanz, 1990), dos maneras de percibirse y de vivir el mundo diferentes, con roles, estereotipos y condiciones de vida diferentes.

Pero además a cada identidad de género, masculina o femenina, se le otorga un valor, una jerarquía y una posición, algo que determinará sus condiciones y oportunidades en la vida. Son identidades fundamentadas en la desigualdad y que, en sí mismas, de nuevo, perpetúan y reproducen la desigualdad. Así pues, “nos permite tomar conciencia del sí mismo, su lugar en el mundo y en relación a los demás [...] alimenta relaciones de género [...] y ordenan el mundo desde la estereotipia” (Pastor Carballo y Bonilla Campos, 2000: 34).

Como señala Maribel Martínez Benlloch (2005: 15), “la identidad de género es social y personal, puesto que nos apropiamos de lo social para, tamizándolo por las propias experiencias, construir el ‘self’, [...] la identidad será, pues, la síntesis particular de prescripciones sociales, discursos y repre-

sentaciones sobre el sujeto, producidas y puestas en acción en cada contexto particular, y no una realidad transcendente de estatus natural, ...”.

Por ello el género, entendido como un ideal regulador, “no informa tanto de cómo son varones y mujeres cuanto de cómo deben ser” (Ibíd., 13).

Por esta vía se interioriza el ideal social, no sólo de los modelos socialmente propuestos que facilitan la identificación de mujer y hombre, sino de los contenidos de la masculinidad y la feminidad como constituyentes de la identidad sexual, lo que determinará las vidas, conductas, opciones y deseos de las personas.

De este modo, en la conformación de los procesos de adquisición de la identidad, los estereotipos ocupan un lugar relevante.

Al hombre se le educa para la fortaleza, la autonomía, la seguridad, la agresividad, la actividad, el liderazgo y la independencia, y se le educa en una autoafirmación de su yo. Se le otorga el rol de proveedor de bienes materiales y económicos, el espacio público y el derecho al cuerpo y la sexualidad de la mujer.

Se les educa para que su fuente de gratificación y autoestima provenga del mundo exterior, pero a través de sus actos; es una identidad basada en el logro, por tanto, en algo material y cuantificable. En relación a ello se les reprime la esfera afectiva (Altable Vicario, 1998).

Por el contrario, a la mujer se nos educa para ser un contrapunto, para la dependencia y la sensibilidad, la emocionalidad y la empatía, la docilidad, la resignación,

la pasividad, subrayando, así, la importancia de complacer el deseo de los demás y no los nuestros. Nuestro espacio es el privado, adjudicándonos el rol de esposa y madre, de cuidadora y proveedora de las necesidades emocionales y afectivas de los demás, por lo que la esfera íntima y nuestro cuerpo y sexualidad no nos pertenecen.

La antropóloga Marcela Lagarde (2007) lo define muy bien: la identidad femenina se resumiría en ser-para-y-de-los-otros. El deseo femenino organizador de la identidad es el deseo por los otros, frente a la masculinidad del hombre que se define en tanto a ser social y cultural como: ser-para-sí-mismo.

Así, para la construcción de su identidad, los individuos continúan utilizando modelos de género estereotipados, por lo que “la construcción de los géneros será, al mismo tiempo, proceso y producto de su representación social” (Martínez Benlloch 2005: 9).

De forma universal, este sistema de identidades de género implica una desigualdad que se fundamenta en una jerarquización, en la que lo femenino es trivial y cotidiano, se minusvalora, y está a expensas y subordinado a lo masculino que se considera trascendental, valioso y con el poder de dominio sobre lo femenino.

Esta desigualdad es real, legal y material, y determina las condiciones en las que se desarrollará la vida de las mujeres y la posición que van a ocupar tanto en el espacio íntimo como en la esfera social, laboral y pública. Impregna y afecta profundamente a la subjetividad, a las relaciones íntimas de mujeres y hombres, a su estar y

situarse en el mundo, a su auto-concepto, y a las posibilidades reales de desarrollo personal y colectivo, entre otros.

Con implicaciones que afectan seriamente al bienestar de las mujeres, condiciona sus oportunidades, su vida y su salud, y en la historia del patriarcado se han manifestado como discriminación, exclusión, invisibilización, marginación, minusvaloración y violencia, por el mero hecho de ser mujeres.

El feminismo ha puesto la mirada en la socialización diferenciada por razón de género y en los procesos de identidad de género, como eje fundamental en esta construcción subjetiva de quién soy yo.

La perspectiva feminista y los estudios de género aportaron claridad para poder diferenciar y separar los conceptos sexo y género. También para desnaturalizar las diferencias, y hacer visible la ideología patriarcal que asocia inexorablemente sexo y género, donde el hombre es la medida y centro de todas las cosas, tiene una posición de privilegio, ostenta el poder sobre las demás criaturas y se le da rango de autoridad, valía, posesión y dominio sobre el resto.

A juicio de la Asociación de Mujeres Para la Salud (2012), las consecuencias que esta construcción de género tiene para las mujeres son múltiples:

- La falta de desarrollo de la individualidad (del yo) y, por tanto, la imposibilidad de construcción de la autonomía personal.
- Una educación de los afectos basada en la estructura de la culpa y en la ética del cuidado del otro.

- La presión de los distintos modelos de mujer en las mujeres contemporáneas.
- La interiorización del sistema de dominación masculina y sumisión femenina, y su reproducción en las relaciones de pareja.

Y añadiría:

- Una autoestima que se estructura en base a la mirada de la otra persona, en su aprobación, por lo que incide en la dependencia emocional y en la necesidad de ser amada/deseada con forma de auto-reconocimiento.
- La objetualización del cuerpo femenino, como “objeto-para-otro/a”, desarrollando una relación de aprobación/rechazo mediada por la aceptación de la otra persona.
- La dificultad de conectar con el propio deseo y de desarrollar una sexualidad propia.
- La posibilidad de sufrir diferentes violencias machistas, discriminación, abusos y agresiones sexuales por el hecho de ser mujer.

En resumen, podríamos decir que mediante la identificación con uno u otro género interiorizamos una serie de valores, mandatos y creencias, que normalizan y justifican las desigualdades, impidiendo reconocer las causas de la discriminación.

En los grupos de empoderamiento hemos de comprender cómo las circunstancias de las mujeres que vienen, sus problemáticas e, incluso, su forma de sentirse, tienen una relación directa con los patrones en que han sido socializadas y con los que se han identificado. Hay que posibilitar la toma de conciencia sobre la discriminación, sus causas y consecuencias, y ello implica promover la reflexión sobre esta identidad de género asumida, los roles y estereotipos, creencias interiorizadas y las consecuencias que ello tiene en nuestras vidas.

## 3.3 Las relaciones de género

Siguiendo con lo anteriormente expuesto, la manera en que mujeres y hombres nos vinculamos afectivamente también va a depender de esta identidad de género interiorizada.

De esta manera, cuando hablamos de relaciones de género nos referimos a la manera de cómo hemos aprendido a relacionarnos entre mujeres y hombres, “generando posiciones de desigualdad, en las que lo femenino está en el polo subordinado y lo masculino conforma el polo dominante” (Murguialday *et al.*, 2008: 21), interiorizando y normalizando estas posiciones creyendo que son “naturales”, “dado que han sido naturalizadas tanto la posición subordinada de las mujeres como la de dominio de los hombres, no resulta fácil identificarlas como construcciones culturales e históricas, modificables” (Ibíd., 14).

El modelo patriarcal se fundamenta en la jerarquización y la desigualdad entre mujeres y hombres, y establece que las relaciones se desarrollen sobre las relaciones de poder o relaciones de dominación/subordinación en todos los niveles de la sociedad: en los ámbitos de la vida privada y de la vida pública.

La forma en cómo se escenifican estas relaciones de poder ha ido cambiando a lo largo del tiempo, pero siempre hacen referencia al control y abuso de poder de una parte sobre la otra y al mantenimiento de privilegios de un grupo sobre otro. Suponen la visión de las relaciones como espacios enfrentados, donde el poder es de *uno*, no compartido, y se ejerce *sobre* alguien, sobre quien se tiene *derecho*. No son espacios relacionales solidarios, ni igualitarios, y son generadores de injusticia, dolor y violencia.

A través de ellas se reproduce la posición de dominio de los hombres sobre las mujeres, se desvaloriza todo lo que se relaciona con lo femenino, y aparece el concepto de posesión: la mujer es una posesión del hombre, quien tiene derecho, emocional, legal y físico-sexual sobre ella (Bojó Ballester, 2016).

La influencia que ello tiene en la vida de las mujeres y en la manera de relacionarse, es decisiva, puesto que aprender a ser mujer en un mundo ordenado desde lo masculino como modelo, implica interiorizar mandatos de supeditación, subordinación y minusvalía.

Hombres y mujeres acaban incorporando las relaciones de dominio-sumisión, las asumen y reproducen como “la única forma de relación entre los unos y las otras [...] estas relaciones de poder, que implican desigualdad [...] son siempre violentas porque suponen en esencia el predominio y valoración de los deseos, necesidades, creencias de una parte sobre los valores, deseos, necesidades, creencias de la otra parte” (Andrés Domingo, 2004: 32).

Como afirma Clara Coria (2001), esta asimetría repercute en las mujeres en una falta de reconocimiento de su esfuerzo tanto social como económico, relegándolas a vivir para los demás, educadas para supeditarse a las necesidades ajenas, como satélites del deseo ajeno. Por lo que el cuidado va a ser un eje principal en la construcción no sólo de la identidad, sino en la construcción de los vínculos.

Evidentemente, la expresión y consecuencia máxima de las relaciones de dominio-sumisión es la violencia contra las mujeres, y su existencia se presenta como un claro indicador de la situación real de las relaciones de género en una sociedad.

### 3.3.1 Los vínculos afectivos y violencia contra las mujeres

No es difícil entender que la interiorización de estos mandatos de género puede hacer vulnerables a las mujeres frente al maltrato, puesto que fruto de esta socialización, se normalizan en las relaciones afectivas los abusos de poder y múltiples formas de violencia, desde las más sutiles a las más graves. En consecuencia, se legitiman e invisibilizan, quedando asociado el control y abuso de poder como una forma válida de vincularse a nivel afectivo.

El amor, amar y ser amadas, es fundamental para lograr un equilibrio emocional. Lo que ocurre es que a mujeres y a hombres se nos enseña a tener expectativas y comportamientos diferentes en torno al amor. Se construyen modelos amorosos que funcionan como un guión de película con variaciones, que tienen en común reproducir la *desigualdad*.

Esta *educación afectiva diferencial* para mujeres y hombres se desarrolla por medio de vínculos o relaciones personales cargadas de afecto (modelos de apego, que hay que inscribir también dentro de las sociedades patriarcales) y modelos que se interiorizan a través del proceso de socialización. Esto provoca una impronta emocional profunda, que se establece en los primeros años de vida, infancia y

adolescencia. De ahí las dificultades para promover cambios desde lo racional, cuando lo que se halla implicado es lo emocional.

La educación amorosa se convierte en una clave importante. En nuestra sociedad actual construimos la relación de pareja en base a un modelo: *el ideal de amor romántico*. Este modelo asociado a una serie de características concretas (eterno, exclusivo, sagrado y heterosexual) ensalza en la mujer el sacrificio y entrega absoluta como forma de amar, con una función exclusiva de cuidadora. En el hombre, en cambio, se potencia la idea de posesión, con un papel activo como proveedor material y del que se espera que emane la autoridad.

De acuerdo con ello, las mujeres educadas para hacer de la pareja el centro de sus vidas se sentirán incompletas sin ella y, posteriormente, incluso si no tienen hijas/os, y este mandato se realiza a costa de la renuncia a los propios deseos y proyectos como apunta Belén Nogueiras García (2005).

Así, Mari Luz Esteban Galarza y Ana Távora (2008) sostienen que la necesidad de ser queridas, la angustia por no serlo y la

dificultad para aceptarlo van a estar presentes a lo largo de las distintas relaciones que las mujeres establecen, con el sometimiento como una manera de asegurar el amor del otro. En palabras de Mari Luz Esteban (2011: 47) “el amor es una trampa para las mujeres, un engaño”.

En opinión de Ana Távora (2008), esta necesidad de ser amadas constituye un núcleo organizador subjetivo, ya que la autoestima de la mujer dependerá de ello (se sentirá reconocida al ser querida) y condicionará su deseo, anteponiendo el deseo de agradar y complacer a los deseos propios.

Este ideal de amor romántico, vigente todavía aunque las formas hayan cambiado, es un modelo *erotizado* como diría Fina Sanz (1995), que, a través de símbolos, imágenes atractivas y repetidas continuamente, de canciones, relatos, películas, videojuegos, entre otros, se legitima socialmente, constituyendo un guión atractivo, no cuestionado, asumido como natural y plagado de *trampas*.

Este modelo amoroso se constituye, así, como un pilar central de la subordinación social de las mujeres.

Las mujeres interiorizamos fácilmente que para amar, *hay que*: renunciar, olvidarse de sí misma, estar disponible siempre, cuidar, agradar y complacer, que el bienestar de

los demás está en nuestras manos y que el amor (ser amadas y amar) es lo que nos otorga valor y da sentido a nuestras vidas.

No obstante, el asumir este modelo de amor romántico y los mitos que de él se derivan aumenta la vulnerabilidad a la violencia de género en la pareja (Bosch et al., 2007).

Este modelo del vivir el amor se puede observar perfectamente en las vivencias que relatan las mujeres que participan en los grupos. En ocasiones expresan una sensación de fracaso por no cumplir las expectativas que se esperaban de su rol (de madre, esposa y cuidadora) y, al mismo tiempo, la rabia contenida por todo un camino de renuncias. Convive la frustración con la culpabilidad por sentir todo esto y las dificultades y contradicciones para encontrar nuevos modelos de relación más igualitarios y equitativos.

En el tema de las relaciones afectivas, da la impresión de que todavía estamos *atrapadas* en un laberinto, siendo complicado tomar conciencia de que tal vez las conductas amorosas aprendidas no siempre son saludables ni tienen que ver con lo que queremos cuando hablamos de amor.

Las mujeres más jóvenes construyen sus parejas desde una base más equitativa, que a menudo se desequilibra cuando entra en juego un conflicto de deseos o de

intereses con la pareja, o con la vivencia de la maternidad. A menudo, en los grupos, algunas mujeres jóvenes con parejas heterosexuales, expresan la dificultad real de compartir las tareas domésticas y de cuidados. Así, expresan una profunda queja y frustración, y evidencian que los tiempos, los espacios y la carga mental no se reparten de forma equitativa.

Sigue habiendo una estructura amorosa-relacional que no se ha modificado, donde el peso de los cuidados como *sinónimo de amor* está muy interiorizado. Ello afecta a la posibilidad de desarrollar una autonomía plena y de construir relaciones amorosas equitativas, donde la conciliación entre la vida personal, familiar y laboral sea real.

Por ello, el trabajo intergeneracional es, tan interesante, pues permite valorar los cambios, pero también ver las inercias y detectar los puntos en los que seguir incidiendo a nivel personal y colectivo.

Pero si algo sabemos es que la experiencia amorosa se puede cuestionar y redefinir, para poder decidir, elegir, optar, e inventar nuevos modelos.

Un aspecto fundamental para tener relaciones igualitarias y prevenir la violencia machista es desarrollar la autonomía y la capacidad de auto-gestión, es decir, el empoderamiento. Pero, también, cambiar

creencias sobre el amor y generar modelos y referencias amorosas románticas que creen otro imaginario colectivo.

Al trabajar con mujeres que han enfrentado violencia de género o con hijas e hijos y con los agresores podemos comprobar que, en muchas ocasiones, no conocen un modelo relacional alternativo del maltrato, y a menudo aunque se pueda reconocer el maltrato, faltan referentes que ayuden a comprender qué es el buentrato.

Si queremos generar cambios, tan importante es comprender lo inadecuado; entender y visibilizar las conductas de maltrato como conocer lo adecuado y funcional. Hemos de transformar creencias y desarrollar nuevas habilidades para crear guiones afectivos saludables y gozosos.

Por tanto, promover la coeducación afectivo-sexual, la igualdad entre mujeres y hombres, la autonomía y el cuidado mutuo, entre otros, así como el *buentrato* como modelo relacional, es la mejor forma de prevenir la violencia contra las mujeres. Además de desarrollar una sociedad solidaria, equitativa y respetuosa con la diversidad.

## 3.4 Género y salud

Conocer cómo impacta y atraviesa el género la salud mental y emocional debería ser un requisito fundamental en las Ciencias de la Salud, ya que no sólo nos da una visión más certera y veraz de lo que sucede realmente, sino que nos ayuda a que las intervenciones sean más eficaces.

No hay que olvidar que ninguna intervención es neutra, y que de no incluir la mirada de género corremos el riesgo de profundizar y consolidar los mandatos ya aprendidos y fundamentados en la desigualdad entre mujeres y hombres. Es muy importante, por ejemplo, que en todos los ámbitos de la psicología se incorpore la perspectiva feminista y el análisis de género al hacer diagnósticos, diseñar programas y, por supuesto, en la intervención (Álvarez Prada *et al.*, 2016).

Los modelos explicativos hasta la fecha, en cuanto a salud se refiere, han seguido un modelo biomédico con tratamientos farmacológicos. Ello ha derivado en la *patologización* de los cuerpos femeninos y, por tanto, en la *patologización* de muchos de los malestares de las mujeres.

Como apunta Carme Valls-Llobet (2018: 283) “la cultura médica, es biologicista

porque sustenta la definición de síntomas y malestares en una interpretación de la biología y supedita lo social y lo cultural a lo biológico/psicológico”.

La relación entre las condiciones de vida y la salud, se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, al evidenciarse que las pésimas condiciones económicas, higiénicas y ambientales, entre otros factores, determinaban la salud de las personas más pobres.

Sin embargo, ha sido muy costoso, y aún lo sigue siendo, que las Ciencias de la Salud reconozcan el peso de dichos factores socio-económicos, medioambientales y de género en multitud de expresiones de malestar físico y psíquico.

La crítica feminista plantea un debate en la comunidad científica sobre todo ello, cuestionando, precisamente, la supuesta neutralidad y objetividad, y enfatizando el carácter social e intersubjetivo de los procesos de generación del conocimiento. La objetividad no es posible y los sesgos de género están presentes en la generación de los conocimientos científicos.

Los sesgos de género en las Ciencias de la Salud son evidentes, desde la investigación misma de las enfermedades hasta

la descripción de los síntomas, dado que normalmente las investigaciones se realizan con hombres. Por consiguiente, tanto la sintomatología como los tratamientos siguen modelos “masculinos”, generando, así, las consiguientes brechas de género en salud.

El concepto de morbilidad diferencial todavía no ocupa lugar preferente en la Ciencia y práctica clínica (Valls-Llobet, 2018). Ello se puede evidenciar en diferentes aspectos, como, por ejemplo: se prioriza la investigación de determinadas enfermedades dejando de lado enfermedades con una alta prevalencia en las mujeres; no se evidencian las diferencias en la sintomatología ante una misma enfermedad; el “esfuerzo terapéutico” es menor en mujeres (entendiendo por ello la realización o no de pruebas complementarias) y los diagnósticos siguen en ocasiones influenciados por los prejuicios de género (Sau Sánchez, 1996; Valls-Llobet, 2013).

Es una práctica constante y habitual que se asocien muchos problemas que sufren las mujeres a *trastornos nerviosos o emocionales*, recetándoles una mayor cantidad de medicamentos para ello. Así, podemos decir, que “el malestar emocional femenino está habitualmente medicalizado” (Ruiz-Cantero, 2009: 48).

La salud mental es la consecuencia de múltiples factores y, entre ellos, no podemos olvidar las condiciones en las que se desarrolla la vida de una persona, ya que ello determina las experiencias, las oportunidades de desarrollo físico y psíquico, y las probabilidades de vivir si-

tuaciones de riesgo para la salud.

En este contexto, el género, es una variable fundamental, puesto que va a determinar las condiciones de vida de mujeres y hombres y la exposición diferencial a los determinantes de riesgo en salud.

La Declaración de 2001 de la Organización Mundial de la Salud, alerta de que para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades.

Así, la OMS hace hincapié en que para disminuir las desigualdades en el estado de salud y promover la equidad en la atención, hay que proporcionar con igualdad los recursos diagnósticos y terapéuticos, y que estos, a su vez, sean adecuados a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres.

Numerosos trabajos, muestran cómo el hecho de tener en cuenta el género nos ayuda a comprender de qué manera el sistema social y cultural pueden tener una incidencia importante sobre la exposición diferencial de mujeres y hombres a riesgos y accidentes, sobre las diferentes formas de enfermar, de buscar ayuda, de expresar sus síntomas, y sobre su acceso a los recursos de salud (Sánchez López, 2013; Valls-Llobet 1991, 2001 y 2006; García Calvente 2010; entre otros).

María Teresa Ruiz Cantero (2009) señala que incorporar la perspectiva de género implica observar las dimensiones sociales analizando el conjunto de estructuras

socioeconómicas y políticas que mantienen los roles tradicionales, y valorar las características atribuidas a ambos géneros y cómo determinan la salud y el bienestar.

En opinión de Sara Velasco Arias (2009), los principios y valores que orientan el enfoque de género en la práctica clínica se enmarcan en las aspiraciones de igualdad, equidad y atención integral a la salud, ello implica “alcanzar una visión integral de la salud, que tenga en cuenta, tanto los factores determinantes de la biología, como los determinantes sociales, como los de la esfera subjetiva o psicológica para comprometerse en transformar los determinantes de salud” (Ibíd., 7).

Por ello, es importante desarrollar nuevas teorías y metodologías que incorporen la perspectiva de género desde una mirada interseccional. Es decir, que permitan realizar un análisis de las desigualdades de género, haciendo énfasis en las vinculaciones entre el género y otras categorías, como la raza, la etnia, la clase social y el nivel educativo, puesto que producen problemas específicos de salud a lo largo de la vida de las mujeres, y de los hombres.

Teniendo en cuenta lo expuesto en los anteriores capítulos, podemos decir que la socialización diferencial de género perpetúa la desigualdad y que, ésta, se concreta en condiciones materiales de vida, creencias, roles y estereotipos que se pueden convertir en verdaderos mandatos subjetivos y que van a condicionar la salud de mujeres y hombres.

De esta manera, los diferentes aspectos normativos de género, desde las diferentes condiciones laborales, el tipo de trabajo, el salario, los roles familiares, los tiempos de cuidado a otras personas y la exposición a riesgos de vivir situaciones, hasta la gestión emocional y su incidencia en la salud psicológica pueden convertirse en factores diferenciales que determinan la salud o en *determinantes de salud, como se les suele denominar*.

Por tanto, habrá que saber *escuchar*, interpretar y manejar la sintomatología que aparezca comprendiendo todo lo que está implícito en la expresión de su malestar, así como relacionándolo con la interiorización de un determinado modelo de identidad de género y promoviendo cambios en la subjetividad a través del proceso de empoderamiento para generar cambios en el estado de salud.

Poder comprender, que lo que le ocurre a una mujer de forma individual es similar a otras experiencias, y encontrar una explicación desde lo colectivo y político empieza a ser, en muchos casos, el inicio de la recuperación.

En las Escuelas de Empoderamiento *poner palabras* a lo que se siente, *entender* y *ordenar* sus vivencias, y poner el foco de atención en otro lado, no en el individual, en clave de colectivo genérico, constituye una forma diferente de abordar los problemas de salud.

## 3.4.1 Salud y violencia

Cuando hablamos de género y salud, es imprescindible hablar de violencia contra las mujeres; de los distintos tipos de violencia, micro y macro, psicológica, simbólica, física, sexual, estructural, y de las consecuencias que ello tiene.

En muchos casos, la relación entre unos determinados síntomas o señales y una posible vivencia de maltrato puede pasar inadvertida, si no tenemos una mirada de género. Esto es muy importante, por el contrario, se pueden pasar por alto algunas señales, o se puede no entender las dificultades que muestran algunas mujeres y realizar actuaciones inadecuadas.

La situación en el ámbito sanitario es mucho más grave, por lo que resulta aún más importante tener una formación en género. Y es que determinados problemas emocionales se pueden *confundir*, errando en el diagnóstico, patologizando algo que es una expresión del maltrato que se sufre, invisibilizando el problema, revictimizando a las mujeres y manteniendo la estructura de opresión, incluso, a veces, más reforzada (López Gironés y Polo Usaola, 2014; Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2019).

A los grupos de empoderamiento, a menudo, vienen mujeres que pueden pre-

sentar indicadores de sufrir maltrato. En estos grupos va a ser difícil que compartan lo que les ocurre, incluso, puede haber ocasiones en las que las mujeres aún no hayan identificado ni puesto palabras a lo que están viviendo.

Sin embargo, el grupo en sí, puede ser un espacio fundamental para ellas, para empezar a escuchar experiencias de vida comunes, para ir comprendiendo cómo las relaciones de poder atraviesan sus vidas y les enferman, para sentirse seguras, y para conocer modelos de relación diferentes que permitan cuestionar y *desnaturalizar* lo que están viviendo.

Podemos acompañarles respetando su ritmo, informándolas, alentándolas en sus decisiones, derivándolas a otros recursos si es necesario y, desde el punto de vista de la salud, ayudándolas a mejorar su bienestar y a capacitarlas para el autocuidado.

Por tanto, va a ser fundamental desarrollar la habilidad de escuchar las demandas implícitas, detectar indicadores o sintomatología susceptible de una posible relación de abuso o maltrato, y establecer un vínculo de seguridad y confianza con ellas para poder atenderles de forma

personal, brindarles apoyo, información de recursos y acompañamiento.

Los grupos que se crean en las Escuelas de empoderamiento son un espacio desde donde apoyar y acompañar a las mujeres que están enfrentando violencia de género, y también para las que se encuentran en proceso de recuperación.

Evidentemente, no son grupos terapéuticos, por lo que la derivación a recursos específicos de atención es necesaria, así como la realización de una terapia psicológica individual, no obstante al acceder a grupos de empoderamiento su proceso se potencia.

## 3.4.2 El malestar de las mujeres

En concepto malestar de las mujeres nos acompaña desde hace más de 50 años como una categoría difusa que engloba diferentes síntomas. Deberíamos decir tal vez *malestares* y, concretamente, *malestares de género*.

La Organización Mundial de la Salud (1998) considera el síndrome de malestar un problema de salud de gran relevancia y de gran complejidad en cuanto a las causas, pues intervienen factores biopsicosociales, de la subjetividad, del género y de la forma de vida.

El concepto de malestar aparece por primera vez recogido en la obra clásica de Betty Friedan, *La mística de la feminidad* publicada en 1963. En esta obra la autora describió la profunda insatisfacción que experimentaban las mujeres norteamericanas, de clases acomodadas, dedicadas a la misión de ser buenas madres y esposas, e intentó explicar las causas que lo producían. Sus análisis la llevaron a concluir que el rol que implicaba definirse a sí mismas en función de los demás, generaba altas tasas de depresión, ansiedad, frustración y rabia contenida.

Kate Millet en su obra, *Política sexual* (1970), desveló cómo el patriarcado y las relaciones de poder desiguales entre los sexos producen efectos devastadores para las mujeres y que es fundamental tomar consciencia y transformar las relaciones de poder desigual entre los sexos. Puso en evidencia que la relación entre hombres y mujeres es una cuestión política y señaló muy certeramente cómo se reproducen estas relaciones

patriarcales en el seno de la familia, en el sistema de salud y en toda la estructura social, siendo necesario redefinir dos instituciones básicas: el matrimonio y la familia.

El tratamiento desde la medicina fue patologizar el problema y medicarlo, sin comprender ni atajar las verdaderas causas del problema. Con ello, se acallaba un malestar que en el fondo delataba un problema relacionado con los mandatos de género y el desempeño de los roles asignados a las mujeres (Nogueiras García, 2013).

Cabe destacar que numerosas psicólogas y psiquiatras feministas (Burin 1987; Dio Bleichmar, 1984; Sáez Buenaventura, 1979; Sau Sánchez, 1996; Tubert, 1991; entre otras) desarrollaron nuevas conceptualizaciones y análisis sobre la depresión y el malestar de las mujeres, sus causas y nuevas formas de abordaje.

Las autoras Mabel Burin *et al.* en el libro *El malestar de las mujeres*, la tranquilidad recetada (1991), afirman que los malestares de las mujeres son la expresión de contradicciones y de conflictos internos donde la mujer percibe la ansiedad, pero no conoce ni discrimina los términos del conflicto que la produce, y que la solución al malestar no pasa por criterios de adaptabilidad, sino por el debate de las representaciones sociales que se ofrece a las mujeres.

Emilce Dio Bleichmar (2000: 198) habla de "microtragedias cotidianas que al no ser identificadas claramente ni resueltas en forma oportuna, se convierten en confusos

malestares” y sigue afirmando que “el malestar de las mujeres puede modificarse si se lo deja de considerar una enfermedad que hay que curar y en cambio, se le reconoce el legítimo reclamo que encierra”.

Por su parte, Sara Velasco Arias (2006) explica que el *malestar de las mujeres* hace referencia a un dolor que no puede ser descifrado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos sin causa orgánica demostrable, “son la expresión de conflictos del sujeto con las exigencias externas –la cultura y la sociedad– e internas –pulsiones y deseos– (Ibíd., 145).

Soledad Muruaga López de Guereño y Pilar Pascual Pastor (2013) cuando hablan de la depresión de género, hacen referencia a la expresión del malestar que las desigualdades estructurales de nuestra socialización patriarcal producen.

Estos malestares no constituyen categorías clínicas. Más bien, bajo ese epígrafe, se engloban los sufrimientos emocionales y psíquicos producto de la propia experiencia y agrupan diferentes expresiones sintomatológicas como puede ser la tristeza, la angustia, la preocupación, el sentimiento de inadecuación y de no valía, la inseguridad, el vacío (sin causas concretas que lo expliquen), problemas en la auto-imagen, entre otras.

Puede generar cuadros depresivos, de ansiedad, y expresarse también a través de diversos síntomas somáticos. Y todos ellos tienen una estrecha relación con la identificación y asimilación con los constructos de la identidad de género.

Por tanto, hablar del malestar de las mujeres implica asumir un posicionamiento teórico e ideológico que se pregunte por los efectos que produce el lugar históricamente construido para las mujeres, y en cómo los roles de género acaban siendo factores de riesgo para la salud (Burin et al., 1991).

De este modo, hemos de ser conscientes de que los grupos de empoderamiento de las mujeres son una herramienta para la prevención y el restablecimiento de la salud. Ya que sin ser un espacio terapéutico, podemos esclarecer las causas de determinados malestares que las mujeres expresen, llevando el foco a sus vivencias en relación con su contexto, sus relaciones, identificaciones y creencias, y en cómo inciden estos determinantes de género en sus malestares.

Podemos, así mismo, permitir la expresión de las contradicciones, y que estos conflictos encuentren una vía de comprensión y elaboración. Comprobando, además, que el desarrollo de una mayor autonomía, agencia, y auto-afirmación contribuye a su recuperación.

### 3.4.3 Modelos y determinantes de salud

Uno de los principales ámbitos sobre los que actúan las desigualdades de género es sobre la salud y la calidad de vida de las personas, entendiendo por desigualdades aquellas diferencias injustas y evitables que tienen lugar en la salud de mujeres y hombres (OMS, 2009).

En nuestra sociedad, ser mujer y hombre significa ser instruidos en formas de pensar, sentir, amar y actuar, que, en sí, conlleva la posibilidad de desarrollar determinados y diferentes problemas de salud.

La ordenación social también actúa para establecer relaciones asimétricas de poder que definen las posibilidades de vida de las personas y, en consecuencia, produce efectos psicosociales y de salud. El género pues, se constituye como un determinante social y una categoría que estratifica y condiciona toda una serie de procesos relacionados con los resultados en salud de mujeres y hombres (Krieger *et al.*, 1993).

De esta manera, no sólo es importante reconocer las particularidades biológicas de mujeres y hombres y su relación con la salud, sino también entender la interacción del sistema de género tanto en la construcción de las identidades como en

la asignación de expectativas y responsabilidades, ya que esto subraya los riesgos de salud a los que se enfrentan como consecuencia de la interpretación social del papel asignado (García Calvente *et al.*, 2013).

Así, el género como constructo social va a interactuar con el resto de variables de forma transversal: hábitos de vida, estilos emocionales o de afrontamiento de situaciones, acceso a recursos, roles que se desempeñan en lo privado y en lo público, condiciones de vida y de trabajo, nivel de capacitación y economía, entre otros.

Por ello, en la actualidad, se proponen modelos teóricos alternativos al modelo biomédico. Son modelos multidisciplinarios con perspectiva de género que reconocen la diversidad de factores que inciden en la salud, las necesidades diferenciales de las mujeres a lo largo de su ciclo vital, y las diferencias interindividuales teniendo en cuenta otras categorías de análisis, como, por ejemplo, la etnia, la clase social, el nivel económico, la empleabilidad, la cultura, la educación, las preferencias sexuales y el acceso a los cuidados, y los dispositivos de salud (Sánchez López, 2013).

En estos modelos multifactoriales, se habla

de determinantes de salud, y atienden tanto a los factores ligados a lo biológico como a los factores socioculturales y de género, y a su impacto en la salud.

La idea es comprender cómo hay factores sociales que pueden provocar ciertas vulnerabilidades al interactuar con otros elementos, como pueden ser, las circunstancias particulares, la carga genética y, por supuesto, la subjetividad. Reconocerlos supone detectar causas de vulnerabilidad y de desigualdad y, por ello, también la posibilidad de corregirlos desde el ámbito público y social.

El trabajo desarrollado por Sara Velasco Arias (2009) y su modelo biopsicosocial, resulta muy clarificador y aporta tanto herramientas para el análisis como para la intervención. Incluye las tres dimensiones (biología, condicionantes sociales y factores psicológicos), introduciendo la categoría de género y las relaciones de poder (que serían condicionante psicosociales), y sus consecuencias.

Su modelo pretende desarrollar un abordaje que potencie la equidad e igualdad mediante una clínica no sesgada y desde un concepto holístico de salud.

Los factores psicosociales de género (roles y estereotipos, actitudes y posiciones subjetivas por ideales de feminidad-masculinidad), que influyen en las formas de enfermar tienen que ver con las imposiciones de los consensos sociales de género y las sobrecargas que producen (Velasco Arias, 2009). Por ello, es necesario incluirlos

como determinantes de salud e influir en el cambio de los mismos.

Los ideales de género relacionados con la feminidad, por ejemplo, promueven una posición de género subordinada de las mujeres, refuerza en las ellas conductas de pasividad, renuncia, sacrificio, negación del deseo propio y dependencia.

La sobrecarga de los cuidados en detrimento del propio cuidado, el trabajo reproductivo y no remunerado, la falta de proyectos y espacios propios, las vías de realización en ocasiones limitadas, las frustraciones, culpabilidad y expectativas puestas en la otra persona como eje vertebrador de la propia vida, son factores de vulnerabilidad que pueden derivar en el desarrollo de malestares de género, enfermedades físicas o psicológicas.

En las mujeres más jóvenes, pueden operar nuevos estereotipos y mandatos de género, nuevos modelos de éxito social, personal y profesional, dificultades para la conciliación real de diferentes deseos y aspiraciones, conflictos sobre la maternidad y sobre la responsabilidad de los cuidados, entre otros.

Las mujeres jubiladas, que han desarrollado una actividad laboral y una mayor autonomía, se encuentran con modelos de envejecimiento que han cambiado, pero, sin embargo, no hay referentes, los prejuicios sobre la vejez siguen presentes y también, de nuevo, el peso sobre la responsabilidad de los cuidados.

Y la discriminación y la violencia sexista, siguen siendo una realidad en todas las etapas de la vida y en las diferentes generaciones. Algo que incide directamente en su salud y es un claro factor determinante de muchas enfermedades psíquicas y físicas.

Cuanto más rígida y tradicional haya sido la socialización, y la identificación con determinados valores y estereotipos, más posible es que desarrollen indicadores que expresen esta vulnerabilidad.

Estos ideales no pueden generar jamás ni desarrollo ni bienestar en las mujeres. Constituyen una verdadera trampa, ya que cuando se pretenden cumplir estas exigencias, surge la frustración, una gran contención emocional y, en ocasiones, conflictos internos que pueden derivar en pérdida de salud. Pero, cuando no se cumple el rol interiorizado también va a aparecer la sensación de incapacidad, falta de ajuste y culpabilidad.

Hemos de comprender cómo la identificación con los mandatos, roles, creencias y estereotipos de género, inciden de forma diferente en mujeres y hombres, provocando vulnerabilidades diferentes respecto a la enfermedad. De igual forma que los determinantes biológicos generan vulnerabilidad y sintomatologías diferentes en función del sexo.

En definitiva, el proceso de salud-enfermedad está condicionado, por una parte, por factores biológicos, socioeconómicos y productivos, medioambientales y, por otra, por factores psicosociales proce-

dentos de las creencias culturales, y de forma destacada por los modelos y roles de género, que determinan roles y posiciones distintas, lo que da lugar a formas diferentes de enfermar por el hecho de ser mujeres u hombres (Ibíd.).

La intervención en salud, por tanto, debe tener en cuenta los condicionantes o determinantes biológicos, sociales, de género, y la propia biografía y la subjetividad como moduladora de los procesos intrapsíquicos.

Tomar en consideración las condiciones de vida de mujeres y hombres nos permite tener un abordaje desde una mirada más amplia, puesto que permite analizar los diferentes determinantes y comprender sus manifestaciones, generando intervenciones más eficientes. Pero, también, nos obliga a revisar conocimientos y metodologías de investigación, diagnóstico e intervención.

Desde mi experiencia considero importante desarrollar una metodología en la atención de la salud que promueva el empoderamiento con intervenciones libres de prejuicios, ayudando a poner palabras y comprender lo que ocurre. Sin culpabilizar ni patologizar, permitiendo a las mujeres canalizar y expresar sus emociones, engarzando sus vivencias y malestares con las experiencias colectivas, brindándoles herramientas de autocuidado y autogestión, y desarrollando una mirada crítica sobre las causas estructurales que subyacen a todo lo que viven y sienten.

# Objetivos y metodología

“ El objetivo de los grupos de orientación feminista es la reflexión: pensar es una tarea fundamental, darse cuenta, reflexionar en profundidad sobre las causas de la insatisfacción, el paso de la anécdota a la categorización del malestar como consecuencia del sistema sociocultural patriarcal y su incorporación en la subjetividad. ”

---

Ana Távora

“ El empoderamiento es un proceso que nos va dotando de recursos , capacidades y conciencia, tanto a nivel personal como a nivel de grupo, para enriquecernos como personas , aprender a situarnos mejor en esta sociedad, y adquirir una conciencia de grupo para, juntas luchar y unirnos con el objetivo de lograr una sociedad igualitaria y justa con nosotras, las mujeres. ”

---

Testimonio: Mujer, 65 años.  
Grupo de empoderamiento de Zarautz.

# 4.1 Objetivos

El objetivo general de este estudio es mostrar el proceso de empoderamiento expresado por las mujeres participantes en los talleres de empoderamiento que imparto en diversos municipios de Gipuzkoa en los que hay Escuelas de empoderamiento o se han desarrollado actividades y talleres con tal finalidad.

A continuación, se detallan los objetivos específicos de este estudio:

- 1 Conocer las motivaciones que llevan a las mujeres a participar en los grupos de empoderamiento.
- 2 Evidenciar los cambios que experimentan en diferentes ámbitos de sus vidas las mujeres que participan en los grupos de empoderamiento.
- 3 Conocer las problemáticas de salud que pueden estar presentes en las mujeres que participan en estos grupos.
- 4 Poner en valor los beneficios que tiene para la salud los procesos de empoderamiento.
- 5 Evidenciar la importancia de los procesos de empoderamiento como factor clave para la prevención de la violencia contra las mujeres.

6 Reflexionar sobre las claves metodológicas que promueven el empoderamiento.

7 Aportar conocimientos sobre los procesos de empoderamiento que ayuden tanto a la hora de acompañar y comprender los procesos particulares de las mujeres como de planificar y diseñar programas y actividades.

## 4.2 Metodología

Antes de nada, cabe recalcar que los resultados de este estudio hacen referencia, exclusivamente, a los talleres que he impartido en diversos municipios de Gipuzkoa. En absoluto pretende ser una fotografía de lo que ocurre en las Escuelas de empoderamiento en general.

Si bien es cierto que muchos de los datos obtenidos pueden ser extrapolables, otros, probablemente, no, dado que cada municipio tiene una idiosincrasia propia y la historia y el recorrido de cada uno de ellos realizando actividades para promover el empoderamiento es diferente.

Como recoge Maitane Pikaza en el Resumen de su publicación "cada escuela de empoderamiento pertenece a un municipio y por tanto posee una identidad e historia particular" (2017:8).

Así, algunos municipios recogen el testigo de grupos de mujeres que previamente trabajaban temas de este tipo (igualdad, derechos, salud, entre otros) en asociaciones desde hace años. Otros cuentan con una implicación y peso importante de los grupos feministas de la zona. En otros municipios hay mucha red comunitaria debido a una experiencia más consolidada de participación social.

En otros estas actividades son novedosas, por lo que hay que realizar una labor previa de difusión, generar motivación y en ocasiones, puede ocurrir, que sobre la Escuela de empoderamiento se creen prejuicios y estereotipos que impidan el acercamiento de un mayor número de mujeres diversas (de diferentes edades, procedencias, cultura, etc.).

A todo esto, hay que añadir la elección de los horarios en que se realizan los talleres y la temática de los mismos, pues ambos factores pueden condicionar y determinar el perfil de las mujeres que han participado en los talleres impartidos.

Mi participación en las Escuelas de empoderamiento o en municipios que organizan actividades con la misma finalidad, es a través de la realización de cursos y talleres vivenciales para el empoderamiento personal y relacional. Habitualmente son cursos con una duración trimestral aproximadamente y una periodicidad semanal.

Como explico ya en el marco teórico, sólo unos cuantos municipios han constituido una Escuela de empoderamiento, entendida como un espacio con unos objetivos establecidos y una programación de actividades permanentes y diversas durante

todo el curso escolar; sin embargo en otros municipios se realizan uno o dos cursos/talleres al año, dado que el número de población, los presupuestos y la existencia o no de técnica de igualdad, condiciona esta posibilidad de ampliar actividades. Por ello cuando empleo la fórmula de “espacios de empoderamiento” o “actividades de empoderamiento” hago referencia simultáneamente a estas dos realidades: Escuelas y municipios que organizan cursos de empoderamiento.

En los grupos que realizo, el objetivo es promover, a través de diferentes temáticas, el empoderamiento psicológico y relacional. Se trata de poder reflexionar sobre la identidad y la subjetividad femenina, sobre la construcción de las relaciones de género y cómo impactan en nuestras vidas, a la vez de promover una transformación tanto a nivel personal como relacional.

Un punto básico en los talleres es conectar con sus necesidades y problemas cotidianos, contextualizarlos a nivel social, darles un sentido que les ayude a “explicarse” a sí mismas y desarrollar estrategias para mejorar sus vidas y poder realizar el paso de lo personal a lo social.

Es indudable que los contenidos de los talleres y la elección de los mismos, pone en evidencia la existencia de determinadas necesidades y demandas.

Los datos de este estudio se recogieron a través de un cuestionario unido a los comentarios y reflexiones que aportaron tras la realización del mismo y a mis observaciones y experiencia profesional.

Son datos son relativos a una muestra de 115 mujeres que participaron en uno o varios de mis talleres realizados desde marzo-junio de 2018 hasta junio de 2019 en los municipios de: Arrasate, Azpeitia, Oñati, Tolosa, Trintxerpe, Urnieta, Usurbil y Zarautz. Por tanto, los datos obtenidos no son representativos de todas las mujeres que participan en las Escuelas de empoderamiento.

Las temáticas fueron diferentes: en Azpeitia, Tolosa, Usurbil y Zarautz sobre gestión de las emociones y empoderamiento; en Arrasate y Trintxerpe sobre autoestima y empoderamiento; en Oñati y Zarautz sobre habilidades de comunicación y asertividad; y en Urnieta sobre empoderamiento género e identidad femenina.

Este estudio aborda los cambios a nivel personal y relacional sin indagar en los cambios a nivel de empoderamiento colectivo, aunque, efectivamente, son constatables y observables en muchos casos como ya he referido en el marco teórico.

A la hora de diseñar el cuestionario, los ítems que se han tenido en consideración

están vinculados, por un lado, con lo que ellas frecuentemente verbalizaban tanto en las ruedas de presentación como de valoración al final de los talleres y, por otro lado, con los indicadores de empoderamiento sobre los que ya existe cierto consenso.

Evaluar el empoderamiento personal y colectivo sigue siendo complicado a pesar que de cada vez hay más experiencias y herramientas para ello (Pick, Sirkin, Ortega, Osorio, Martínez, Xocolotzin y Givaudan, 2007; Murguialday *et al.*, 2008; Alfama, Cruells, De la Fuente, Martí y Obradors, 2013; ONU Mujeres 2014).

Los indicadores de empoderamiento individual, se centran en una serie de aspectos como: el desarrollo de una conciencia crítica, el conocimiento e información acerca de los propios derechos y ejercerlos, el reconocimiento de la valía personal, la mayor autonomía, desarrollar agencia (establecer la propia agenda definiendo las necesidades y prioridades), capacitarse para la toma de decisiones.

Esto se relaciona con las esferas de *Autoestima, Autodeterminación, Confianza en una misma*, así como con *Agencia, Autonomía y Asertividad* que aparecen en muchas escalas (Pick *et al.*, 2007). Algunas escalas incluyen también Capacidad de autocuidado y Salud (Ibarrola, 2014). Aspecto este último que como Sara Ibarrola también considero clave y que se puede tomar como un indicador de empoderamiento cuando este cambio en salud va de la mano de desvelar la influencia de los determinantes de género (roles, estereo-

tipos, mandatos, etc.) y de un cambio en los mismos.

Murguialday *et al.* (2008), señalan que los indicadores que se utilicen para medir el empoderamiento personal, relacional y social deben dar cuenta de los cambios que se producen en la vida de las mujeres respecto a la relación consigo mismas, con su pareja, con el resto de la familia y con otras mujeres y hombres del espacio público de este informe

Los indicadores de empoderamiento en las relaciones personales se centran en promover *cambios en la distribución del poder; equidad de tiempo y espacio propio; reciprocidad y corresponsabilidad; autonomía en la relación*, entendida como la gestión de dos polos opuestos: la necesidad de ser reconocida por el otro/a y el deseo de autoafirmación (reconocer y gestionar la independencia y la interdependencia); *habilidades de comunicación asertiva; capacidad para negociar, llegar a acuerdos en la toma de decisiones y resolución de conflictos; capacidad para el establecimiento de los límites; usos del lenguaje; formas de gestión y regulación emocional en la relación, y acceso y gestión del dinero y la economía* (Álvarez García *et al.*, 2016: 44).

El propósito de este trabajo no ha sido medir niveles de empoderamiento general, como algunas escalas recogen, ya que no se les pedía puntuar en todos los indicadores.

En este trabajo se ha pretendido encontrar los aspectos más relevantes para las

mujeres en su proceso y que valoran como significativos.

A partir de todo ello, de los indicadores más habituales, unido a los aspectos más frecuentemente expresados por ellas y significativos, se han elegido cinco apartados de análisis:

- Motivación para participar en los cursos
- En las mujeres cuya motivación para participar es la salud, analizar su sintomatología o malestar de salud al inicio de los cursos
- Cambios generales tras los cursos
- Cambios en la salud tras los cursos
- Cambios en las relaciones tras los cursos

En el cuestionario cada apartado se dividía a su vez en diferentes opciones y la indicación era que señalaran como máximo dos (ver anexo 8.1).

A la hora de trabajar con los datos de forma estadística las respuestas en blanco no se han tenido en cuenta por su bajo porcentaje.

Y los datos completos por municipios se pueden consultar en el anexo 8.2.

# 5 Resultados del estudio

**“ La semilla del proceso empoderante se encuentra en la conciencia de cada mujer y germina cuando se vislumbran las estructuras de poder que se imponen en cada contexto particular. ”**

---

**Clara Murgialday**

**“ Empoderamiento es llegar a una situación de igualdad, de equilibrio. Ir eliminando las desigualdades sociales. Empoderarme YO, es para mí, coger más confianza en mí, valorarme más y no crearme en inferioridad con respecto a otros. Tener más autoestima y actuar en todo momento tal como siento que tengo que actuar, sin miedos ni coacciones y poniendo límites. ”**

---

**Testimonio: Mujer, 57 años.  
Grupo de empoderamiento de Usurbil.**

# 5.1 Características personales de las participantes

Analizar las características de las mujeres que participan en los cursos de empoderamiento personal, es primordial para conocer sus necesidades e intereses y, así, poder ajustar las actividades que se ofrecen en estos espacios.

En este trabajo no se ha contemplado el lugar de procedencia como variable, dado que la mayoría de las mujeres que forman la muestra han nacido en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Si bien hay algunas mujeres que han nacido en otros territorios del Estado español, desde muy jóvenes han desarrollado su vida en la CAPV, por lo que han vivido en un mismo contexto a nivel socio-político.

Todas ellas forman parte de un modelo similar de socialización de género, con diferencias y particularidades propias de culturas, condiciones de vida y generaciones distintas.

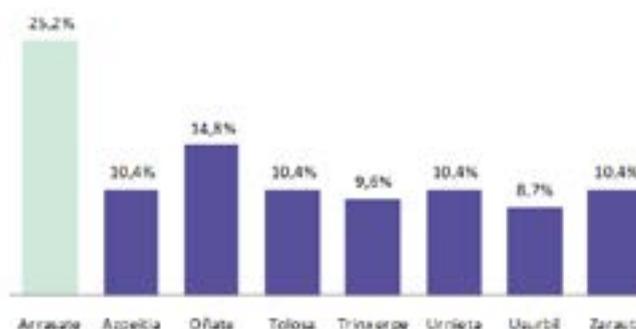
Si bien es cierto, cada vez hay más actividades de empoderamiento para mujeres migradas, y una creciente participación de mujeres de diferentes países en todos los grupos y actividades. Ahora bien, hay una serie de factores que pueden dificultar su participación en los grupos generales: el nivel de conocimiento del idioma, los prejuicios que pueden existir respecto a

estos grupos y la poca disponibilidad de tiempo para participar debido a los horarios laborales que tienen (principalmente, trabajadoras de hogar y de cuidados), entre otras cosas.

## MUNICIPIOS

Un total de 115 mujeres respondieron al cuestionario. De éstas, el 25,2% (n=29) fueron mujeres que participaron los talleres realizados en Arrasate; el 10,4% en Azpeitia (n=12); el 14,8% en Oñate (n=17); el 10,4% en Tolosa (n=12); el 9,6% en Trintxerpe (n=11); el 10,4% en Urnieta (n=12); el 8,7% de Usurbil (n=10); y el 10,4% en Zarautz (n=12).

Gráfico 1. Distribución de la muestra, según municipio.



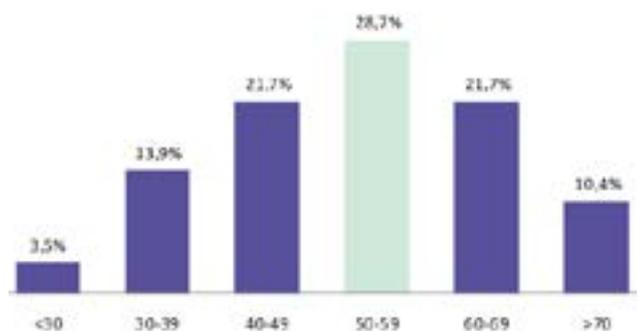
Fuente: Elaboración propia

## GRUPO DE EDAD

La media de edad en cada municipio es muy variable, en general la media de los grupos, en este caso es de 55 años, lo que coincide bastante con lo que observo en los talleres.

Por mi experiencia y en relación a los talleres que imparto, observo que la mayoría de las mujeres habitualmente se acercan a estos grupos cuando ocurre algo en sus vidas que les plantea contradicciones o viven experiencias sobre las que necesitan reflexionar. Por lo que es habitual que acudan cuando se encuentran en una situación de crisis personal, y ciertamente esto se da con mayor frecuencia tras unos años de recorrido vital, laboral, y relacional.

**Gráfico 2. Distribución de la muestra, según grupo de edad.**



Fuente: Elaboración propia

Las mujeres de menos de 30 años representan el 3,5% (n=4) del total (la mujer más joven tiene 23 años). En general, se suele observar una menor participación de este colectivo en las Escuelas o actividades municipales de este tipo. Ciertamente, las mujeres más jóvenes pueden tener otro tipo de intereses y prioridades. En ocasiones, puede ser que ya formen parte de colectivos u organizaciones feministas. A veces, también observamos que hay mujeres muy jóvenes que no ven necesarios estos espacios.

En parte, esto se puede deber a que han crecido en una sociedad que perciben más igualitaria, algo que a veces puede llevar a engaño sobre la igualdad real y enmascarar discriminaciones y violencias que todavía existen.

Así mismo, puede ser que no se identifiquen con las Escuelas o los cursos de empoderamiento, o con los formatos en los que se programan las actividades. A menudo, estos espacios y talleres pueden estar "etiquetados" generando estereotipos y, por tanto, prejuicios que impiden la participación de un mayor número de mujeres. Esto constituye un reto del que las Escuelas de empoderamiento de Gipuzkoa y las técnicas de igualdad de los municipios en los que participo son muy conscientes.

El grupo de edad entre 30 y 39 años supone el 13,9% (n=16) de la muestra. Este periodo, en ocasiones, coincide con una etapa vital en la que muchas mujeres están inmersas en proyectos personales y profesionales y, también, en algunos casos, algunas ya participan activamente en algún movimiento feminista o de carácter socio-político. Igualmente, en ciertos casos, nos encontramos, de nuevo, con mujeres que no perciben la necesidad de estos espacios.

Las mujeres de entre 40 y 49 años constituyen un grupo importante, concretamente el 21,7% (n=25) de la muestra. Podríamos decir que están en una etapa de pleno desarrollo de sus respectivos proyectos.

En este caso la participación de estas mujeres suele deberse, por lo que cuentan y observo, principalmente, a tres causas: por una parte, al deseo de reflexionar sobre temas concretos, como por ejemplo, los modelos de relación afectiva o la violencia machista, entre otros; por otra, a la necesidad de adquirir herramientas para gestionar situaciones específicas (habilidades de comunicación, manejo de las emociones, resolución de conflictos, entre otros). Y, por último, a que hayan tenido vivencias negativas, relaciones de violencia, discriminación, abuso, problemas laborales, entre otros y se encuentren inmersas en un proceso de crisis.

Así, suele ser habitual que las mujeres de este grupo de edad, al igual que las mujeres de entre 30 y 39 años, participen en cursos de forma puntual, eligiendo una temática concreta y demandando

herramientas para manejar situaciones diversas (Ibarrola, 2014; Pikaza, 2017).

En esta muestra, las mujeres de entre 50 y 59 años representan el grupo mayoritario, el 28,7% (n=33). Este grupo y el siguiente, de 60 a 69 años, con un nivel de participación también importante del 21,7% (n=25), comparten el hecho de ser socializadas en un momento político no democrático o de transición democrática, como exponen Masa *et al.* "son la *generación del desarrollismo*" (2013: 34).

Sin embargo, su desarrollo personal y profesional ha corrido parejo a la lucha por la consecución de derechos, al establecimiento de la idea de igualdad, y a una mayor independencia económica. Algunas tienen una gran conciencia feminista y, en ocasiones, una militancia activa. .

No obstante, a pesar de una mayor conciencia feminista, en muchos casos la manera de gestionar sus vidas ha sido de nuevo, como en anteriores generaciones, renunciando a proyectos y asumiendo dobles y triples jornadas y en total de la carga de la responsabilidad en el terreno afectivo y familiar.

Las mujeres mayores de 70 años, tienen menor presencia en esta muestra (la mujer más mayor tiene 84 años), concretamente el 10,4% (n=12). Estas mujeres son las que presentan, a menudo, una socialización con modelos y mandatos de género más estrictos y su escasa participación puede ser debida a diferentes motivos: las condiciones de vida que les impide acceder a estos espacios (limita-

ciones funcionales, dificultad de acceso a la información, el aislamiento, entre otros), problemas de salud, no conocer estas actividades y, en ocasiones, no identificarlo como un espacio para ellas. De hecho, suelen participar animadas y acompañadas por amigas.

Sin embargo, por lo que observo, cuando asisten suelen permanecer y participar durante largos periodos de tiempo y los procesos de cambio y la satisfacción que expresan son evidentes (Ibarrola, 2014). Es importante este dato, ya que a menudo existen pocos recursos para mujeres más mayores, siendo fundamental poder conocer su realidad y atender sus demandas.

En general podemos decir que las mujeres que participan con mayor frecuencia son mujeres adultas entre los 40 y los 69 años, que poco a poco se van incorporando mujeres menores de 40 años y mayores de 70.

Las mujeres, valoran mucho que los grupos sean intergeneracionales, interculturales y diversos. Expresan que hay una mayor riqueza, se comprenden las diferentes vivencias y las condiciones de vida de unas y otras, se desmontan prejuicios y estereotipos, se ponen en valor los aprendizajes y fortalezas de cada una y también emerge lo común, siendo más fácil para todas poder reconocer cómo siguen funcionando los mandatos de género.

La variable "edad" en tanto en cuanto ha-

blamos de generaciones que pertenecen a un mismo territorio socio-político, como ocurre en esta muestra, nos permite observar los cambios generacionales (en condiciones de vida, creencias, roles, expresión de los malestares de salud, etc.) que han ido parejos a cambios educativos, sociales, políticos y económicos, entre otros.

Las diferencias de socialización van a estar presentes tanto a la hora de elegir y participar en estos espacios, ya que las condiciones de vida pueden determinar sus necesidades y demandas, pero también se pueden observar en sus ritmos y tiempos y su forma de implicarse y vincularse con las Escuelas.

Evidentemente, las diferencias de socialización no sólo dependen de la generación a la que pertenecen, también influye el lugar de procedencia, la cultura, el nivel socioeconómico, los modelos familiares, entre otros, pero suelen existir elementos comunes y compartidos.

En el informe "Los procesos de empoderamiento de las mujeres adultas en el País Vasco" (Masa *et al.*, 2013) se recogen las diferencias en los planteamientos y prácticas referidas a su situación en materia de empoderamiento, sus prioridades y la visión sobre la discriminación y la desigualdad que tienen las mujeres adultas que pertenecen a generaciones distintas.

También Sara Ibarrola constata la influencia de la variable edad en los procesos

de construcción de la autonomía de las mujeres: “la autonomía también está marcada por la clase social, por las condiciones de vida y por la edad, porque los momentos y procesos históricos que han vivido las mujeres impactan en su autonomía” (Ibarrola, 2014: 42).

## SITUACIÓN LABORAL

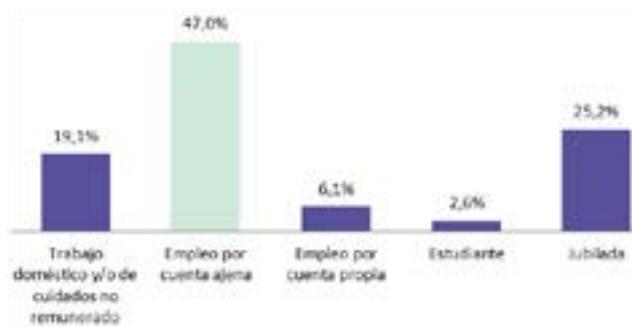
La gran mayoría de las mujeres han indicado que trabajan tanto dentro como fuera de casa, es decir, que se dedican tanto al trabajo doméstico y/o de cuidados no remunerado como al trabajo remunerado.

El 19,1% (n=22) de las mujeres se dedican exclusivamente al trabajo doméstico y/o de cuidados no remunerado y no cuentan con ingresos económicos propios. Ahora bien, algunas de ellas comentaron en las sesiones que se encontraban en búsqueda activa de empleo.

El 47% (n=54) trabaja por cuenta ajena, es el grupo mayoritario y el 6,1% (n=7) por cuenta propia. Las mujeres que forman este último grupo a menudo expresan a las técnicas de igualdad la dificultad de encontrar cursos o actividades que se adapten a sus horarios.

El 25,2% (n=29) de las mujeres están jubiladas, y constituyen el segundo grupo mayoritario en cuanto a participación se refiere. Finalmente, sólo el 2,6% (n=3) de las mujeres han señalado que están estudiando.

**Gráfico 3. Distribución de la muestra, según situación laboral.**



Fuente: Elaboración propia

Si hacemos un análisis por edades, el empleo por cuenta ajena es el que tiene mayor porcentaje en de todos los rangos de edad salvo a partir de 60 años en que muchas mujeres están jubiladas. Hay un 25,0% (n=1) de mujeres menores de 30 años que estudian y resto de esta edad trabajan por cuenta ajena, el 75,0% (n=3).

El mayor porcentaje de mujeres que trabajan por cuenta propia se da entre 50-59 años, el 15,2% (n=5).

El trabajo doméstico y/o de cuidados no remunerado, aunque se realiza durante prácticamente todas las etapas de la vida adulta, en este cuestionario lo han señalado aquellas que están en casa sin empleo remunerado actualmente y/o sin pensión (así lo especifican), si bien algunas realizan trabajos esporádicos y en precario.

Es destacable en este sentido el alto porcentaje que hay entre los 50-59 años, el 30,3% (n=10), periodo en el que la búsqueda de empleo sabemos que tiene especial dificultad.

La siguiente tabla (Tabla 1) recoge los datos a los que acabo de hacer mención:

**Tabla 1. Situación laboral, según grupo de edad.**

	Trabajo doméstico y/o de cuidados no remunerado		Empleo por cuenta ajena		Empleo por cuenta propia		Estudiante		Jubilada	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<30	0	0,0%	3	75,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
30-39	3	18,8%	12	75,0%	1	6,3%	0	0,0%	0	0,0%
40-49	4	16,0%	21	84,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
50-59	10	30,3%	15	45,5%	5	15,2%	0	0,0%	3	9,1%
60-69	3	12,0%	3	12,0%	1	4,0%	1	4,0%	17	68,0%
>70	2	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%	9	75,0%
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Elaboración propia

La sobre-ocupación es algo que conocemos en todas las edades de mujeres adultas, recayendo sobre ellas dobles y triples jornadas debido a las tareas de cuidados.

El mandato del cuidado constituye el eje sobre el que se construye la identidad femenina tradicional, siendo uno de los mandatos más difíciles de manejar, ya que la idea de "estar disponible para los demás" sigue estando muy interiorizada, por lo que las mujeres suelen sentirse atrapadas cuando esto implica la renuncia a proyectos o deseos propios y sigue siendo una fuente de conflicto interno y de malestar cuando las mujeres amplían sus intereses y espacios a favor de una mayor autonomía (Pascual, 2019).

Hay algo, que casi todas las mujeres expresan en los talleres respecto a esta doble y triple jornada:

- Constatan la carga mental, que recae en ellas y el cansancio que implican las dobles y triples jornadas.
- La insatisfacción hacia el rol de cuidadora y el modelo desarrollado hasta ahora. Hay un cuestionamiento y un deseo de cambio hacia modelos de cuidado mutuo y compartido.
- Las mujeres de menos de 45 años también están atrapadas por el cuidado de sus hijas e hijos, y expresan contradicciones y dificultades para encontrar acuerdos equitativos con sus respectivas parejas.

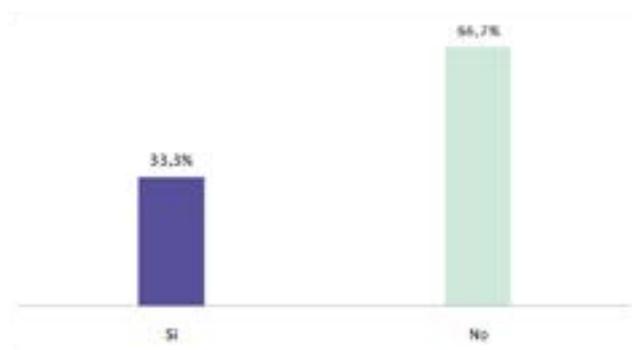
- En muchas mujeres se observa una fuerte exigencia de éxito en todo lo que desempeñan y la necesidad de responder a las demandas tanto propias como ajenas. Con el considerable sentimiento de frustración y culpabilidad.
- Entre las mujeres también aparece la dificultad de tomar decisiones cuando hay que decidir qué priorizar: el desarrollo profesional o la vida personal y familiar, entre otros.
- La precariedad e inestabilidad laboral, es también algo constatable en estos grupos.

## PERSONAS A CARGO

En este caso, se les preguntó a las mujeres si tenían a cargo a alguna persona dependiente (hijas/hijos, personas ancianas, con discapacidad o con alguna enfermedad).

Como se puede observar en el gráfico (Gráfico 4), un tercio, el 33,3% (n=38) de las mujeres han afirmado que tienen alguna persona a su cargo.

**Gráfico 4. Distribución de la muestra, según personas a cargo.**



Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, si cruzamos la variable personas a cargo con la variable edad (Tabla 2) podemos observar que la mayoría no tienen personas a cargo, aunque haya poca diferencia entre las que sí tienen y las que no.

Y las mujeres que tienen personas a su cargo, los mayores porcentajes se dan entre los 30 y 39 años, el 50,0% (n=8); entre los 40 y los 49, el 45,8% (n=11) y entre los 50 y 59, el 48,5% (n=16).

**Tabla 2. Personas a cargo, según grupo de edad.**

	SI		NO	
	Abs.	%	Abs.	%
<30	0	0,0%	4	100,0%
30-39	8	50,0%	8	50,0%
40-49	11	45,8%	13	54,2%
50-59	16	48,5%	17	51,5%
60-69	2	8,0%	23	92,0%
>70	1	8,3%	11	8,3%
<b>Total</b>	<b>38</b>		<b>76</b>	

Fuente: Elaboración propia

Es importante recoger que en las sesiones todas expresaron, salvo las menores de 30 años, que en algún periodo de su vida han tenido personas a cargo (hijas/hijos, personas cercanas enfermas) y/o que prevén que en breve tiempo les "tocará" hacerse cargo del cuidado de sus progenitores.

Hablar de cuidados es hablar del sostenimiento de la vida, una necesidad de todas las personas, durante todo el ciclo de su vida y de la que forman parte todas aquellas actividades que tienen como objetivos proporcionar bienestar físico, psicológico y emocional a las personas. Son tareas de

una gran importancia social, considerable valor económico, e implicaciones políticas notables (Esteban, 2004).

Históricamente, en nuestras sociedades patriarcales, el cuidado de las personas dependientes se ha delegado y se sigue delegando socialmente en las familias, y dentro de ellas, en las mujeres, con las consecuencias que ello tiene: trabajo no reconocido, no remunerado, falta de ingresos, nivel económico más precario, dificultad de inserción laboral, desigual del uso de los espacios y los tiempos, dificultad o imposibilidad de elección de opciones personales de futuro, dificultad para la participación socio-política, entre otras.

Supone un coste y una carga que está en la base de muchos malestares psicológicos y afecta a la salud (Cuéllar *et al.*, 2013) dado que el hecho de ejercer la doble presencia en atención a las necesidades del espacio doméstico y laboral incrementa la morbilidad física y psíquica (Artazcoz, 2001).

El tema de los cuidados es un tema recurrente en los grupos, muchas de las mujeres que participan por un lado expresan sentirse atrapadas en este rol de cuidadora, siendo, al mismo tiempo, muy conscientes de las consecuencias que ello tiene, por lo que la reflexión acerca de otros modos de cuidado, incluso conocer fórmulas nuevas de vivienda y atención

para personas mayores, es un tema sobre el que expresan interés.

En los grupos se pueden observar estos deseos encontrados: querer cuidar y “cumplir el rol” y al mismo tiempo el deseo de atender su propia vida. Los mandatos sobre el cuidado siguen generando mucha culpabilidad y se puede apreciar el peso del modelo de “buena mujer” unido al valor del sacrificio y del sufrimiento (Sanz, 1995), sobre todo en mujeres más mayores (a partir de 65 años).

Algunas expresan que “no creen ya en ello”, sin embargo en el plano emocional se sienten atrapadas y en ocasiones expresan falta de habilidades, para delegar, para decir no o para negociar (Coria, 1997, 2005).

En las más jóvenes este mandato del cuidado no tiene el mismo peso, no obstante sigue existiendo una “especialización emocional para el cuidado” en palabras de Teresa del Valle (2002) que puede generar contradicciones y dificultades a la hora de negociar.

Es importante avanzar en modelos sobre la idea del cuidado mutuo y compartido, reconociendo todo aquello que las mujeres han aportado al mundo del cuidado, sobre todo las mujeres de determinadas generaciones, recogiendo experiencias nuevas e imaginando fórmulas creativas.

## TIPO DE CONVIVENCIA

Esta variable resulta interesante para observar el porcentaje de mujeres que pueden encontrarse en situación de soledad.

Como se puede apreciar en el siguiente gráfico (Gráfico 5), un número importante de mujeres viven solas, el 23,5 % (n=27). Algunas de ellas por viudedad, pero otras también como opción personal, sobre todo, en el caso de las mujeres más jóvenes.

Algo más de la mitad de las mujeres, el 51,3%(n=59), han indicado que viven en familia, entendiendo que están en una unidad convivencial con alguien con quien hay un vínculo, ya sea con o sin pareja (por ejemplo, con sus hijas/os o nietas/os, o bien con sus progenitores, hermanas/hermanos).

El 22,6% (n=26) de las mujeres han señalado que viven sólo con su pareja. En lo que respecta a la opción "otros", las mujeres que la han marcado, el 2,6% (n=3) especifican que conviven con amigas o amigos, o en algún caso tienen pareja, pero mantienen su independencia con convivencia sólo de fines de semana.

Gráfico 5. Distribución de la muestra, según tipo de convivencia.



Fuente: Elaboración propia

Muchas mujeres, y no sólo las que viven solas, en ocasiones, han expresado en los talleres una falta de red afectiva, entendiendo por ello una red de relaciones propias, saludables, igualitarias, de buen trato y que les dé sostén (Sanz, 1995).

Ahora bien, pueden vivir solas y tener mucha red, o en familia y sentirse solas sin espacio relacional propio fuera del ámbito familiar, es decir, sin amistades. De hecho, el establecimiento de relaciones es uno de los motivos para acercarse a las Escuelas de empoderamiento y salir de cierto aislamiento.

En estos casos, los grupos de empoderamiento están funcionando como generadores de red, de apoyo y de nuevos vínculos, e incluso en ocasiones, la relación va más allá de los talleres y surge una amistad.

En palabras de Marcela Lagarde: “en estos espacios, las mujeres establecen lazos de solidaridad; a través del diálogo discursivo y práctico entre mujeres se incentiva la sororidad que genera empoderamiento colectivo” (2003:10).

Si realizamos un análisis por edades (Tabla 3), podemos observar que entre las mujeres de menos de 30 años el 50,0% (n=2) vive sola, el 25,0% (n=1) en familia y otro 25,0% (n=1) en otras formas de convivencia.

De los 40 a los 49 años el 60,0% (n=15) viven en familia, pero muchas de ellas viven solas 28,0% (n=7) y sólo el 8,0% (n=2) con la pareja.

Entre 50-59 años el 63,6% (n=21) viven en familia, el 21,2% (n=7) con la pareja.

De los 60 a los 69 el 44,0% (n=11) viven en familia y, aunque desciende el valor respecto a las edades anteriores, sigue siendo el porcentaje mayoritario. Otro 40,0% (n=10) viven en pareja.

A partir de los 70 años la mayoría viven solas el 50,0% (n=6), el 25,0% (n=3) en pareja y otro 25,0% (n=3) en familia.

**Tabla 3. Tipo de convivencia, según grupo de edad.**

	Sola		En pareja		En familia		Otros	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<30	2	50,0%	0	0,0%	1	25,0%	1	25,0%
30-39	4	25,0%	4	25,0%	8	50,0%	0	0,0%
40-49	7	28,0%	2	8,0%	15	60,0%	1	4,0%
50-59	4	12,1%	7	21,2%	21	63,6%	1	3,0%
60-69	4	16,0%	10	40,0%	11	44,0%	0	0,0%
>70	6	50,0%	3	25,0%	3	25,0%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>27</b>		<b>26</b>		<b>59</b>		<b>3</b>	

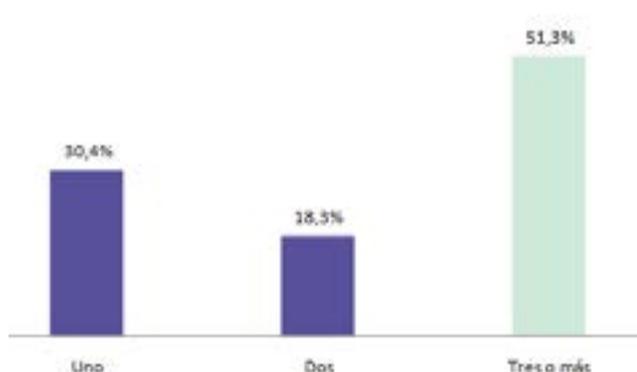
Fuente: Elaboración propia

## NÚMERO DE CURSOS REALIZADOS

Como se recoge en el gráfico (Gráfico 6), más de la mitad de las mujeres, el 51,3% (n=59) de esta muestra han realizado 3 o más cursos. Así, la mayoría cuentan ya con cierto recorrido en este tipo de actividades.

El 30,4% (n=35) sólo han realizado un taller y el 18,3% (n=21) dos talleres.

**Gráfico 6. Distribución de la muestra, según número de cursos realizados.**



Fuente: Elaboración propia

Por edades (Tabla 4), podemos observar que entre las mujeres de menos de 30 años el 75,0% ha realizado un único curso; entre las mujeres de 30 y 39 años el 56,3% ha realizado un curso, el 31,3% dos; a partir de los 40 años el número de mujeres que llevan tres o más talleres es más elevado (40-49 años: 48,0%; 50-59 años: 54,5%; 60-69 años: 68,0%; más de 70 años: 83,3%).

**Tabla 4. Número de cursos realizados, según grupo de edad.**

	UNO		DOS		TRES	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<30	3	75,0%	1	25,0%	0	0,0%
30-39	9	56,3%	5	31,3%	2	12,5%
40-49	7	28,0%	6	24,0%	12	48,0%
50-59	11	33,3%	4	12,1%	18	54,5%
60-69	4	16,0%	4	16,0%	17	68,0%
>70	1	8,3%	1	8,3%	10	83,3%
<b>Total</b>	<b>35</b>		<b>21</b>		<b>59</b>	

Fuente: Elaboración propia

Por tanto, teniendo en cuenta los datos estadísticos podemos observar que las mujeres a partir de 40 años, son las que están realizando talleres de una forma continuada.

## 5.2 Análisis sobre la motivación para participar

En este apartado se recogen las motivaciones expresadas por las mujeres para participar en los cursos. A la hora de diseñar las opciones de respuesta en el cuestionario se ha tenido en consideración lo que habitualmente mencionan las mujeres en las ruedas de presentación de los talleres. También se ha añadido la motivación de salud, pues no suele recogerse ni expresarse explícitamente.

Este aspecto lo considero importante, ya que como he expuesto en el marco teórico la socialización de género impacta en la salud física y mental de las mujeres. Además, como he indicado en la propia introducción del trabajo, una de mis motivaciones personales a la hora de realizar este estudio ha sido, por un lado, conocer el papel de la salud como factor motivacional para participar y, por otro, poder observar si hay cambios de salud favorables tras realizar los talleres.

Ahora bien, hay que tener presente que los talleres que imparto inciden en el ámbito psicológico, emocional y de las relaciones, por lo que las mujeres que participan, evidentemente, ya parten de un deseo de indagar sobre aspectos subjetivos. Así mismo, en muchas ocasiones, el punto de partida es ya, un malestar de salud o una

situación de crisis personal con algún tipo de sintomatología.

A continuación, se muestran las opciones de respuesta que se recogen en el cuestionario en lo que a la motivación para participar en los cursos respecta:

- Salir de mi entorno y establecer relaciones con otras mujeres
- Profundizar en el feminismo y conocer la realidad de las mujeres
- Formarme
- Razones de salud
- Otros

Se les explica cada apartado y en concreto en el tema de la salud, les explico que incluyan cualquier malestar que ellas relacionan con “no sentirse bien”, desde problemas emocionales, psicológicos y también físicos, siempre que sea la motivación que les trae a estos espacios.

Como se puede apreciar en el gráfico (Gráfico 7), algo más de un tercio de las mujeres, el 34,3% (n=70) ha señalado que la “**salud**” es el principal motivo para participar en los cursos, siendo el motivo que destaca del resto.

La segunda opción que mayor porcentaje de respuestas concentra es **“salir de mi entorno y establecer relaciones con otras mujeres”**, el 24,0% (n=49). Algo que refleja una realidad, sobre todo en mujeres mayores, la de una escasa red de apoyo o afectiva e incluso a veces cierto aislamiento.

**“Profundizar en el feminismo y conocer la realidad de las mujeres”** aparece como la tercera opción mayoritaria con el 20,6% (n=42).

El 11,3% (n=23) de las mujeres han señalado la opción **“otros”**. En este caso, y por lo que ellas expresan, nos encontramos con mujeres que participan en los cursos por curiosidad, porque les han animado las amigas o bien en calidad de acompañantes.

Por último, en esta muestra el 9,8% (n=20) de mujeres que han participado en los cursos para **“formarse”**. Tal como expresaba en las sesiones, son mujeres que tienen el objetivo de formarse bien a nivel personal y/o profesional.

El hecho de que la salud sea una motivación tan importante nos indica varias cuestiones. Por un lado, que lo que expresan las mujeres en las ruedas de presentación no se correlaciona con sus verdaderas motivaciones, ya que muy pocas refieren que vienen por problemas de salud. Y, por otro lado, que el punto de partida de muchas mujeres que inician un proceso de empoderamiento puede ser delicado y, en ocasiones, con sintomatología compleja.

Por su parte, Sara Ibarrola en su estudio sobre la contribución del movimiento asociativo al empoderamiento personal de las mujeres de la CAE, constata en muchas de las entrevistas realizadas “cómo las mujeres llegan a las asociaciones con la “excusa” de hacer una actividad, aunque en realidad llegan muy dañadas por diferentes vivencias y experiencias” (2014: 59).

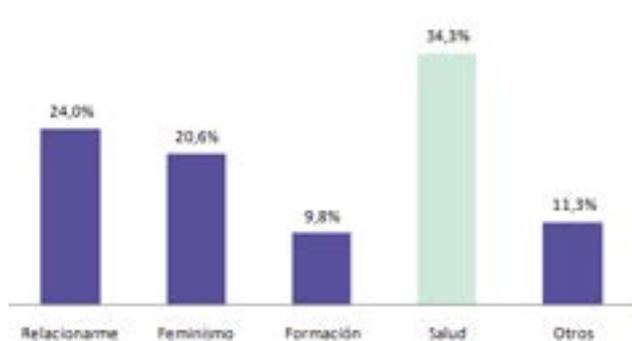
Respecto a establecer relaciones, en ocasiones, como ellas mismas expresan, tienen la necesidad de encontrar relaciones de calidad al margen de las familiares. Realmente, crear vínculos es algo muy importante, dado que es una necesidad vital, que también interactúa con los problemas de salud.

Establecer nuevas relaciones, salir del aislamiento, así como construir redes solidarias de mujeres, suelen ser demandas explícitas en muchas mujeres que se acercan a los grupos de empoderamiento.

Acerca de la motivación de profundizar en el feminismo, nos encontramos con dos realidades, por una parte, mujeres con poca formación feminista y con ganas de aprender sobre ello y, por otra, mujeres con conciencia feminista pero que desean conocer y trabajar desde una perspectiva feminista los temas que se proponen.

En este caso, no se recoge realmente el nivel de conciencia feminista que tienen previamente, si no si éste es un motor para asistir a los cursos.

**Gráfico 7. Motivación para participar en los cursos.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

Llegados a este punto, resulta interesante observar cómo se distribuyen estos motivos de forma diferente por edades (Tabla 5).

Entre las mujeres que han marcado **“relacionarme con otras mujeres”** los mayores porcentajes están entre los 50-59 años, 34,7% (n=17); entre los 60-69, el 18,4% (n=9) y entre las mujeres mayores de 70 años el 18,4% (n=9).

De alguna manera, las mujeres que más lo han marcado son mujeres a partir de 50 años.

Entre las mujeres que han marcado **“profundizar en el feminismo”**, los porcentajes más altos tienen lugar entre los 40 y los 69 años. El 23,8% (n=10) tiene entre 40-49 años; el 35,7% (n=15) entre 50-59 años y el 19,0% (n=8) entre 60 y 69 años.

Entre las mujeres que han marcado la **“formación”** los mayores porcentajes se dan entre los 30-39 años, el 20,0% (n=4); entre 40-49 años el 45,0% (n=9) y entre los 50-59, el 20,0% (n=4).

Entre las mujeres que han marcado **“la salud”** tan sólo el 2,9% (n=2) son menores de 30 años. Y los porcentajes mayores se agrupan en torno a los grupos de 40-49 años, el 22,9% (n=16); entre 50-59 años el 25,7% (n=18) y el 28,6% (n=20) entre 60-69 años. Sólo el 8,6% (n=6) son mayores de 70 años.

Entre las mujeres que han marcado como motivación **“otros”** (curiosidad, o por amigas) sobresalen el 17,4% (n=4) en mujeres entre 40-49 años, el 39,1% (n=9) entre 50-59 años y el 26,1% (n=6) entre 60-69 años.

Las mujeres menores de 30 años reparten sus motivaciones entre salud (10,0%, n=2) y formarse (2,9%, n=2). Y las mayores de 70 años en relacionarse son otras mujeres (18,4%, n=9) y salud (8,6%, n=6).

**Tabla 5. Motivación para participar en los cursos, según grupo de edad.**

	Relacionarme		Feminismo		Formación		Salud		Otros	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<30	1	2,0	0	0,0	2	10,0	2	2,9	1	4,3
30-39	7	14,3	6	14,3	4	20,0	8	11,4	2	8,7
40-49	5	10,2	10	23,8	9	45,0	16	22,9	4	17,4
50-59	17	34,7	15	35,7	4	20,0	18	25,7	9	39,1
60-69	10	20,4	8	19,0	1	5,0	20	28,6	6	26,1
>70	9	18,4	3	7,1	0	0,0	6	8,6	1	4,3
<b>Total</b>	<b>49</b>		<b>42</b>		<b>20</b>		<b>70</b>		<b>23</b>	

Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción.*

## 5.2.1 La salud como motivación: estados de salud en el inicio

En este apartado se recogen los estados de salud percibidos por las mujeres al inicio de los cursos y que eligieron razones de salud como un motivo para participar.

Recuerdo que uno de los objetivos de este estudio es conocer mejor qué estados de salud manifiestan al inicio y cómo varían tras los cursos para poder observar en qué sentido favorecen los grupos de empoderamiento a la salud. También estos datos nos permiten observar si las distintas generaciones tienen formas diferentes de mostrar malestares de salud relacionados con el género.

Es importante matizar que esta pregunta solo la debían de responder las mujeres que habían señalado la salud como motivación para participar en los cursos, en total 70 mujeres. Sin embargo, como se detallará un poco más adelante, hay mujeres que sin haber señalado la salud como motivación para participar la han respondido.

Antes de que respondieran los cuestionarios se les explicó en qué consistía cada opción de respuesta:

**A. Ansiedad:** se percibe como una activación intensa del sistema nervioso central, en principio es una respuesta adecuada ante una situación de tensión,

pero difícil de manejar para algunas personas. Cuando persiste largo tiempo podemos sentir palpitaciones, tensión, sensación de aceleración, inquietud, pensamientos en bucle, dificultades para dormir, entre otros síntomas.

**B. Depresión:** trastorno caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, baja motivación, sentimientos negativos, entre otros.

**C. Malestar general no diagnosticado, "me encontraba mal":** este apartado incluye sensaciones emocionales como angustia, falta de energía, sensación de vacío, de insatisfacción, frustración, cambios de humor, entre otros, que no se identifican con depresión ni ansiedad propiamente dicha y que habitualmente no se diagnostica.

**D. Baja autoestima, inseguridad:** inseguridad personal y sentimiento de inadecuación y no valía, bajo auto-concepto y dificultad para aceptarse tal como una es, etc.

**E. Otros:** es un ítem abierto donde incluir otras dolencias que quieren referir y/o problemas de salud físicos.

Los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones, son un problema creciente de salud pública, progresan con el desarrollo y afectan el doble a mujeres que a hombres, con peor evolución entre ellas. La mayor presencia de alteraciones mentales comunes sobre las mujeres se relaciona con factores psicosociales y de género (OMS, 2001)

Según la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco de 2018 (ESCAVI8), la construcción subjetiva de una identidad de género, es un factor de riesgo para presentar sintomatología depresiva en todas las edades y una de las principales causas de discapacidad femenina. Así mismo, la encuesta rebela que la proporción de mujeres y hombres con problemas de salud mental, es casi el doble (el 16% de las mujeres frente al 9% de los hombres).

La relación entre salud, subjetividad y género ya se explica en el marco teórico, pero en los grupos lo que podemos constatar es la gran presencia de estos problemas mentales, emocionales y físicos, en un número de mujeres considerable.

Algunas mujeres vienen con un diagnóstico y llevan seguimiento en los centros de salud o de salud mental, pero otras sencillamente expresan que tienen problemas o sienten un "malestar" que engloba muchos síntomas.

En algunos casos las mujeres expresan una larga trayectoria de "medicación" y asistencia en centros de salud sin tener ningún diagnóstico claro, con una serie de síntomas diversos, a veces inespecíficos ("siento vacío", "insatisfacción"). En estas ocasiones podemos hablar de estos malestares difusos, que pueden tener relación con aspectos relacionados con la construcción e interiorización de la identidad de género.

Hasta ahora muchos de estos síntomas se atribuyen a cuestiones como la edad, el ciclo reproductivo, "los nervios", etc., sin dar una explicación ni solución.

Algo que también ocurre con algunos problemas físicos crónicos con gran prevalencia entre las mujeres como es el dolor muscular generalizado, dolores menstruales, fatiga crónica, fibromialgia, entre otros. Éstos últimos ejemplos les explico que entran en el apartado "otros".

*"El sesgo de género en el circuito del dolor de las mujeres se manifiesta en continuados errores de diagnóstico, atribuyendo el dolor a causas psicológicas, cuando existen enfermedades orgánicas y al revés, lo que condiciona tratamientos erróneos que también producen yatrogenia porque no estaban correctamente indicados" (Valls-Llobet, 2008: 92).*

De esta forma se evidencian los sesgos de género en salud, la falta de un diagnóstico diferencial, la ausencia de ensayos e investigación biomédica que diferencie por sexos, la sobre-medicalización de los malestares de las mujeres (Burin *et al.*, 1991; Ruiz Cantero, 2009; Valls-Llobet, 2013, 2018), así como la dificultad de entender la interacción entre lo biológico y lo bio-psi-co-social (García Calvente *et al.*, 2018; Velasco Arias, 2006).

Conocer la interacción entre la fisiología, las condiciones de vida, los roles y mandatos de género nos brinda la posibilidad de comprender determinados malestares y abordarlos desde una visión global y feminista (Valls-Llobet, 2018; Velasco, 2006).

El hecho de introducir la opción relativa a la baja autoestima, es debido a que ellas mismas lo expresan abiertamente con comentarios como “no me encuentro bien conmigo misma”, “soy muy insegura y me genera malestar”, “siento que no valgo nada”, entre otros y lo relacionan claramente con un problema de salud emocional.

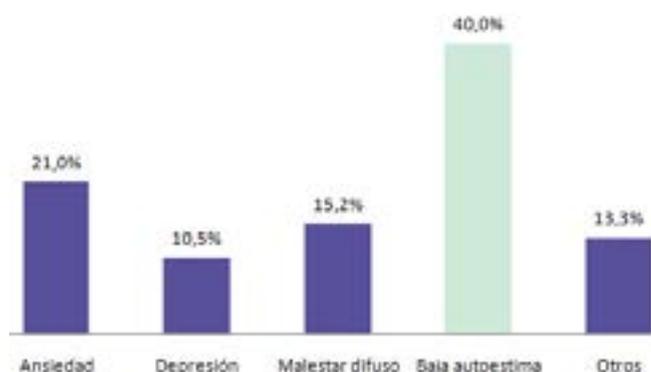
Como se puede observar en el gráfico (Gráfico 8), entre las mujeres cuya motivación fue la salud para participar en los cursos el 40,0% han señalado la **baja autoestima** como causa de esa falta de bienestar.

El 21,0% ha señalado que tiene síntomas de **ansiedad**.

La **depresión** supone el 10,5% de los casos de esta muestra. Algo curioso si tenemos en cuenta la prevalencia de este problema en las mujeres hasta hace unos años y la relación ya conocida con los determinantes de género.

El **malestar difuso** aparece en tercer lugar 15,2%. La opción “**otros**” el 13,3% de las mujeres lo señalan, indicando dolor crónico, fatiga crónica, fibromialgia, alguna mujer indica crisis personal y duelo.

**Gráfico 8. Estados de salud manifestados al inicio de los cursos.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

Como se ha comentado anteriormente, esta pregunta estaba dirigida a las mujeres que habían señalado la salud como motivación para participar en los cursos (70 mujeres).

Ahora bien, hay siete mujeres que sin haber señalado la salud como motivación para participar la han respondido. En este caso, un tercio de estas mujeres (33,3%) han señalado que sienten **malestar difuso**, siendo la opción mayoritaria. En segundo y tercer lugar aparece la **ansiedad** y la **depresión** ambas con un 25,0%; un 8,3% refieren problemas de **autoestima** y otro 8,3% señalan **otros**.

Estos datos revelan que muchas mujeres conviven con diferentes problemas de salud de forma cotidiana aunque no haya sido su motivación a la hora de participar.

Volviendo a los datos generales, **la autoestima**, es el pilar fundamental del empoderamiento, tiene relación con la salud mental y emocional y está fuertemente condicionada por los modelos sociales, la socialización y las condiciones en que se desarrolla la vida de las mujeres

En general podríamos decir que la falta de una buena autoestima es una de las consecuencias directas de la socialización de género, afecta profundamente a la construcción de un autoconcepto positivo (Muruaga y Pascual, 2013). Provoca que las mujeres experimenten sentimientos de falta de valía personal, de inseguridad,

autoconcepto negativo y vacío entre otros (Steinem, 1995), afectando profundamente a su bienestar emocional y psicológico.

Esto se agrava cuando las mujeres enfrentan o han enfrentado relaciones de maltrato, ya que es uno de las consecuencias más devastadoras (Álvarez García *et al.*, 2016) y como sabemos, la violencia sigue estando presente en la vida de las mujeres en todos los rangos de edad.

**La ansiedad** no es menos importante, y por lo que observo en los grupos, la tendencia es ascendente. De hecho muchas demandas de talleres de mujeres de todas las edades se relaciona con la necesidad de gestionar la ansiedad (talleres sobre gestión emocional, mindfulness, entre otros).

Les sigue en prevalencia **el malestar difuso**, que como ya he explicado en el marco teórico, engloba síntomas diversos que minan la salud de las mujeres y en ocasiones supone un nivel añadido de sufrimiento por la sensación de incompreensión y desconocimiento sobre lo que les ocurre. Estos malestares y también algunos problemas físicos, experimentan un cambio importante en estos espacios, al poder dar un sentido a lo que "padecen", y desarrollar nuevas formas de abordarlos.

Llama la atención la bajada de la sintomatología **depresiva**, muy presente en el inicio de los grupos de empoderamiento hace unos años.

Hace algunos años, la prevalencia de la depresión asociada al género era muy alta en mujeres que tenían alrededor de los 50 años. En la actualidad estas mujeres pueden tener alrededor de 80 años.

Sin embargo ahora se puede observar que la incidencia de la depresión es bastante menor y como veremos en la Tabla 6 sigue observándose más en el grupo de mujeres mayor edad.

Estos datos muestran una tendencia que también se observa en la práctica: la bajada de la sintomatología depresiva que está asociada a los roles de género más rígidos. Lucía Artazcoz (2001) refiere mayores niveles de depresión entre mujeres que sólo se ocupan del trabajo doméstico y de cuidados y más ansiedad entre las que realizan doble jornada.

Es importante también, detectar la presencia de problemáticas complejas que puedan requerir de una derivación a otro recurso de atención psicológica o médica, como el caso de mujeres que están afrontando situaciones difíciles de duelo, enfermedad o crisis, o que están enfrentando violencia de género, entre otros.

En los grupos de empoderamiento generales, a menudo, vienen mujeres que pueden presentar indicadores de sufrir maltrato.

La relación entre determinados síntomas con una posible vivencia de maltrato

puede pasar inadvertida si no tenemos una mirada de género. Las manifestaciones somáticas, la ansiedad, depresión, malestar difuso, dificultades cognitivas, hipervigilancia (síndrome de estrés pos-traumático) pueden ser señales de este tipo de relaciones y conviene estar atentas y valorar cada caso (Álvarez García *et al.*, 2016; Blanco Prieto, 2004).

Esto es muy importante, de lo contrario, se pueden pasar por alto algunas señales, o se puede no entender las dificultades que muestran algunas mujeres (Álvarez Prada *et al.*, 2016; Bosch y Ferrer 2019; López y Polo, 2014).

Los grupos de empoderamiento actúan como un espacio para visibilizar estas violencias y reconocerlas, un espacio de sostén y apoyo, donde desculpabilizarse (Nogueiras Garcia *et al.*, 2005), donde realizar un trabajo de comprensión en clave feminista sobre las causas de la misma, pasando de lo personal a lo político.

Los grupos que se crean en las escuelas de empoderamiento aunque no son grupos terapéuticos, son un espacio desde donde apoyar y acompañar a mujeres que han enfrentado violencia o están en proceso de recuperación y donde construir nuevas relaciones desde nuevos modelos de relación de buentrato.

Desde mi experiencia cuando las mujeres que enfrentan violencias además de rea-

lizar una terapia psicológica individual, también pueden acceder a grupos de empoderamiento, **su proceso se potencia** (Bojó, 2016; Millán *et al.*, 2004; Távora, 2013).

Respecto a la relación entre edad y problemas de salud (Tabla 6), se han tomado solo las primeras opciones ya que no todas han elegido dos opciones y esto podría alterar la imagen acerca de los síntomas que aparecen mayoritariamente en cada rango de edad. Me interesaba obtener una imagen que pudiera indicar una evolución en la manera de expresar los malestares de género, por edad.

Entre las mujeres de menos de 30 años el 50,0% (n=1) ha indicado que siente ansiedad y el otro 50,0% (n=1) baja autoestima.

Las mujeres entre 30-39 años, el 37,5% (n=3), señalan problemas de ansiedad, y otro 37,5% (n=3) malestar difuso y un 25,0% (n=2), baja autoestima.

Entre los 40-49 años el mayor porcentaje indican baja autoestima, un 50,0% (n=8), el 31,3% (n=5) malestar difuso y un 18,8% (n=3) ansiedad.

Las mujeres entre 50-59 años, ante todo señalan la baja autoestima, el 33,3% (n=6), el 27,8% (n=5) ansiedad, el 16,7% (n=3) indican depresión y el 11,1% (n=2) malestar difuso al igual que la opción de otros.

En el grupo de 60-69 años los mayores porcentajes se dan en ansiedad y baja autoestima con el mismo porcentaje, el 33,3% (n=6), el 16,7% (n=3) marcan depresión, el 11,1% (n=2) otros y el 5,6% (n=1) malestar difuso.

Las mayores de 70 años señalan la depresión y baja autoestima con un 33,3% (n=2) en ambos casos, ansiedad y malestar difuso el 16,7% (n=1) en ambos.

**Gráfico 8. Estados de salud manifestados al inicio de los cursos.**

	Ansiedad		Depresión		Malestar difuso		Baja autoestima		Otros	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<30	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%
30-39	3	37,5%	0	0,0%	3	37,5%	2	25,0%	0	0,0%
40-49	3	18,8%	0	0,0%	5	31,3%	8	50,0%	0	0,0%
50-59	5	27,8%	3	16,7%	2	11,1%	6	33,3%	2	11,1%
60-69	6	30,0%	3	15,0%	1	5,0%	7	35,0%	3	15,0%
>70	1	16,7%	2	33,3%	1	16,7%	2	33,3%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>19</b>		<b>8</b>		<b>12</b>		<b>25</b>		<b>4</b>	

Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Asimismo, solo se consideran las primeras opciones señaladas por las encuestadas.*

Es muy interesante observar la imagen que nos devuelve esta tabla. Podemos decir que la ansiedad está presente en todas las edades, así como la baja autoestima y el malestar difuso, pero los porcentajes varían considerablemente.

Evidentemente, la edad no es el factor determinante, pero sí es un elemento significativo en tanto en cuanto, como ya se ha dicho, las diferentes generaciones muestran los cambios en la socialización y las transformaciones socio-políticas. Y estas diferencias en las condiciones de vida de las mujeres, en la adquisición y consolidación de derechos, en el acceso a la formación y al trabajo remunerado, entre otros aspectos, unidos a cierta flexibilidad en los roles y mandatos de género, pueden incidir en cómo enfermamos y en qué trastornos adquieren relevancia.

Si bien es cierto que estos cambios sociales abarcan más de una década (Marce *et al.*, 2013), los grupos de la muestra pueden compartir características con la década anterior y/o posterior.

Las mujeres mayores de 70 años, son las que más puntúan en depresión. La “depresión de género” está muy ligada a una socialización de género estricta, con una asunción de posiciones de subordinación, cierta dificultad de poder expresarse, con mucha contención del enfado, con dificultades para poner límites. Unido a una gran renuncia a aspiraciones y falta de desarrollo personal o profesional.

En las mujeres mayores el peso de la educación es mayor, viven con una mayor presión normativa sobre sus comportamientos y sentimientos y de alguna manera el conflicto entre los mandatos, lo que se supone que es ser “buena mujer” y sus deseos y necesidades a menudo se

“callan” expresándose en muchos casos con una sintomatología depresiva (Burin y Dio Bleichmar, 1996; Cuéllar Flores *et al.*, 2013).

Las condiciones de socialización y de vida les “obligaron” a interiorizar el conflicto y a renunciar a sus derechos, incluso al derecho de expresarse y opinar, siendo impensable tomar cualquier decisión que pueda alterar la convivencia familiar. Hace 25 años esa era la situación de una gran parte de las mujeres mayores de 55 años que asistían a los grupos que impartía.

Las mujeres de entre 60-69 años algunas pueden compartir aspectos con las más mayores, pero en general tienen aspectos similares al grupo de 50-59 años en el sentido de que algunas mujeres de esta década (60-69) expresan ya menor rigidez de roles y estereotipos y sobre todo una mayor conciencia de los derechos, se han reclamado y ejercido, han podido prepararse y tener un trabajo remunerado, defendiendo su autonomía. En muchos casos han participado y militado en organizaciones feministas, incluso han ensayado formas “diferentes” de amar y han podido expresar su orientación sexual.

En esta etapa de empezar a asumir la vejez, muchas mujeres de nuevo se sienten inadecuadas, invisibles y, en ocasiones, con una baja valoración de sus logros y fortalezas, por lo que la sensación de falta de autoestima es muy clara. No existen nuevos modelos de cómo ser mujer y mayor, la sociedad sigue mostrando imágenes negativas y que en absoluto hacen referencia a la realidad, ya que las mujeres de este grupo lideraron la etapa de lucha por la igualdad en nuestra sociedad. Todavía muchas de ellas militan en colectivos feministas y otros organismos, son mujeres activas, formadas y no

encajan con la visión tradicional de una mujer mayor, por ello, necesitamos crear referentes en esta etapa que reflejen esta nueva realidad (Freixas, 2013).

No obstante, en este grupo de edad, 60-69 años y también de los 50-59 años, a pesar de los avances y desde el sincretismo de género, las mujeres han sido presas del mandato del cuidado, de una concepción romántica y tradicional del amor, y al mismo tiempo, han convivido con ideas y aspiraciones de relaciones afectivas innovadoras. La primera postura anula la autonomía y la segunda la propone, en una contradicción difícil de resolver para muchas.

En estas generaciones, la depresión remite, salvando las excepciones, sin embargo, son generaciones "cansadas", "frustradas", incluso "enfadadas" y la sintomatología que se observa más frecuentemente tiene que ver con la ansiedad, baja autoestima y síntomas físicos: fatiga crónica, dolor generalizado. Observando las trayectorias de vida, las dobles y triples jornadas, las contradicciones y frustraciones internas entre lo que se desea y lo que se vive, las relaciones violentas, entre otras muchas vivencias, es comprensible estar cansada y que "todo duela".

Las generaciones más jóvenes, de 30-39 y 40-49 años, han asumido de forma natural sus derechos y los ejercen y reclaman. Siguen con la terrible contradicción y conflicto entre las elecciones labora-

les, afectivas y los proyectos de vida, y se enfrentan a un espacio laboral cargado de presión cuando no de condiciones pésimas.

El mandato de cuidado y sacrificio en las más jóvenes ya no tiene ningún sentido, pero sigue observándose una especialización emocional para ello (Del Valle, 2002).

En el grupo entre 40-49, llama la atención que la presencia de malestar difuso es bastante importante así como la baja autoestima.

En el grupo de 30-39 el malestar difuso y la ansiedad recogen los mayores porcentajes.

Es importante recordar que estas franjas de edad (de los 30 a los 49 años) suelen coincidir con un momento en la vida de muchas mujeres cargado de presión y exigencia tanto en el plano laboral como personal.

La incorporación o el desarrollo de la vida profesional, la realización de proyectos personales, la dificultad por conciliar diferentes deseos y proyectos, la exigencia por nuevos modelos de mujer, nuevos modelos de crianza, de estereotipos corporales, entre otros y el deseo de cumplir expectativas propias y ajenas, se suman en esta etapa de la vida, acompañado de una profunda auto-crítica, auto-exigencia y culpabilidad por no cumplir con aquello que esperábamos o se espera de nosotras.

Por ello, esa presencia de un malestar difuso, no identificado, se podría interpretar en la misma dirección: una expresión de situaciones y conflictos que parecen difíciles de resolver, de deseos contrapuestos, de mucha carga de responsabilidad y gran exigencia para responder a las diferentes jornadas que se siguen ejerciendo y, a veces, con relaciones afectivas que generan insatisfacción.

En estos grupos de edad desde los 30 a los 49 se observa también un gran enfado con las diferentes situaciones que viven.

Evidentemente no podemos extrapolar datos por el número de la muestra, sobre todo cuando nos referimos a mujeres menores de 30 años, ya que en este estudio tienen poca representación. Pero a raíz de lo que he observado durante estos años parece que las más jóvenes a pesar de las condiciones de vida y de la educación, siguen sintiéndose inseguras, con baja autoestima, con ansiedad, todo ello debido en parte a modelos sociales difíciles de alcanzar, con relaciones sociales que no siempre les satisfacen y con mucha incertidumbre respecto a su futuro y en el terreno laboral.

Hay que hacer visibles las diferentes situaciones a que se enfrentan las mujeres jóvenes en lo laboral y social: presión de estereotipos, empeoramiento de las condiciones laborales actuales, violencias y abusos sexuales, conflictos en el trabajo, actitudes sexistas en lo social y laboral,

etc. Este aspecto cobra mucha relevancia entre las mujeres más jóvenes y es un dato que corrobora los análisis realizados en el trabajo de "Los procesos de empoderamiento de las mujeres en el País Vasco" (Marce *et al.*, 2013).

A partir de estos datos se percibe una realidad que he podido observar en los grupos a través de los años, y es que **la prevalencia de determinadas dolencias está cambiando**, desciende la depresión y repunta la ansiedad.

Sería interesante realizar un estudio en profundidad para verificar estos cambios en la expresión de los malestares de género, qué determinantes de género tienen mayor peso en cada generación y relacionarlo con los cambios y transformaciones sociales.

Desde los espacios de empoderamiento, no sólo hemos de escuchar estos malestares y problemas, es importante que podamos ayudar a conocer las causas, ayudando a entender el síntoma en lugar de establecer diagnósticos de encorsestan, poner palabras a lo que el cuerpo y el síntoma expresa y promover el empoderamiento como forma de generar salud y bienestar (Álvarez García, 2016; Bojó 2016; Burin 2001; Sastre, 2007; Dio Bleichmar, 2000; Távora 2013).

En palabras de Mabel Burin "es necesario no solo nombrar el malestar, describirlo, rastrear sus orígenes, sus propuestas y al-

ternativas, sino 'otorgarle un sentido' en la vida de las mujeres" (1991: 41).

Cuando miramos la queja como expresión de un conflicto aplazado, negado, no resuelto, o entendemos la enfermedad como "excusa" para ponerse en el centro y hacer lo que se desea o no hacer lo que no se quiere (Levinton, 2000; Saéz Buenaventura, 1993) o, comprendemos la ansiedad como expresión de la dificultad de encontrar salidas entre agradar o cumplir expectativas ajenas y las propias, o la depresión como expresión de las renunciadas y de la rabia contenida, entonces podemos empezar a comprender a nuestro cuerpo y tomar la responsabilidad de la recuperación.

Desde esta perspectiva, la recuperación de la salud no salud pasa por criterios de adaptabilidad (Burin, 1991), sino por la revisión de los mandatos de género y las representaciones interiorizadas de lo que significa ser mujer. La salud pasa por transformar estos aspectos, empoderarse y transformar su realidad.

# 5.3 Análisis sobre los cambios percibidos

## 5.3.1 Cambios a nivel general

En el siguiente apartado se recogen los cambios generales percibidos por las mujeres tras la realización de los cursos.

En esta ocasión, a la hora de diseñar las opciones de respuesta en el cuestionario también se ha tenido en consideración lo que frecuentemente expresan las mujeres en los talleres.

Antes de que respondieran los cuestionarios se les explicó cada una de las opciones:

- A. Mayor conciencia feminista** sobre los roles de género, identidad y relaciones de género y de cómo nos condicionan a las mujeres. Hace referencia al desarrollo de una mirada crítica en clave feminista, una mayor comprensión sobre cómo el patriarcado genera unas condiciones de vida en las mujeres y sus consecuencias.
- B. Mayor autoestima y seguridad personal:** con este apartado se recogen los cambios respecto sentirse bien consigo misma, valorarse más, conocer sus necesidades desarrollando una actitud de autocuidado, mayor seguridad en una misma y mayor aceptación, entre otros.
- C. Mayor toma de decisiones respecto a mis propias necesidades:** está relacionada con un nivel de autoafirmación, de autonomía, por tanto, implica tenerse en cuenta, saber lo que se desea y una toma de responsabilidad en las elecciones.
- D. Establezco mis necesidades y prioridades:** este apartado indica que establecen sus propias necesidades y pueden ponerlas en el centro y priorizarlas, supone ir más allá del deseo de agradar e implica también mayor autoafirmación.
- E. Otros:** indicar cualquier aspecto que sienten que ha mejorado tras participar en los cursos.

Como se puede apreciar en el gráfico (Gráfico 9), algo más de un tercio de las mujeres (33,8%) han manifestado que tienen **mayor autoestima y seguridad personal** tras la realización de los cursos.

El **aumento de la toma de decisiones respecto a las propias necesidades** aparece en segundo lugar con un 24,4%, y el **establecimiento de las necesidades**

**y prioridades propias** con un 22,4%. Como se puede observar ambos aspectos están interrelacionados.

Esto indica un cambio a nivel de autoescucha de sus cuerpos, sus emociones y necesidades, y un *darse permiso* para ello, a pesar de que la culpabilidad es una emoción que les suele acompañar en este proceso y hay también que dedicar espacio para abordarla.

Sara Ibarrola también coincide en que uno de los primeros cambios tiene que ver con que las mujeres “se conocen a sí mismas, se reafirman, aprenden a poner límites, a priorizar sus espacios y tiempos e interiorizan que decir un “no”, es decirse un “sí” a ellas mismas” (2014: 34).

El 13,9% de las mujeres han señalado cambios a nivel de una **mayor conciencia feminista** gracias a los cursos.

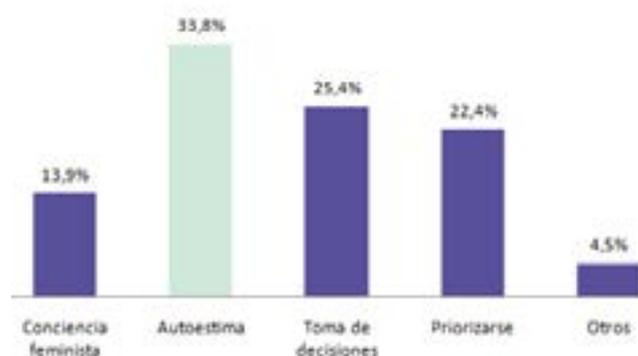
Finalmente, el 4,5% de las mujeres han marcado la opción **“otros”**. En este caso, algunas mujeres han especificado: “me encuentro mejor en general”, “me siento motivada y reforzada” y “me he reafirmado en lo que pienso”.

Así, los mayores cambios que asocian con la participación en los cursos tienen que ver con la mejora de la autoestima y la seguridad personal, con el aumento de la toma de decisiones respecto a las propias necesidades y con el establecimiento de las necesidades y prioridades propias.

Estos tres aspectos se relacionan con el aumento de la *Agencia, Autoestima* y *Autoafirmación*, y se correlacionan con una mayor autodeterminación, responsabilidad, y seguridad en sí mismas, son elementos necesarios para ir creando un *Espacio Propio*, otro pilar central en este proceso.

Estos cambios psicológicos van a ir modificando su posición en las relaciones y a dibujar nuevos escenarios relacionales más igualitarios.

**Gráfico 9. Cambios generales percibidos tras los cursos.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

En la tabla 7 se muestran los cambios percibidos en relación a la edad. Entre las mujeres que han señalado cambios a nivel de mayor **conciencia feminista**, la mayor proporción tiene lugar en el grupo de 50-59 años con un 39,3% (n=11); siendo también reseñables el 21,4% (n=6) en el grupo de 40-49 años, el 17,9% (n=5), entre 30-39 y el 14,3% (n=4), entre 60-69.

Entre las mujeres que han señalado cambios en la **mejora de la autoestima** el 33,8% (n=23) tiene entre 50-59 años; el 19,1% (n=13) entre 40-49 y con la misma proporción el grupo de 60-69 años; el 17,6% (n=12) son mayores de 70 años.

En **toma de decisiones** el 25,5% (n=13) tienen entre 40-49 años y también un 25,5% (n=13) entre 60-69; el 19,6% (n=10) tienen entre 50-59 años. Un 11,8% (n=6) están entre 30-39 y la misma proporción se da en mujeres mayores de 70 años.

Entre las mujeres que han señalado cambios en **priorizarse**, un 24,4% (n=11) tiene entre 30-39 años y otro 24,4% (n=11) entre 40-49, el 22,2% (n=10) entre 60-69 y el 20,0% (n=9) entre 50-59.

De las mujeres que han marcado **"otros"** como opción, el 55,6% (n=5) tienen entre 50-59 años, el 22,2% (n=2) entre 40-49 años y otro tanto entre 30-39 años.

De nuevo podemos observar que el mayor número de respuestas se concentran en cambios a nivel de **mejora de la autoestima**, sobre todo a partir de los 40 años.

Los aspectos de **toma de decisiones y priorizarse**, son también muy relevantes prácticamente en todos los rangos de edad, incluso en menores de 30 años son dos cambios señalados.

Llama la atención de que los mayores porcentajes en "priorizarse", se dan entre los 30 y los 49 años, lo que nos hace pensar en que, ciertamente, entre las más jóvenes sigue dándose esta tendencia de "ser para-otros" y puede sugerir que cuando las mujeres se embarcan en proyectos personales, laborales y de pareja, las necesidades y demandas ajenas cobran protagonismo en detrimento de las propias.

Respecto al cambio a nivel de mayor **conciencia feminista**, es importante recordar

**Tabla 7. Cambios generales percibidos tras los cursos, según grupo de edad.**

	Conciencia feminista		Autoestima		Toma de decisiones		Priorizarse		Otros	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<30	0	0,0%	2	2,9%	3	5,9%	3	6,7%	0	0,0%
30-39	5	17,9%	5	7,4%	6	11,8%	11	24,4%	2	22,2%
40-49	6	21,4%	13	19,1%	13	25,5%	11	24,4%	2	22,2%
50-59	11	39,3%	23	33,8%	10	19,6%	9	20,0%	5	55,6%
60-69	4	14,3%	13	19,1%	13	25,5%	10	22,2%	0	0,0%
>70	2	7,1%	12	17,6%	6	11,8%	1	2,2%	0	0,0%
<b>Total</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción.

que no se mide el nivel de conciencia feminista, sino si tras los cursos han percibido un aumento de la misma y si éste lo consideran relevante ante otros cambios.

En ese sentido que el porcentaje de mujeres mayor sea entre los 50-59 años, puede indicar un desconocimiento previo y/o que la mirada feminista respecto a los temas que se trabajan, para ellas ha sido algo que les ha impactado y ayudado.

Desde mi experiencia lo que observo en los grupos que imparto, es que para todos los grupos de edad, la falta de autoestima es algo presente con el considerable malestar emocional que ello genera.

Los problemas con la autoestima cuando aparece en los años más jóvenes, suele ir ligado a inseguridades respecto a su imagen corporal, a modelos de conducta estereotipados, a no cumplir con estas exigencias, lo que provoca una dificultad de reconocerse y valorarse con las particularidades de cada una.

A partir de cierta edad en muchas ocasiones, la falta de autoestima es consecuencia de las experiencias vividas que la han mermado: malas relaciones de pareja, problemas laborales o como efecto de la socialización de género desde los mandatos patriarcales. También empeora la autoestima cuando las mujeres están atravesando una crisis, una separación de pareja, etc. y especialmente los mayores

problemas de autoestima se dan cuando han sufrido violencia machista en algún período de su vida (infancia, adolescencia, de adultas) dado el daño que el trauma genera.

Hay que recordar que otros muchos factores, además del género, van a tener incidencia en la baja autoestima, y que actúan de forma interrelacionada, como son: la identidad y/o orientación sexual, la clase social, la etnia, raza o lugar de procedencia, la edad, la relación con el empleo, la pobreza, la diversidad funcional, el nivel educativo, entre otros, como explica Marcela Lagarde (2007).

Es curioso observar cómo los determinantes de género (roles, mandatos, estereotipos) generan problemas cuando "se cumplen", dado el nivel de renuncia, desconexión con el propio deseo, falta de espacios propios, la exigencia de llegar a todo, la frustración por no hacerlo, las posiciones de supeditación, entre otras cosas y también cuando "no se cumplen", ya que aparece la autocrítica, la culpabilidad, la sensación de inadecuación, el miedo a no ser aceptada o valorada, etc.

En tanto seamos educadas como seres-para-otros, el reconocimiento nos viene dado por la mirada del otro, "soy en tanto alguien me reconoce, me valora, me necesita/me ama" y la autoestima se va a ver comprometida puesto que es en la relación cómo adquirimos el sentido, "el

otro” nos da la valía. Esto implica renunciar a la propia mismidad y serias dificultades para reconocer la individualidad.

Ocupar posiciones de subordinación no puede generar una buena autoestima ni un alto autoconcepto. Como recoge Ana Távora (2013): “lo habitual es desarrollar poca valoración propia, sentimientos de incapacidad y un desconocimiento sobre cuáles son tus deseos. Estarás descontenta con tu cuerpo.....aparecerá con mucha frecuencia la comparación y los sentimientos de fracaso.....y en tu visión de la vida estará muy valorizado preocuparse por todos, sufrir por todos, ser influida por todos y muy poca presencia del poder” (ibíd., 3).

Hay que recordar también, que el mero refuerzo de la autoestima no conlleva un empoderamiento. Desgraciadamente, a día de hoy, a menudo, el reforzamiento de la autoestima se entiende exclusivamente desde el aspecto de valorar las capacidades y los roles que se desempeñan, sin cuestionar cómo ha sido la construcción genérica y sin hacer visibles las relaciones de poder y sus consecuencias. Algo que Betty Friedan señaló en su obra “La mística de la feminidad” (1974) y, posteriormente, toda una serie de profesionales que han abordado la salud mental desde la perspectiva feminista (Burin y Dio Bleichmar, 1996; Martínez Benlloch *et al.*, 2000; Steinem, 1995, entre otras).

En los talleres, este cambio relacionado con la autoestima, se propone a través del autocuidado, con la reconexión con el propio cuerpo, la escucha de nuestros deseos y necesidades, introduciendo la idea de responsabilidad y buentrato interno. A través de ello, de reconocer nuestras necesidades y ocuparse de ellas, se va construyendo la idea del espacio y tiempo propio.

También hay que reconocerse como “una” y diferente, reconocer las estrategias y fortalezas desarrolladas en la vida, valorar el recorrido vital y entender nuestras dificultades en clave de género

A partir de ahí podemos iniciar una relación con nosotras mismas desde el reconocimiento, la aceptación y la auto-valoración.

Reconstruir ese pilar de una identidad propia, con todo su potencial, será un eje central para todo el proceso de empoderamiento psicológico y también el paso necesario para poder establecer límites, negociar, etc. Y, de esta manera, construir nuevas formas propias de estar en el mundo y de relacionarse desde la igualdad.

Los cambios en la toma de decisiones y priorizarse están profundamente relacionados entre sí. Es básico establecer las propias necesidades y prioridades para poder tomar decisiones relativas a nuestra vida e incluso para poder negociar, ya que si no me doy un lugar, lo más habitual es que

mis necesidades desaparezcan en las negociaciones de pareja, familia, en los grupos.

Priorizarse implica un componente cognitivo y emocional, un cambio en la subjetividad y una mejor gestión de la tensión que genera el deseo de agrandar frente al deseo de autoafirmarse en las propias necesidades.

La toma de decisiones hace referencia al paso a la acción, llevar a cabo aquello que desean o necesitan, sentirse más capaces para tomar las decisiones que les afectan, hacerlo de forma independiente y que estas decisiones impliquen un cambio respecto a los roles y posiciones que se ocupaban. Pasar de la supeditación a la autoafirmación y la negociación.

Clara Coria (2005) explica que en las mujeres educadas como "satélites del deseo ajeno", la subjetividad está construida como subsidiaria de los deseos ajenos, lo que va a bloquear y reprimir los propios, que se perciben entonces como incómodos, no adecuados y generadores de culpabilidad. Ello supone un gran obstáculo para que las mujeres podamos priorizarnos, pudiendo entrar en conflicto cuando las posturas son diferentes y esperando la aprobación, es decir, el permiso del otro/a cuando queremos hacer lo que deseamos.

Es habitual encontrarse con mujeres con una fuerte sensación de desconexión sobre sus necesidades. Acostumbradas a

escuchar el deseo del otro/a, la pregunta ¿yo qué quiero?, suele generarles angustia, desconcierto y una sensación de no saber.

En otras ocasiones, y durante su proceso de empoderamiento, pueden reconocer sus propias necesidades y deseos pero éstos se esfuman en cuanto entran en contradicción con los deseos de otras personas. La tendencia a complacer nubla la posibilidad de reconocer aquello que deseo.

A menudo aparece la culpabilidad ligada a desobedecer los mandatos de género y también el miedo al cambio, a no ser aceptada y sobre todo a la pérdida de relaciones (Távora, 2013).

Culpabilidad y miedo son dos grandes emociones que aparecen en el proceso de empoderamiento sobre todo cuando afecta a las relaciones, por lo que deben abordarse en los grupos.

En este sentido, el grupo y compartir las mismas o parecidas experiencias y sentimientos, ayuda a liberarse de la culpabilidad (Simón, 2002).

También hay que revisar cómo se construye el deseo, ya que en tanto existan unos mandatos que construyen nuestra subjetividad, con los que nos identificamos y nos explicamos, es difícil distinguir aquello que es propio y no condicionado socialmente. Hay que hacer visible cómo la estructura social patriarcal, actúa determinando de forma coactiva las elecciones de las personas (De Miguel, 2015).

Entendiendo todo ello, no es de extrañar que en generaciones con una socialización más estricta respecto a los mandatos de género, estos procesos sean verdaderamente complejos y largos.

El **desarrollo de la autoestima**, unido a **priorizarse** (ponerse en el centro) y **tomar decisiones** y como consecuencia **desarrollar el espacio personal**, se constituyen en motor de cambios personales, contribuyendo a cambiar las posiciones que se ocupaban en las relaciones.

La siguiente tabla (Tabla 8) es interesante observar los cambios percibidos en relación al número de talleres realizados.

Según estos datos, desde el primer curso se perciben cambios, esa sensación es menor con dos cursos y, en general es más elevada tras la realización de tres o más cursos.

Desde mi experiencia puedo aportar que el primer curso, en muchas ocasiones, impacta y actúa como un potente movilizador, y efectivamente las mujeres empiezan a realizar cambios en sus vidas.

Ellas mismas expresan que al inicio descubren experimentan que aquello que parece personal, es compartido por muchas mujeres, hay un paso a la conciencia de grupo.

Esta experiencia es muy movilizadora y efectivamente constituye un punto de inflexión (Ibarrola, 2014; Simón, 2002). No sólo por cuanto tiene de comprender lo que se vive desde otras claves que no son las estrictamente personales, sino porque la experiencia colectiva ayuda a desculpabilizarse, a sentirse reconocida, comprendida, a poner palabras a experiencias y sentimientos.

No obstante, para interiorizar y consolidar los cambios, se requiere un tiempo y un recorrido de más cursos (hablamos de, al menos, tres trimestres). Como explico en el marco teórico, el cambio a nivel racional-cognitivo suele ser más rápido y en el primer curso suele darse una reacción muy positiva y una incorporación de nuevos elementos de comprensión de la realidad. El paso de lo racional al ámbito interno, a nivel emocional, provocando un cambio de actitudes y de nuevos comportamientos requiere más tiempo.

Por lo que se observa en la tabla tanto el desarrollo de una mayor conciencia feminista, como la mejora en la autoestima y en la toma de decisiones, ante todo se perciben tras al menos tres talleres.

Sin embargo la idea de priorizarse es, en el primer taller, donde el porcentaje de cambios señalados es mayor. Lo que nos

puede indicar que los talleres desde el principio, tienen un impacto en esta esfera, en el paso de ponerse en el centro de su vida.

**Tabla 8. Cambios generales percibidos tras los cursos, según número de cursos realizados.**

	<b>Conciencia feminista</b>	<b>Auto-estima</b>	<b>Toma de decisiones</b>	<b>Priorizarse</b>	<b>Otros</b>
Uno	28,6%	20,6%	23,5%	37,8%	88,9%
Dos	17,9%	16,2%	13,7%	26,7%	0,0%
Tres o más	53,6%	63,2%	62,7%	35,6%	11,1%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción.*

## 5.3.2 Cambios a nivel de salud

Anteriormente, hemos podido comprobar el papel que juega la salud como factor de motivación para participar en un espacio de empoderamiento. Ahora es importante ver si las mujeres observan cambios relevantes a nivel de salud tras la realización de los cursos.

En esta ocasión, al igual que ha ocurrido en la pregunta relativa a los estados de salud que están detrás de la motivación de las mujeres para participar, esta pregunta solo la debían de responder las mujeres que señalaron la salud como motivación para participar, que son 70 mujeres.

A continuación, se muestran las opciones de respuesta que se recogen en el cuestionario. La elección de las opciones pretende registrar cambios relativos a aspectos que ellas puedan observar y reconocer fácilmente en lo que a los cambios de salud concierne.

Se les explica cada opción:

- A. En la medicación, ahora necesito menos:** cambios a favor de la disminución o de un cambio del tipo de medicación, que supongan una mejoría evidente y que relacionan con la participación en los talleres.
- B. Mis síntomas han disminuido:** hace referencia a sentir que los síntomas

del inicio han mejorado (en ansiedad, depresión, insomnio, angustia, dolores musculares, etc.), evidenciando una mejoría en su salud.

- C. He aprendido a manejar mis estados emocionales, tengo recursos:** se refiere a sentir que tienen una mayor capacidad de reconocer lo que sienten y de gestionarlo.
- D. Ha mejorado mi autoestima:** acerca de un mayor sentimiento de valía, de auto-aceptación y auto-reconocimiento, que les ayuda a sentirse bien consigo mismas.
- E. Otros:** aquí pueden especificar qué otros cambios de salud experimentan.

Como se puede observar en el gráfico (Gráfico 10), el 42,4% de las mujeres han indicado que han **aprendido a manejar sus estados emocionales** tras la realización de los cursos. Esto supone una mejora en la capacidad de autogestión emocional y, como expresan las propias mujeres en los talleres, una mayor conciencia de sus sensaciones y emociones, mayor capacidad de análisis y comprensión de lo que les ocurre, y capacidad para abordar su salud emocional con las herramientas adquiridas.

El desarrollo de una esta competencia emocional es fundamental para el bienestar y el equilibrio psicológico. Supone un mayor autoconocimiento, también implica pasar de una actitud, a nivel de salud, de "paciente" pasiva a la de agente activa, con una re-apropiación del cuerpo y una responsabilidad sobre nuestra salud.

La adecuada gestión de las emociones supone un paso en el desarrollo de la autogestión en salud.

La **mejora de la autoestima** aparece en segundo lugar con el 31,4%. Estos datos evidencian que la insatisfacción hacia ellas mismas que con frecuencia relatan las mujeres es una fuente de malestar general muy importante y que los procesos de empoderamiento contribuyen a restablecer el bienestar a través del reconocimiento de nuestra valía y fortalezas.

La **disminución de síntomas** es el tercer cambio que mayor número de respuestas acumula: el 22,9% de las mujeres lo han marcado. Este cambio es significativo, pero hemos de ser conscientes de que hablamos de muchos síntomas diferentes que requieren procesos y tiempos distintos (no es lo mismo un problema de ansiedad que una depresión crónica, o una situación derivada de un maltrato, entre otros).

No hay que olvidar que en los grupos se observan procesos de salud muy complejos, que requieren tiempo y, en ocasiones,

ayuda médica o psicológica especializada.

En ocasiones ocurre que las mujeres no toman en cuenta pequeños cambios que tal vez son significativos e incluso muy visibles desde fuera. Por ejemplo, a veces puede darse una clara mejoría de la ansiedad pero no ha desaparecido por completo, y puede ser que no valoren este cambio dado que siguen encontrándose mal.

Si bien es cierto, que para sacar conclusiones acerca de este cambio en la sintomatología en relación a los procesos de empoderamiento, necesitaríamos de un estudio en profundidad.

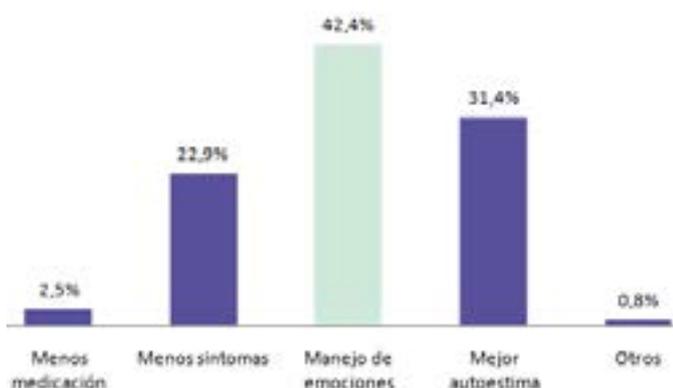
En lo que respecta a la **disminución de la medicación**, apenas el 2,5% de las mujeres han señalado este cambio. En este caso hay que recordar que la disminución de la medicación suele ser un tema delicado, ya que entran en juego otras variables que hagan necesaria esta toma de medicación y generalmente se requiere de tiempos más largos para modificarla según el tipo de enfermedad, tipo y tiempo de tratamiento, de que se trate. Y siempre debe hacerse bajo la supervisión médica.

Si bien es cierto que cada caso es particular, en muchos casos, si posibilitamos la mejoría a nivel emocional y mental, estamos contribuyendo a que también haya mejoría a nivel de medicación. En todo caso, este aspecto también requiere un estudio en profundidad y a largo plazo,

siendo interesante para posteriores investigaciones.

La opción “**otros**”, las mujeres que lo han señalado, el 0,8%, expresaban que sentían más energía, más optimismo y ganas de hacer cosas, es decir, resaltaban cambios en positivo que relacionaban con la participación en los talleres y que percibían, claramente, como un mayor bienestar de salud en general.

**Gráfico 10. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

Como se ha comentado anteriormente, esta pregunta estaba dirigida a las mujeres que habían señalado la salud como motivación para participar en los cursos (70 mujeres). Sin embargo, hay mujeres que sin haber señalado la salud como motivación para participar la han respondido este apartado, 36 en concreto.

En este caso, algo más de la mitad de las 36 mujeres, el 50,9% (n=29) han indicado que han **aprendido a manejar sus estados emocionales** tras la realización de los cursos. En segundo lugar aparece la **mejora de autoestima** con un 42,1% (n=24). El resto 5,3% (n=3) disminución de la sintomatología y el 1,8% (n=1) otros cambios.

El hecho de que marquen como relevante la mejora de salud, incluso cuando en un inicio no fue una de sus motivaciones, se puede deber en parte a que hay mujeres que conviven de forma poco consciente y/o “normalizada” con determinados problemas de salud, por lo que no se perciben como *déficits* de su salud, sin embargo cuando hay una mejoría, se toma conciencia de ello.

La falta de energía y el cansancio, determinados dolores (de tipo muscular, de cabeza, menstrual, entre otros), cierto nivel de nerviosismo, entre otros problemas se tienden a normalizar en la vida de las mujeres.

Si observamos los cambios según el grupo de edad (Tabla 9), nos encontramos con que entre las mujeres que han marcado **“disminuir la medicación”** el 66,7% (n=2) tiene entre 60-69 años y el 33,3% (n=1) entre 50-59. En el resto de grupos de edad, no hay mujeres que hayan marcado este cambio.

Entre las que han señalado un cambio en la **disminución de los síntomas**, los mayores porcentajes de respuesta se dan entre los 60-69 años, el 29,6% (n=8) de mujeres de este grupo lo han marcado; el 22,2% (n=6) entre 50-59 años; el 18,5% (n=5) entre 40-49 y otro 18,5% (n=5) entre 30-39.

Esta mejoría, en ocasiones es muy evidente, relatan que duermen mejor, están más tranquilas con menos ansiedad, más animadas, con mayor energía, seguridad personal.

Entre las mujeres que han marcado una mejoría en el **manejo de sus emociones**, el 28,0% (n=14) tienen entre 50-59 años y otro 28,0% (n=14) entre 60-69. También hay un porcentaje importante de mujeres de 40-49 años, el 26,0% (n=13).

En el caso de marcar una mejoría a nivel de **autoestima** el 29,7% (n=11) tiene entre 60-69 años, el 21,6% (n=8) entre 50-59 y también otro 21,6% (n=8) entre 40-49. Las mayores de 70 años suponen el 16,2% (n=6) pero es el cambio que más mujeres mayores han señalado.

En el caso de marcar **otros**, todas las respuestas se concentran entre los 50-59 años 100% (n=8).

**Tabla 9. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos, según grupo de edad.**

	Menos medicación		Menos síntomas		Manejo de emociones		Mejor autoestima		Otros	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<30	0	0,0%	1	3,7%	1	2,0%	1	2,7%	0	0,0%
30-39	0	0,0%	5	18,5%	5	10,0%	3	8,1%	0	0,0%
40-49	0	0,0%	5	18,5%	13	26,0%	8	21,6%	0	0,0%
50-59	1	33,3%	6	22,2%	14	28,0%	8	21,6%	1	100,0%
60-69	2	66,7%	8	29,6%	14	28,0%	11	29,7%	0	0,0%
>70	0	0,0%	2	7,4%	3	6,0%	6	16,2%	0	0,0%
<b>Total</b>										

Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción.*

Así, los datos muestran que el manejo de las emociones, la mejora de la autoestima y la bajada de sintomatología, son los tres cambios que han notado en su salud tras los cursos y que mayor porcentaje de respuestas han acumulado.

La adquisición de herramientas para gestionar las emociones es un pilar en esta mejoría de la salud y es uno de los que más valoran.

Es curioso observar que en todas las edades el manejo de las emociones es un aspecto deficitario, que necesita revisarse y promover la adquisición de nuevas habilidades. De hecho no es extraño que este tipo de talleres sean de los más demandados en prácticamente todas las generaciones.

En las mujeres de mayor edad el aprendizaje sobre las emociones ha sido a través de los modelos y valores morales tradicionales, con un gran peso de la religión católica. Respecto a las emociones, la socialización diferencial de género genera grandes diferencias entre mujeres y hombres, siendo el núcleo de la construcción de las identidades genéricas: la emocionalidad se considera un rasgo femenino, con una gran negación de emociones "no convenientes", fomentando el miedo y la culpa como emociones de control social.

Mientras que a los hombres se les niega esta capacidad, ya que la objetividad y

racionalidad versus la emocionalidad es un rasgo de masculinidad (Altable, 1998). Tanto unas como otros no hemos adquirido el desarrollo de una buena competencia emocional.

Las mujeres más mayores, a partir de los 60 años y sobre todo de los 70 años, expresan el peso de esa moral que les impide poder reconocer en sí mismas emociones y/o sentimientos "malos", desarrollando mecanismos de represión que a menudo están en el centro de sus problemas de salud.

No se permiten reconocer la rabia, el enfado, los celos, entre otros y no se puede transformar aquello que se niega o reprime, por ejemplo la rabia y frustraciones, debidas a la renuncia a "*favor del otro*". Ser buena mujer implica reprimir esa rabia, pero sentirse bien implica acogerla y darle cauce.

Gran parte de su proceso se centra en poder permitirse todo lo que sienten, sin culpa ni miedo, reconociendo las emociones guardadas, dándose "permiso" y colectivizando sus sentimientos. De esta manera, el grupo ayuda como catalizador de vivencias y emociones, disminuyendo el sentimiento de la culpa y ayuda también a reconocer otras vivencias y a mujeres diferentes (Ibarrola, 2014).

Pero a pesar de que los modelos están cambiando lentamente, siguen habiendo diferencias de género respecto la gestión de las emociones.

Las mujeres adultas entre 40 y 60 años a menudo comparten que pueden expresar lo que sienten, pero la comunicación emocional con su pareja es difícil e incluso en ocasiones nula.

Siguen albergando sensaciones de inadecuación acerca de sus emociones por la educación recibida y expresan cierta auto-exigencia de cumplir un modelo ideal: "no debería sentir esto", "soy demasiado sensible", "igual soy exagerada en lo que siento", lo que les lleva a dudar de sus emociones e incluso, en ocasiones, a no expresarlas.

Se sigue observando una especie de ideal sobre lo que se debería o no sentir, y una clasificación entre emociones buenas y malas: "no me gusta sentirme débil", "cuando me siento impotente y triste no soy yo", "me siento mal cuando me enfado".

En las menores de 40 años la tendencia es similar, se aprecia cierta dificultad en reconocer todas las emociones y en aceptarlas de forma natural, sin poner un juicio de valor. La tendencia actual del "buen rollo", ejerce una influencia similar a la educación más tradicional: niega todas las emociones que no son positivas, ge-

nerando de nuevo una disociación entre cuerpo-emoción y mente, e impidiendo reconocer la variedad de emociones humanas y su sentido, algo que evidentemente, impide el aprendizaje de una buena gestión de las mismas.

Un mayor conocimiento sobre lo que nos ocurre, unido a gestionar mejor lo que sentimos, además de aportar una sensación de mayor control sobre nuestra vida, ayuda a poner el foco en aquellos aprendizajes inadecuados.

Por ello es un aspecto fundamental para revisar en cualquier edad, posibilitando la comprensión de nuestras emociones, relacionando lo que se siente con las condiciones de vida, los conflictos en las relaciones, las actitudes aprendidas, los mandatos de género, etc. De esta manera la emoción es la expresión de algo más y puede ayudar a entender también el síntoma/la enfermedad como una manera de buscar una resolución.

El otro cambio significativo a nivel de salud tras los cursos es la mejoría de la autoestima.

La mejora en la autoestima engloba muchos matices, pero podemos resumirlo en tener un buen concepto de sí misma, confianza y respeto de sí misma, una buena valoración y aceptación, un sentimiento de autoeficacia y de capacidad. Como ya se ha explicado, el autocuidado

suele ser el primer paso de la autoestima y de la recuperación del bienestar.

Este cambio debe iniciarse en el ámbito subjetivo, propiciando cambios en las concepciones y creencias sobre el “ser mujer”, y por tanto sobre una misma, reconociendo las imágenes y símbolos del ideal femenino, las creencias y mandatos que nos constriñen y generar reflexión y debate sobre cómo nos impacta todo ello a nivel de salud.

Hay que promover el contacto y escucha con una misma (habitarse de nuevo); reconocer los derechos, deseos y necesidades; desmontar la culpa y el miedo que genera dejar de ser “buena mujer” y descubrir quiénes somos.

Es importante tener en cuenta las condiciones de vida y la socialización en cada generación, ya que de esta manera se pueden conocer los distintos ideales de “feminidad” que había que cumplir, las dificultades que han enfrentado cada generación, las estrategias necesarias que tuvieron que desarrollar y las fortalezas adquiridas.

El trabajo en grupo nos permite visualizar cómo han cambiado muchos aspectos externos, en la forma e incluso tal vez en ciertas conductas, pero el pilar sobre el que se construye la autoestima en muchos casos, sigue siendo el mismo. Descubrir el núcleo sobre el que se basa la construc-

ción de la autoestima, más allá de la forma es necesario y muy revelador.

En definitiva, podemos decir que cuando incidimos sobre los determinantes sociales y de género, las condiciones de vida, y la posición (roles interiorizados, creencias sobre la pareja, el amor pareja, etc.), el estado emocional mejora, se inicia una recuperación de la autoestima y se adquiere una mayor capacidad de autogestión sobre la salud emocional.

Si cruzamos la variable cambios a nivel de salud con la variable número de cursos realizados, podemos observar que, al igual que ha ocurrido en el caso de los cambios generales, en el primer curso ya aprecian cambios importantes en gran parte por lo que supone de encontrar nuevas claves para analizar y comprenderse, un espacio donde sentirse reconocida y validada, y la fuerza que da el grupo al colectivizar las vivencias.

Pero es a partir de la realización de tres o más cursos cuando el porcentaje en la percepción de cambios significativos en su salud es mayor y, como se puede constatar desde la observación, son cambios más estables.

En el caso de la disminución de la medicación, no ocurre lo mismo, pues tras el primer curso no se observan diferencias, éstas empiezan a notarse tras el segundo curso y más a partir de tres o más cursos,

algo esperable ya que como he explicado anteriormente este aspecto requiere de tiempo y supervisión.

También es interesante observar que en la opción "otros" los cambios (más energía, más optimismo y ganas de hacer cosas) se empiezan a percibir tras el primer curso. Lo que puede indicar que el primer curso supone una inyección de motivación y energía que puede funcionar como motor para proseguir con este tipo de actividades.

**Tabla 10. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos, según número de cursos realizados.**

	<b>Menos medicación</b>	<b>Menos síntomas</b>	<b>Manejo de emociones</b>	<b>Mejor autoestima</b>	<b>Otros</b>
Uno	0,0%	25,9%	34,0%	21,6%	100,0%
Dos	33,3%	18,5%	10,0%	16,2%	0,0%
Tres o más	66,7%	55,6%	56,0%	62,2%	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción.*

### 5.3.3 Cambios a nivel de relaciones

En este apartado interesa recoger qué cambios observan las mujeres en sus relaciones afectivas tras la realización de los cursos.

Interesa verificar si las relaciones se tornan más igualitarias, si se produce una transformación de las creencias, actitudes y comportamientos que incidan en la posición que antes se ocupaba.

En este sentido, los cambios en la manera de vincularse a nivel afectivo, cuando van en la dirección de transformar las relaciones de género, son un factor de prevención para la prevención de la violencia de género.

En el cuestionario se les pregunta sobre las relaciones de pareja. Ahora bien, en los casos en los que no tenían pareja se les pidió que pensarán en sus relaciones afectivas más cercanas.

A la hora de diseñar las opciones de respuesta en el cuestionario se ha tenido en consideración lo que mencionan las mujeres en las ruedas de valoración de los talleres, así como los indicadores de igualdad/desigualdad existentes en relación a este ámbito (Álvarez García *et al.*, 2016).

A continuación, se muestran las opciones de respuesta que se recogen en el cuestionario en lo que a los cambios percibidos

a nivel de relaciones tras los cursos respecta:

- A. He efectuado cambios en los roles de género:** hace alusión a un cambio en la asignación de las de tareas o a una flexibilidad de las mismas, en relación a “quién hace qué y quién se ocupa de qué”.
- B. Existe mayor reciprocidad y corresponsabilidad en mis relaciones:** hace referencia a una mayor equidad de tiempo, espacio y distribución de las tareas.
- C. Tengo más consciencia de mi propio espacio personal:** se refiere tanto a la toma de conciencia de su propio espacio, reconocer sus deseos y necesidades, como a gestionarlo y desarrollarlo.
- D. Establezco mejor los límites:** en relación a la capacidad de decir “no”, de expresar lo que se quiere o no se quiere.
- E. Tengo más recursos comunicativos y de resolución de conflictos:** acerca de adquirir herramientas para una mejor comunicación en general y ante todo cuando hay conflictos, incluye tanto la capacidad de expresarse, de escuchar y de negociar.

**F. Otros:** pueden especificar cualquier otro cambio que sea significativo en sus relaciones.

Con estas opciones hacemos referencia a indicadores que muestran de forma muy gráfica la distribución de los niveles de responsabilidad y la adquisición de habilidades que generan espacios más igualitarios.

Como se observa en el siguiente gráfico (Gráfico 11), el 36,3% (n=74) de las mujeres han manifestado que ante todo destacan un cambio importante a nivel de mayor **conciencia de su espacio personal**. Les sigue el **establecimiento de límites**, con el 30,9% (n=63) y el cambio en **la comunicación y resolución de conflictos** marcado por el 22,5% (n=46) de las mujeres de la muestra, especificando que expresan más lo que quieren o piensan, gestionan mejor los conflictos, y se tienen en cuenta a ellas mismas en las negociaciones.

Tener conciencia del propio espacio personal es uno de los puntos clave en el proceso de afianzamiento personal. Este concepto incluye desde aspectos físicos (el propio cuerpo, los espacios que se ocupan en la casa, la forma en que se asignan espacios, cómo son, etc.); el "espacio interno", relativo a los deseos, ilusiones, intereses, afectos personales, alude a la intimidad; el espacio relacional, las relaciones y apoyos propios; y los espacios simbólicos (la representación que

se tienen en espacios públicos, de poder, incluso dentro de la familia), incluyendo también la noción de *tiempo propio* como espacio que cada una gestiona.

Evidentemente, ni los tiempos son equitativos ni los espacios son neutros como afirma Maitane Pikaza (2017) ya que el tiempo y los espacios expresan la desigualdad y la discriminación. Así, todavía muchas mujeres expresan tener menos tiempo propio, y el tiempo dedicado a "otros/as", es mayor en proporción con los hombres.

Tomar conciencia de ello es el primer paso para entender las consecuencias que esta inequidad tiene para las mujeres (de nuevo renuncias, sobrecarga, cansancio, efectos sobre la salud e insatisfacción).

La creación del espacio personal implica que existe ya un "yo" con necesidades diferenciadas, exige que cada cual defina su "agenda" asumiendo la responsabilidad de los propios intereses, implica realizar elecciones y asumir las consecuencias y tomar conciencia también de los límites, de las diferentes necesidades, intereses y tiempos.

Todo ello requiere desarrollar habilidades de comunicación para poder expresarse, mantener posiciones, poner límites y/o negociar. De hecho este tipo de talleres son demandados por las mujeres, sobre todo tras un periodo previo de afianzamiento y empoderamiento psicológico.

Los cambios a nivel de **reciprocidad y co-responsabilidad** la señalan el 6,4% (n=13) y **cambio de roles** el 2,0% (n=4) son más costosos y en función de cada generación tal vez difíciles, dada la rigidez de la construcción de las relaciones de género heterosexuales y la resistencia al cambio que se observa en los sistemas familiares.

Cuando hablamos de reciprocidad y co-responsabilidad, no siempre implica un cambio en la asignación de roles tradicionales según el sexo, ya que hay casos en los que expresan un cierto reparto de tareas y sobre todo una equidad en los tiempos y espacios personales, pero manteniendo el reparto de roles tradicionales, por ejemplo, en ocasiones las mujeres dejan de hacer cosas, ganan en tiempo personal, pero las tareas domésticas y de cuidado las siguen realizando ellas: “he dejado de hacer cenas”, “limpio menos la casa, antes era todos los días”, “las camas las hago por encima”, “de la habitación de la hija/o no me ocupo”, son algunas de las cosas que expresan. También ocurre que pueden aunque distribuyan las tareas de cuidado, la carga mental suele seguir recayendo en las mujeres

Hay una ganancia en tiempo personal, una “liberación” de ciertas tareas, incluso los hombres asumen ciertos trabajos como hacer la compra, cocinar, entre otros, pero en muchos casos, sobre todo en generaciones de más de 60 años, no se da un

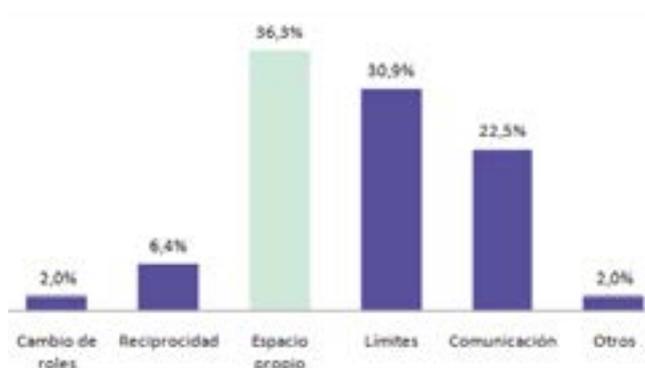
cambio en la asignación de roles.

La carga mental sigue estado presente, las tareas de cuidado siguen recayendo mayormente en ellas y la queja e insatisfacción son elementos que aparecen habitualmente en los grupos.

Con todo, esta liberación de tareas para ellas es importante y sienten una mayor equidad en el reparto de los tiempos.

La opción **otros** la señalan el 2,0% (n=4) en este caso indican: “me siento mejor en mis relaciones”, “me siento más libre”, “hago más lo que quiero”, “me importa menos lo que opinen los demás”.

**Gráfico 11. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

Si realizamos un análisis por edades (Tabla 11), podemos ver que las mujeres que señalan **cambio de roles** tienen 40 años en adelante, siendo el mismo porcentaje en todos los rango de edad, el 25,0% (n=1).

En **reciprocidad**, el 46,2% (n=6) de mujeres que lo señalan tienen entre 40-49; el 23,1% (n=3) entre 60-69 y el 15,4% (n=2) son menores de 30 años.

Entre las mujeres que han marcado el **espacio propio**, el 25,7% (n=19) tiene entre 50-59 años; el 23,0% (n=17) entre 60-69; el 21,6% (n=16) entre 40-49. Son los porcentajes más altos por edad pero es destacable el 13,5% (n=10) entre las mujeres de 30-39 años y el 12,2% (n=9) de mayores de 70 años.

Las mujeres que han señalado el **establecimiento de límites**, el 27,0% (n=17) tiene entre 50-59; el 22,2% (n=14) entre 60-69; el 20,6% (n=13) entre 40-49; el 15,9% (n=10) entre 30-39.

El 11,1% (n=7) son mayores de 70 años pero dada la dificultad de poner límites en estas edades, es interesante resaltarlo.

A nivel de **comunicación**, el 43,5% (n=20) de mujeres que lo han señalado tienen entre 50-59 años; el 17,4% (n=8) entre 60-69 años; el 15,2% (n=7) entre 40-49 y el 13,0% (n=6) tienen entre 30-39 años.

En la opción **otros**, el 50,0% (n=2) tiene entre 30-39 y otro 50,0% (n=2) entre 50-59 años.

**Tabla 11. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos, según grupo de edad.**

	Cambio de roles		Reciprocidad		Espacio propio		Límites		Comunicación		Otros	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<30	0	0,0%	2	15,4%	3	4,1%	2	3,2%	1	2,2%	0	0,0%
30-39	0	0,0%	0	0,0%	10	13,5%	10	15,9%	6	13,0%	2	50,0%
40-49	1	25,0%	6	46,2%	16	21,6%	13	20,6%	7	15,2%	0	0,0%
50-59	1	25,0%	1	7,7%	19	25,7%	17	27,0%	20	43,5%	2	50,0%
60-69	1	25,0%	3	23,1%	17	23,0%	14	22,2%	8	17,4%	0	0,0%
>70	1	25,0%	1	7,7%	9	12,2%	7	11,1%	4	8,7%	0	0,0%
<b>Total</b>												

Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción.*

Llama la atención que la reciprocidad como aspecto relevante, obtiene un mayor porcentaje en dos grupos de edad: entre 40-49 y entre 60-69.

Podemos suponer que las mujeres de 40 siguen con hijas/os pequeños o adolescentes y en esa etapa se ha podido "arrastrar" un desequilibrio en la distribución de tareas.

Algo que se repite en sus comentarios es que en las parejas jóvenes, las relaciones parecen muy equitativas y recíprocas hasta que deciden tener hijas/os. Es posible que por ello a partir de los 40 algunas mujeres indiquen estos aspectos como relevantes en el cambio su relación de pareja.

Y el grupo de 60-69 puede relacionarse con la etapa de la jubilación de las dos personas de la pareja, ya que también por sus comentarios, es una etapa que les resulta difícil y tienen que renegociar tiempos y responsabilidades.

El caso de las mujeres menores de 30 años reparten las respuestas entre reciprocidad (n=2), espacio propio (n=3) y puesta de límites (n=2).

Es un número pequeño de mujeres pero este dato podría indicar que siguen habiendo déficits en estos aspectos y se siguen reproduciendo relaciones de poder.

Y en el caso de las mujeres mayores de 70 años, es significativo las mujeres que advierten cambios en su espacio propio (n=9), establecimiento de límites (n=7) y comunicación (n=4), dada la rigidez de los modelos de socialización.

Los mayores cambios, podríamos decir que en todos los grupos de edad se agrupan en la creación de espacios y el establecimiento de límites y adquirir herramientas comunicativas y de resolución de conflictos.

Que se den cambios en estos tres aspectos es muy importante dado que conllevan desobedecer los mandatos de "buena mujer, complaciente y disponible" (Távora, 2013). Afectan al núcleo sobre el que se ha construido la identidad femenina tradicional, y constituyen una verdadera transformación en las mujeres y en la posición que se ocupa en las relaciones.

Si bien es cierto, que a medida que las mujeres van conquistando ese espacio personal, aparece el temor por lo que pueda ocurrir, por perder la relación o generar conflictos (Sanz 1995). No olvidemos el papel central en la vida de las mujeres que tiene la pareja, el peso de un modelo amoroso que reproduce las relaciones de poder y el hecho de que es a través de la relación como hemos aprendido a sentirnos reconocidas y validadas.

Como recoge Ana Távora: “solo a través del amor me construyo y no a través de definir y fortalecer mi yo” (2013: 10). Dicho de otra forma: “si no me quieren no valgo”, “es que me pasa algo”. Como refiere Nora Levinton (2000) “si me siento querida eso me hace sentirme valiosa y me hace mejorar la valoración que tengo de mi misma”.

Esto comporta, como a veces observamos, que la necesidad de sentirse querida sea más importante que la de recuperar la autonomía o el desarrollo personal.

Mientras la valía de las mujeres dependa de la aprobación de los “otros” y particularmente de los hombres, de “ser amada” para adquirir sentido, se reproduce un sistema de relaciones absolutamente perverso e insano.

Este temor a “perder la relación” hace que muchas mujeres al principio, desarrollen su espacio personal hasta un límite: el de no “entorpecer” la vida familiar. Otras tienen una situación familiar que les impide mostrar estos aprendizajes en casa, me refiero a la puesta de límites, comunicación, negociación, pero sin embargo pueden desarrollarlos en otros ámbitos, como por ejemplo en el trabajo, en las relaciones de amistad y en los grupos de empoderamiento, entre otros.

Ellas mismas dicen que en un periodo de su proceso, la pareja o personas de la familia incluso amistades les dicen cosas como:

“te sientan mal estos cursos”, “estas cambiada, rara”, “no hay quien te entienda”, incluso “estás muy rebelde y cabezota”.

Cuando el empoderamiento personal empieza a extenderse al espacio relacional, ciertamente los conflictos aparecen, es una realidad, dado que las posiciones que se ocupan cambian, entran intereses en oposición y se hacen visibles las diferencias, cuando anteriormente parecía que siempre había “consenso”. Esta etapa requiere del afianzamiento personal en su proceso unido a la adquisición de herramientas para manejar los conflictos.

La pareja debe re-negociar su funcionamiento, bajo otra estructura más igualitaria, con mayor equidad de tiempos y espacios (Sanz, 2016) algo que en ocasiones puede generar crisis, incluso a veces separaciones, y en otras puede dar lugar a nuevos pactos entre ellos, creando otra forma de estar de pareja.

Desde mi experiencia, las mujeres más mayores, de 65 años en adelante realizan cambios personales y en su relación, pero tienden a mantener la pareja. Suelen expresar: “ahora tenemos cada cual nuestros espacios”, “cojo mi tiempo y algunas cosas las compartimos y otras no”, “ya no hacemos tantas cosas juntos”, “yo cumplo en casa con mis tareas pero luego todo el tiempo es mío”, de alguna manera consiguen hacer un nuevo “pacto” de funcionamiento con la pareja.

Con diferencias en cada generación, el núcleo de esta construcción de vínculos en los que se reproducen las concepciones patriarcales de relaciones de poder, se puede observar en todas ellas, quedando expuestas a todo tipo de abusos y violencias. La violencia de género sigue siendo una realidad, según el Informe sobre la violencia contra las mujeres de la CAE (Emakunde, 2019) y se da en todas las edades.

En el caso de mujeres mayores (sobre todo el grupo mayor de 70 años), las circunstancias son especiales por lo que hablamos de mujeres especialmente vulnerables en las que la violencia, cuando la hay, puede haberse invisibilizado y normalizado durante mucho tiempo.

Con condiciones de vida y económicas que a menudo les abocan a una dependencia de su pareja o hijas/os, con la existencia de posibles problemas de salud, limitaciones físicas o sensoriales, a veces falta de apoyo familiar, soledad, etc.

Hay que tener en cuenta que las hijas/os no siempre quieren saber lo que ocurre, en otros casos, desean dar su apoyo pero tal vez no disponen de medios para ayudar a su madre, sobre todo cuando hablamos de separaciones.

Las dificultades económicas, de vivienda y salud hacen que vean muy difícil las posibilidades de cambios y ver inviable la

separación (Aycart *et al.*, 2019; Damonti *et al.*, 2018).

Cuando existe un maltrato psicológico y las mujeres deciden no separarse, la relación debe cambiar, asegurando la protección de la mujer y un mayor bienestar. En muchos casos son ellas mismas las que encuentran soluciones verdaderamente importantes y en ocasiones muy creativas. Desde un posicionamiento con un fuerte establecimiento de límites: “me respeta porque me ve muy fuerte y segura”; “ya no le permito que me hable como antes”; “he conseguido en casa mi propio espacio físico y fuera tengo mis amigas, ya no hago nada con él aunque se enfadaba al principio”.

Hasta cambios en la convivencia, sin separarse: “él se queda en el pueblo pero yo me vengo aquí, primero eran broncas pero ahora no le queda más remedio que aceptarlo”; “estoy gestionando ir a una residencia con habitaciones separadas”; “ya no dormimos en la misma habitación y casi ni nos vemos”; “a temporadas me voy donde mi hija y son espacios cada vez más largos”; “tenemos un trastero donde estoy yo todo el día con mis cosas, en casa hago la comida y limpio pero no hay más relación”.

Cuando esto ocurre, el grupo va a ser fundamental para poder acompañar este proceso y detectar cómo se van dando estos cambios y si realmente la mujer está

segura y encuentra una forma diferente y saludable de estar en la relación.

En muchos casos, al margen de que exista o no maltrato, la distancia entre lo que "desearían" en su relación de pareja y su realidad es muy grande, y pueden sentir insatisfacción personal, frustración o impotencia. Sobre todo cuando hablamos de relaciones de muchos años o de mujeres ya a partir de 65 años donde parece más difícil pensar en separarse.

Pero como ya sabemos, el proceso de empoderamiento no es lineal, puede haber una buena toma de conciencia y cambios psicológicos pero tal vez no puedan expresar los nuevos comportamientos en algunos espacios de relación. La posibilidad de operar cambios materiales, está sujeto a factores, como las condiciones de vida, laborales, económicas, entre otras, que condicionan las opciones y la posibilidad de elegir. Hay que hacerles visible sus cambios, valorar sus fortalezas y estrategias, ver en qué aspectos y espacios las relaciones están cambiando a favor de mayor equidad, libertad y bienestar.

Es en el ámbito familiar, donde las estructuras de poder son más rígidas, los cambios con más costosos (Batliwalla, 1997). Así que para algunas mujeres estos cambios serán posibles en algunas relaciones afectivas y en otras no, expresando también el sincretismo de género (Lagarde, 2007).

Es cierto que las relaciones afectivas están cambiando construyendo relaciones más igualitarias, pero debido al modelo amoroso interiorizado y a toda una serie de mitos, creencias y fantasías amorosas, en numerosas ocasiones, se sigue amando desde posiciones de subordinación y supeditación.

Hemos de aportar y desarrollar una mirada crítica, una toma de conciencia y una comprensión de cómo hemos aprendido a ser mujeres y a amar, visibilizando sus consecuencias, para posibilitar el cambio de creencias sexistas y la transformación de las relaciones, potenciando relaciones igualitarias, sanas y enriquecedoras.

Promover cambios en las relaciones afectivas requiere desmontar este modelo amoroso, fortalecer la autoestima y promover la autonomía, revisar la construcción de nuestros guiones afectivos (Sanz, 1995) y adquirir herramientas y habilidades que nos aporten nuevas formas de gestionar las situaciones. Además de ofrecer y experimentar vivencialmente modelos alternativos de relación, en lo que Fina Sanz (2016) llama el modelo de buentrato.

Trabajar el buentrato implica reconocer qué significa tratarse bien tanto a nivel interno, relacional como social.

Para ello la experiencia de grupo es fundamental. A partir de la aceptación de las demás personas, del respeto, la escucha,

etc., el grupo se constituye como espacio de buentrato y cuidado mutuo que refuerza el reconocimiento propio y la confianza personal.

Los buenostratos, permiten también contrarrestar los daños provocados por la violencia y crean referentes de otra forma de relacionarse desde posiciones horizontales con una nueva comprensión del poder (“poder con, y para”). Esto es esencial cuando hablamos de mujeres que han enfrentado diferentes violencias

En ocasiones las mujeres no han conocido una forma de trato saludable por lo que carecen de referentes de una forma de trato más allá de las relaciones de poder. Y en algunos casos el impacto que produce en sus vidas la experiencia de buentrato, genera una transformación profunda.

Reproduzco un comentario de una mujer tras un ejercicio sobre la vivencia en nuestra vida del buentrato: *“me siento enfadada, triste y contenta, todo a la vez. Enfadada porque nunca nadie me ha tratado así, triste por lo mismo y contenta porque ya sé lo que quiero”*.

Necesitamos experimentar este modelo, construir nuevas creencias acerca de las relaciones no sólo con los hombres sino entre nosotras, reconocer qué conductas nos acercan al buentrato y cuáles no, y generar referentes sociales y afectivos que conformen un imaginario colectivo potente.

Todo ello no sólo es la base de la prevención de la violencia de género, sino el camino para la transformación de las relaciones afectivas hacia nuevas formas de relación que sean saludables, placenteras y generen bienestar y crecimiento (Ferrer y Bosch, 2004; Sanz, 2004).

Cruzando la variable cambios a nivel de relaciones con la variable número de cursos realizados, podemos observar que, al igual que ha ocurrido en los otros cambios analizados, el primer supone el inicio de los mismos y a partir de tres o más cursos, muchas más mujeres observan estos cambios, apreciando una mejoría en todos ellos.

**Tabla 12. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos, según número de cursos realizados.**

	<b>Cambio de roles</b>	<b>Reciprocidad</b>	<b>Espacio propio</b>	<b>Limites</b>	<b>Comunicación</b>	<b>Otros</b>
Uno	25,0%	23,1%	23,0%	28,6%	32,6%	75,0%
Dos	0,0%	7,7%	17,6%	22,2%	17,4%	0,0%
Tres o más	75,0%	69,2%	59,5%	49,2%	50,0%	25,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia

Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción.

# Conclusiones

**“ En el feminismo los espacios grupales son uno de los medios privilegiados para transformar nuestras vidas. Se promueven las relaciones de apoyo y compañía en los procesos de cambio en un entorno protegido y seguro. El trabajo grupal ofrece un espacio para la autoescucha y la escucha de la experiencia de otras mujeres, lo que permite entender que las problemáticas son colectivas, con una metodología vivencial, compartiendo la experiencia de cada participante, sus interrogantes y dificultades, así como sus capacidades y conocimientos sobre la vida. ”**

---

**Belén Nogueiras**

**“ Lo primero saber quién soy realmente. Escucharme. Saber poner límites. Hacerme responsable de mis actos y sentimientos. Yo decido!!! Respetarme. Darme mis tiempos. Y sobre todo tengo muy claro, que el empoderamiento, empieza en mí, nadie me lo otorga. ”**

---

**Testimonio: Mujer, 57 años.  
Grupo de empoderamiento de Oñati.**

Según los resultados obtenidos de la encuesta, y a tenor de lo que las mujeres expresan en los grupos, podemos constatar que los grupos de empoderamiento no sólo generan cambios en la subjetividad y en la individualidad a favor de una mayor *Autonomía, Autoestima, Toma de Decisiones* y de un aumento del *Control de la Propia Vida*, sino que también producen un mayor *Bienestar* y una mayor *Recuperación* de determinados estados de salud y un cambio en las relaciones a favor de *Relaciones más Equitativas y Saludables*.

## 6.1 Motivaciones para participar en los grupos de empoderamiento

A nivel de motivación, **“la salud”** es la primera que está presente en casi todos los grupos de edad, sobre todo, a partir de los 40 años. Algo coherente con la teorización que desde el feminismo se hace en torno a la salud y los determinantes de género, ya que la socialización de género impacta en la salud física y mental de las mujeres.

Es evidente que los motivos que se aluden en las ruedas de presentación no recogen toda la realidad de por qué asisten a los mismos ya que pocas mujeres expresan al inicio y de forma abierta que vienen por encontrarse mal.

Pero el hecho es que durante estos años de trabajo con grupos de empoderamiento he podido observar que muchas mujeres acuden con problemas de salud en ocasiones de cierta gravedad. A veces vienen animadas por amigas que les recomiendan estos grupos para encontrarse mejor, otras veces, sencillamente buscan un espacio donde compartir sus problemas o preocupaciones. Lo cierto es que para las mujeres, “juntarse en grupos” siempre ha sido una práctica para recuperar el equilibrio, compartir y aprender.

Esto indica que los déficits de salud acompañan a un grupo importante de mujeres

que se acercan a los espacios de empoderamiento, en ocasiones con problemas de salud mental y emocional grave, lo que hace necesario tener formación para manejar estas situaciones y derivar cuando sea necesario.

La **“necesidad de relacionarse y salir de su entorno”** es la segunda motivación en porcentaje. Es algo que las mujeres suelen expresar en las ruedas de presentación y que pone en evidencia no sólo situaciones de soledad, sino la necesidad de conocer a mujeres diferentes, de reconocerse y de saber cómo viven otras mujeres situaciones similares y de establecer un espacio de encuentro. La motivación de relacionarse ante todo obtiene porcentajes más altos a partir de los 50 años.

Las Escuelas son conscientes de la importancia de este aspecto, y en ese sentido también pretenden ser lugares de encuentro, y de generación de espacios que se perciban como propios y compartidos desde donde potenciar la conciencia colectiva y desarrollar relaciones de sororidad.

En tercer lugar **“profundizar en el feminismo”**, dándose mayor porcentaje de mujeres entre los 40 y 60 años. En este caso nos encontramos con mujeres con poca formación feminista pero con ganas de

aprender y otras con un recorrido dentro del feminismo y/o con una conciencia feminista muy desarrollada pero con ganas de “mirar” desde el feminismo todos los temas propuestos.

Las motivaciones de **“formación”** y **“otros”** (curiosidad, o animadas por las amigas) obtienen puntuaciones más bajas.

Por edades, las motivaciones de las mujeres se reparten: en la menores de 30 años en formación y salud; entre 30-39 años salud, relacionarse y profundizar en el feminismo, por orden de puntuación; en el grupo de 40-49 años, salud, feminismo y formación; entre 50-59 años, salud, relacionarse con otras mujeres y feminismo; el grupo de 60-69 años al igual que entre las mujeres mayores de 70 años, salud, relacionarse y profundizar en el feminismo.

La edad, en tanto en cuanto representa generaciones que han crecido y vivido en contextos sociopolíticos diferentes, en ocasiones determina cuáles son sus necesidades, y por tanto sus motivaciones, ya que muestran las diferencias en las condiciones en que se han desarrollado sus vidas y los cambios en la rigidez de los constructos de identidad de género.

Es cierto que los talleres que abordan el empoderamiento psicológico y relacional (autoestima, gestión de las emociones, vínculos afectivos, entre otros) parece que, en general, generan mayor interés en

mujeres adultas a partir de las 40 años y sobre todo a partir de los 50 años.

Podemos deducir que el abordaje de ciertos temas, se suele realizar cuando surgen los problemas o interrogantes, cuando enfrentan o han atravesado situaciones difíciles o cuando sus experiencias vitales les generan contradicciones entre lo que sienten y lo que desean.

El facto de “generación de pertenencia”, no sólo va a incidir en su motivación para asistir, también en la elección de las temáticas, de las actividades, en cómo son sus procesos de empoderamiento y en su manera de implicarse y participar en estos espacios.

Las mujeres de mayor edad, o de entornos más rígidos respecto a su socialización de género, pueden necesitar a veces hacer un largo proceso de reestructuración de un “yo” que está más anulado, también pueden expresar dificultades para realizar cambios materiales o relacionales según cómo sea su entorno. Como ya se ha explicado, es en el ámbito familiar donde las estructuras de poder son más rígidas y están más afianzadas, con roles muy definidos y posiciones muy interiorizadas, sobre todo, en mujeres más mayores, por lo que los cambios son más lentos.

Desde mi experiencia, en estos grupos de edad, su motivación para participar suele estar relacionada con la existencia de

problemas emocionales, insatisfacción, y necesidad de establecer relaciones, percibiendo casos de soledad, aislamiento o falta de red de apoyo.

Suelen participar en actividades de empoderamiento psicológico preferentemente, valoran mucho que el curso esté relacionado con sus vidas y que refleje sus vivencias cotidianas. Suelen necesitar **periodos largos de tiempo**, dado que sus **procesos pueden ser más lentos o dificultosos** y porque en ocasiones este espacio es el único a nivel de grupo de apoyo donde pueden expresarse, algo dicho por muchas mujeres.

Las más jóvenes, también generalizando, educadas en la igualdad, por lo tanto tienen adquirida una mayor conciencia feminista, por lo que suelen utilizar los talleres para profundizar sobre aspectos concretos que les interesa, y más rápidamente pueden pasar a la comprensión en clave política y social acerca de las situaciones y vivencias personales. Su motivación aunque también haya un malestar emocional, suele ser por una necesidad de aprender y comprender lo que les ocurre y la asistencia en muchos casos, es **puntual o intermitente, eligiendo los temas de interés y demandando herramientas concretas para gestionar los problemas.**

Los grupos intergeneracionales permiten un reconocimiento y aprendizaje mutuo, reconocer sus distintas vivencias, las diferentes condiciones de vida, el peso de los mandatos, las estrategias desarrolladas y las fortalezas adquiridas, ver lo que ha cambiado y reconocer lo que perdura y se repite en el núcleo de la construcción de la identidad femenina.

En este sentido, las mujeres valoran mucho la posibilidad de encontrarse con mujeres de distintas edades, pudiendo entender las vivencias de cada cual, recogiendo saberes y fortaleciendo complicidades.

Un factor que condiciona la participación de un número importante de mujeres son los horarios, sobre todo en el caso de las mujeres que tienen horarios comerciales, mujeres que trabajan por cuenta propia también con horario de mañana y tarde, y las mujeres que trabajan en el cuidado de personas mayores que suelen tener poco tiempo libre.

#### **De todo ello podemos extraer varias conclusiones:**

- Las principales motivaciones para participar en los grupos son: los problemas de salud, la necesidad de relacionarse y salir de su entorno y profundizar en el feminismo.
- Los motivos que expresan en las ruedas de presentación no recogen la verdade-

ra demanda, dado que la problemática de salud no suele expresarse directamente. Sería interesante realizar hojas de recogida de datos que incluyeran esta demanda.

- La prevalencia de problemas de salud al inicio, indica que el punto de partida de muchas mujeres que inician un proceso de empoderamiento puede ser delicado y/o complejo, lo que va a requerir conocer la manera de abordar estos síntomas dentro del propio taller y/o ver las necesidades concretas de cada mujer.
- Por ello, es fundamental tener formación en salud mental para manejar estas situaciones y proponer ayudas o derivaciones cuando sea necesario.
- Las Escuelas y los talleres de empoderamiento están actuando como espacios de encuentro entre mujeres, de creación de red en los municipios. A veces se establecen nuevos vínculos de amistad e incluso en algunas ocasiones han surgido Asociaciones.
- Esta capacidad de crear complicidades y red es muy importante, tanto para las mismas mujeres ya que generan complicidades, desmontan prejuicios acerca de la relación entre las mujeres y desarrollan formas nuevas de colaboración y apoyo mutuo, como para crear tejido comunitario y poco a poco poder

extender estos procesos de empoderamiento a la participación social.

- En los grupos de empoderamiento se advierten las diferencias de socialización tanto en sus motivaciones iniciales, en sus estados de salud, en su ritmo y proceso y en la manera de vincularse con las Escuelas.
- Las mujeres más mayores suelen participar durante periodos largos de tiempo con procesos que pueden ser más lentos y complejos, además a menudo este espacio es el único que tienen a nivel de grupo de apoyo.
- Las más jóvenes acuden con un deseo de comprender qué les ocurre y adquirir herramientas, por lo que su participación puede ser puntual eligiendo los temas de interés, con procesos de cambio más rápidos y en general pasando más rápidamente de lo personal a lo político.
- Los grupos intergeneracionales permiten observar las diferencias y flexibilización de determinados mandatos de género y también los aspectos que se repiten y perduran.
- La diversidad, de edades, culturas, etc., es algo muy valorado por todas las mujeres, les ayuda a comprenderse, a conocer sus realidades, a desmontar estereotipos y prejuicios y a reconocer aprendizajes y saberes.

## 6.2 Estados de salud iniciales

El trabajo en la promoción y cuidado de la salud desde el feminismo puso de relieve cómo determinados factores de género afectan a la salud física y psicológica de la mujer y de los hombres, y por ello la necesidad de relacionar las condiciones de vida y la posición en las relaciones con la salud física y mental y cuestionar los mandatos y modelos de género.

Desde el feminismo interesa desvelar el impacto de las desigualdades de género en la salud, es decir, las “diferencias evitables, innecesarias e injustas, debidas a modos de vida condicionados por el género” (Velasco, 2009: 105),

La discriminación de género tiene efectos directos en la salud de las mujeres a nivel de: falta de autoestima y valoración personal, falta de proyectos propios, fuertes frustraciones, sentimientos de no valía, de impotencia, cuando no de sumisión y dependencia, pautas comunicativas y emocionales dañinas, expectativas puestas en el “otro” como vertebrador de la propia vida, condiciones de vida material y económica que condicionan su bienestar y además del riesgo de sufrir violencias de todo tipo.

Podemos así hablar de factores de género, o determinantes de género, que condicio-

nan la salud física y psicológica. Una parte de estos factores afectan a nuestra vida a nivel material y otros afectan tanto a nuestra subjetividad, a nuestros comportamientos e interpretaciones de la realidad como a la manera de responder a ella.

Estos determinantes subjetivos, están ligados a la interiorización de roles, a la adjudicación y asunción de responsabilidades, estereotipos (corporales, comportamentales, etc.) que, al constituirse como mandatos, generan problemas tanto al cumplirlos, por el impacto que tienen en la vida y salud de las mujeres, como al desobedecerlos, por la sensación de “falta de adecuación”, “de no cumplir expectativas”, lo que acarrea muchos miedos y culpabilidad.

Es constatable el porcentaje tan elevado de mujeres que acuden a los espacios de empoderamiento con malestares, diagnosticados o no. En algunos casos, pueden ser graves e invalidantes, como es el caso, por ejemplo, de las depresiones severas o de los estados de ansiedad generalizada; en otros casos, en cambio, pueden ser estados de ánimo muy “normalizados” con los que conviven cotidianamente.

También participan mujeres que se encuentran en periodo de crisis, de se-

paración de pareja, otras que han sufrido violencia machista en algún período de su vida (hay casos de abusos sexuales en la infancia, de malos tratos por parte del padre o de parejas anteriores, víctimas de agresión sexual, entre otros casos que he observado).

En todos estos casos la autoestima empeora, pero cuando ha habido una vivencia de violencia, ya que éste es uno de los aspectos más dañados como consecuencia del trauma. En los datos de este estudio, se observa que la falta de una buena autoestima acompaña muchos déficits de salud emocional.

Tras los problemas de autoestima, la ansiedad aparece en segundo grado de relevancia. De alguna forma está presente en todas las franjas de edad y es algo que expresan un gran número de mujeres, siendo una demanda habitual en temas de salud.

Le sigue la existencia de malestares difusos, no diagnosticados. Categoría que engloba síntomas diversos (falta de energía, sensación de vacío, de insatisfacción, frustración, cambios de humor, entre otros) que minan la salud de las mujeres a lo que en ocasiones se añade el sufrimiento por la sensación de incompreensión y desconocimiento sobre lo que les ocurre.

Y muy de cerca a nivel de porcentajes otros problemas de salud como la fatiga crónica,

dolores musculares, o fibromialgia.

La depresión en estos datos, aparece con menor porcentaje de respuestas.

Conocer los estados de salud al inicio nos aporta una imagen de cómo están las mujeres, por tanto de qué metodologías son adecuadas o no, y también de analizar sus necesidades para poder ofrecer actividades adecuadas.

La presencia de problemas de salud sigue siendo, como vemos, una realidad y una demanda explícita o implícita que hay que atender, pero parece evidente una evolución en la expresión de los malestares de género debido a los cambios en la socialización y las condiciones de vida respecto a generaciones anteriores.

Las transformaciones sociales a favor de escenarios más igualitarios, mejores condiciones de vida y laborales, mayor conciencia de sus derechos, más autonomía, mayor formación y adquisición de habilidades, van a tener un reflejo en diferentes formas de comportamiento, en una mayor capacidad de gestión de situaciones diversas y en formas diferentes de expresar los conflictos internos, es decir de enfermar.

Si tuviera que hacer un relato de cómo va cambiando la expresión de los malestares de género, me atrevería a decir que de la depresión asociada a niveles de sumisión

y de falta de posibilidades de autonomía, hemos ido pasando a generaciones donde las mujeres estamos ante todo cansadas y con ansiedad.

Entre las mayores de 70 años es donde se siguen dando mayores casos de depresión, pero también la ansiedad y el malestar de género están presentes.

A partir de los 50 años se observa cansancio, frustración y ansiedad.

La negación de derechos, de espacios propios, la entrega a “los-otros” en detrimento de una misma y la imposibilidad de expresar los sentimientos y deseos, suele ir relacionada con niveles de depresión. Cuando las mujeres adquirimos derechos y los exigimos, nos apropiamos de “la palabra” y de nuestros deseos, sigue surgiendo el conflicto interno y/o externo entre “yo y los otros”, a veces una dificultad de encontrar soluciones, con miedo, impotencia o culpabilidad, que correlaciona con niveles altos de ansiedad.

Las mujeres entre los 50 y 65 años, son generaciones parejas a la lucha feminista por los derechos de las mujeres tienen porcentualmente una mayor conciencia feminista, una mayor autonomía económica, pero no afectiva, están atrapadas con dobles y triples jornadas agotadoras y siguen ejerciendo el rol de cuidadora principal. De modo que el cansancio y la ansiedad y en muchas ocasiones el

enfado, es algo observable en los grupos.

Y nos encontramos con mujeres más jóvenes, entre los 30 y 49 años, a menudo, exitosas en lo profesional, con una gran preparación, inmersas en la vorágine del mundo productivo y con serias dificultades de negociar consigo mismas para poder conciliar sus diversos proyectos personales, con necesidad de crear nuevos modelos de pareja y de crianza cuando se opta por ello. A nivel sintomatológico la ansiedad, malestares difusos y en ocasiones también la inseguridad personal y el enfado, están presentes de forma considerable.

Las menores de 30 años, a pesar de las condiciones de vida y de la educación, siguen sintiéndose inseguras, con baja autoestima y con ansiedad. Con modelos sociales, corporales y de belleza difíciles de alcanzar, una gran auto-exigencia de “éxito” en todo lo que abordan, en ocasiones, con deseos de encontrar modelos de relación afectiva-sexual que les satisfaga, con mucha incertidumbre respecto a su futuro, economía, vivienda y trabajo, a veces con conflictos y/o con malas condiciones laborales.

Y todas seguimos enfrentando diferentes tipos de violencias y abusos, vivimos contradicciones entre deseos que nos impelen a la autonomía y, al mismo tiempo con mandatos que nos encorsetan (los man-

datos acerca de los cuidados) en una tensión de deseos contrapuestos, a veces de difícil resolución.

Seguimos atrapadas, en mayor o menor medida, en el deseo de ser amadas y de agradar y complacer como forma de sentirnos reconocidas y validadas. También vamos ensayando formas diferentes de estar, amar, expresarnos y hacer, sabemos lo que no queremos y reconocemos cada vez más claramente que las causas se encuentran en la esfera socio-política.

Todo ello se va a expresar a través de nuestro cuerpo, por lo que estos malestares y síntomas de salud necesitan ser "traducidos" y comprendidos.

**En relación a todo ello y con los datos recogidos, es importante destacar que:**

- La socialización y los mandatos de género tienen una correlación directa con la salud psicológica y física de las mujeres y esto lo podemos observar y corroborar en los grupos de empoderamiento.
- Los principales problemas de salud que se observan al inicio tienen que ver con la baja autoestima, la ansiedad y los malestares difusos.
- A partir de los datos y por lo que he podido observar durante estos últimos años en los talleres, se aprecia un cambio en la expresión de los males-

tares de género. Baja la incidencia de estados depresivos, se mantienen los problemas de autoestima y suben los niveles de ansiedad. Por supuesto, habrá que seguir ratificando esta tendencia a través de similares experiencias que puedan confirmar la evolución de dichos malestares.

- Las mujeres, sobre todo, las mayores, a partir de 69 años, llegan con problemas de salud importantes y, muchas veces, con problemas de salud crónicos tanto a nivel de salud mental como de dolencias físicas. En algunos casos, incluso con un alto porcentaje de medicación. Y con unos mandatos de género mucho más estrictos, algo que condiciona su salud y desarrollo.
- Las mujeres entre los 50 y 69 años, acusan un gran cansancio, ansiedad y en muchas ocasiones enfado.
- En la mayoría de las mujeres más jóvenes, entre los 30 y los 49 años, los factores de salud tienen relación con la dificultad para conciliar deseos, con la presión de los modelos corporales, con preocupaciones acerca de la maternidad y los modelos de pareja y una gran auto-exigencia que les genera mucha ansiedad y frustración.
- Los determinantes socio-laborales ligados al género adquieren fuerza. Experimentan un mayor empobrecimiento

relacionado con las condiciones y oportunidades profesionales, el sexismo, abusos de poder, la discriminación, los conflictos relacionales dentro del trabajo, son aspectos, entre otros, que afectan y condicionan la vida de las mujeres durante toda su etapa laboral tanto a nivel de salud como de tiempo-espacio y elecciones.

- Uno de los factores de pérdida de salud en todas las edades tiene que ver con la existencia de las distintas violencias que enfrentamos las mujeres, micro y macro, psicológica, simbólica, física, sexual, estructural, y por supuesto en las relaciones afectivas. Por ello, cuando abordamos la salud, este aspecto debe tenerse siempre en cuenta, indagando acerca sobre cómo son sus relaciones afectivas y laborales, entre otras.
- Sería interesante una investigación más exhaustiva sobre la salud en las mujeres, para ver de qué forma están incidiendo los determinantes de género en cada generación, qué mandatos han cambiado, cuáles perduran, cómo condicionan a su autoestima, entre otros, sobre todo en las mujeres más jóvenes.
- Cuanto mayor sea la problemática de salud más recorrido y tiempo necesitan en su proceso de empoderamiento.
- Conocer los estados de salud nos puede permitir ajustar actividades, adaptar

dinámicas y metodología y desarrollar formas de intervención más adecuadas.

- Es importante también detectar la necesidad de problemáticas específicas que puedan requerir de una derivación a otro recurso, como el caso de mujeres que están afrontando situaciones difíciles de duelo, enfermedad o crisis, o que están enfrentado violencia de género, entre otros.
- El grupo como apoyo tiene un gran valor para personas con problemáticas de salud complejas.
- En las Escuelas el abordaje de la salud puede hacer a través de talleres específicos sobre diferentes temáticas de salud desde una perspectiva feminista, pero ante todo lo fundamental es que se tenga en cuenta la salud en todos los talleres en los que se realice un trabajo emocional y que impacte en la subjetividad.
- Por ello, desde mi punto de vista considero necesaria una formación en psicología o psicoterapia, en feminismo y por supuesto en dinámica de grupos, en cursos con contenidos emocionales y psicológicos.
- Desde los espacios de empoderamiento hemos de aportar una mirada diferente acerca de la salud, ponernos las gafas

moradas, ayudando a poner palabras a lo que se siente y a entender el síntoma en lugar de establecer diagnósticos de encorsetan, relacionando el sufrimiento con las condiciones sociales y de género y con las relaciones de poder.

- Sería interesante dar a conocer el trabajo que se hace en los grupos de empoderamiento en los Centros de Salud y que de esta manera pudieran derivar a las mujeres a estos recursos.

## 6.3 Conclusiones respecto a los cambios percibidos en sus vidas

### 6.3.1 Conclusiones respecto a los cambios generales

Los mayores cambios generales que asocian con la participación en los cursos tienen que ver con la **mejora de la autoestima y la seguridad personal**, con el **aumento de la toma de decisiones respecto a las propias necesidades** y con el **establecimiento de las necesidades y prioridades propias**.

Estos tres aspectos se relacionan con el aumento de la *Agencia, Autoestima y Autoafirmación*, y se correlacionan con una mayor autodeterminación, responsabilidad, y seguridad en sí mismas. Además, son elementos necesarios para ir creando un *Espacio Propio*, otro pilar central en este proceso y que, puede provocar cambios en las relaciones a favor de una mayor igualdad.

La mejora de la autoestima incluye: una mayor conciencia de sí misma, una reestructuración del “yo” anteriormente debilitado y relegado a segundo plano, capacidad de autocuidado, tener un buen concepto de sí misma, mayor auto-valoración y aceptación, un sentimiento de autoeficacia y seguridad y confianza en una misma.

La autoestima en cuanto a reelaboración de un “yo” propio es muy importante y es un indicador significativo de empoderamiento.

Sólo desde una conciencia de un yo único y diferente se pueden identificar los propios deseos, necesidades, y desde ahí asumir la responsabilidad de atenderlas.

Sin embargo, ser socializadas como mujeres, implica toda una serie de renuncias a nuestras capacidades o a nuestros proyectos personales, y una construcción de la autoestima dependiente o subsidiaria de la aprobación de los demás. Así mismo, supone no sólo la disponibilidad y renuncia a las necesidades y deseos propios, sino poner el reconocimiento de nuestra valía en la *mirada-del-otro*, por tanto en ocasiones *tener valor* supone responder a las expectativas ajenas.

El desarrollo del *autocuidado* es una de los primeros pasos, en los talleres se trabaja a partir de la escucha del cuerpo, con la reconexión con nuestros ritmos y emociones introduciendo la idea de responsabilidad y buentrato interno.

A partir de ahí, con la propuesta de dedicar un espacio para ello, se va desarrollando la conciencia del espacio y tiempo propio, que implica darnos nuestro lugar, desarrollar la idea de una individualidad independiente, priorizarnos, tomar decisiones concernientes a nuestra vida, acerca de lo que se quiere hacer. Todo ello,

posteriormente va a llevar a la necesidad de desarrollar habilidades comunicativas, de resolución de conflictos, negociación y puesta de límites.

El avance en la toma de decisiones indica un mayor nivel de autoafirmación y la idea de priorizarse, implica un cambio psicológico a favor de poder ponerse en el centro de la propia vida que implica la escucha de una misma, el autoconocimiento, asumir y tomar responsabilidad de las necesidades propias, sin relegarse a un segundo plano. Ello indica que entre el deseo de complacer y el de tenerse en cuenta, hay un cambio a favor una mayor autoafirmación.

Para poder tomar decisiones es básico primero priorizarse, reconocer que nuestro deseo y el de los otros es diferente, observar también, cómo incluso la construcción del deseo está condicionado por los mandatos patriarcales. Sostener la incomodidad y la culpabilidad cuando hay disparidad en nuestros intereses, aprender a gestionar y solucionar estos desencuentros o conflictos, expresar lo que se quiere sin “pedir permiso”, y negociar, acordar o poner límites cuando sea necesario.

Ambos aspectos implican la toma de conciencia del espacio personal y también nos habla de definición y capacidad de “desarrollar agencia”. Con esta idea nos referimos a gestionar la propia vida,

*“definir sus propias agendas”*, algo que se relaciona con la capacidad de definir los propios intereses y necesidades (qué quiero, cuándo, cómo, con quién, qué proyectos tengo, entre otros), tomando las decisiones necesarias para ocuparse de ellas.

Las decisiones que tomen deben ser relevantes para sus vidas y suponer un avance en el desarrollo de la autonomía y empoderamiento e impactar en las posiciones que ocupaban en sus relaciones. Para ello, hay que capacitar a las mujeres en un análisis de la realidad, poniendo la mirada en los factores que generan desigualdad, y en cómo éstos han condicionado sus decisiones.

Así, en los grupos hay que promover una reestructuración personal, reconociéndose como seres individuales, diferentes. A partir de ahí: autoestima, espacio personal, priorizarse (ponerse en el centro) y tomar decisiones, se constituyen en motor de cambios personales y en las relaciones.

Por edades podríamos sintetizar que el mayor número de respuestas se concentran en cambios a nivel de **mejora de la autoestima**, sobre todo a partir de los 40 años.

La **toma decisiones** es el segundo cambio en porcentaje, y aparece con mayor concentración de elecciones entre los 40 y 69 años. No obstante el número de mujeres

de 70 años es considerable y dadas las dificultades en estas edades, es algo a tener muy en cuenta.

El tercer cambio, muy cerca del anterior, es **priorizarse**, aparece señalado en prácticamente todos los rangos de edad.

Las mujeres menores de 30 años reparten sus respuestas entre: toma de decisiones, priorizarse y autoestima.

Entre las mujeres que han señalado cambios a nivel de mayor **conciencia feminista**, obtiene porcentajes en todas las edades salvo en las menores de 30 años, pero la mayor proporción tiene lugar en el grupo de 50-59, seguido del grupo de 40-49 años.

Comparando estos datos con las valoraciones que expresan al finalizar los cursos, muchas mujeres de esta edad expresan abiertamente que ven las cosas de otra manera, y que el feminismo les ha "abierto los ojos". Aunque se sigue observando la dificultad de utilizar este término y definirse como feminista, sobre todo en mujeres más mayores.

La opción **otros** aparece unida a especificaciones como "me encuentro mejor en general", "me siento motivada y reforzada" y "me he reafirmado en lo que pienso", reúne porcentajes más bajos y el mayor número de respuestas se da en el rango de entre los 50 y 59 años.

De nuevo es importante que conozcamos las particularidades de cada época para entender cómo ha podido ser su proceso de socialización, la carga normativa de género, las fortalezas desarrolladas y las dificultades que han vivido y con las que todavía se pueden enfrentar.

A partir de los datos, de sus aportaciones en las ruedas de valoración y de lo que he podido observar, **se pueden extraer una serie de conclusiones:**

- Los grupos de empoderamiento para mujeres tienen resultados positivos en cuanto a desarrollar una mirada nueva para comprender su situación, tomar conciencia de las causas de la desigualdad y sus consecuencias, de la interiorización de las normas y valores culturales sobre cómo debemos ser, de los roles asignados y los mandatos interiorizados.
- Las mujeres señalan ante todo que los mayores cambios generales que asocian con la participación en los cursos tienen que ver con la mejora de la autoestima, con el aumento de la toma de decisiones y el hecho de priorizarse a sí mismas en sus vidas.
- El pilar básico es la construcción de ese "yo", que se desarrolla a través de diferentes fases: primero la recuperación de la salud emocional y psicológica, iniciando un proceso de autocuidado, una

toma de conciencia del propio espacio, un reconocimiento de las dificultades y fortalezas y un fortalecimiento de la autoestima.

- También expresan en las ruedas de valoración que hay una mejoría su salud, su satisfacción vital, dedican más tiempo a actividades para la realización personal y la participación social, se sienten menos culpables, establecen fuertes vínculos de complicidad y a veces de amistad.
- En muchas mujeres se observa una fuerte exigencia de éxito en todo lo que desempeñan y la necesidad de responder a las demandas tanto propias como ajenas, con el considerable sentimiento de frustración y culpabilidad.
- El trabajo en grupo permite colectivizar las vivencias y realizar una comprensión en clave de género, flexibilizar la autoexigencia, rebajar la autocrítica y conectar con el derecho al disfrute.
- Esta conciencia de grupo también va actuar como movilizadora del cambio, permitiendo liberarse de la culpabilidad, entender y gestionar los miedos compartidos y “darse permiso” para el cambio.
- Los cambios, primero se inician en lo personal, en el “adentro” y después se extienden a las relaciones. Se inicia un proceso de empoderamiento psicológico a nivel cognitivo y emocional, un

cambio de creencias y de actitudes y posteriormente un empoderamiento relacional dado que va a impactar en el orden y funcionamiento habitual dentro de las relaciones de género.

- No siempre los nuevos comportamientos los pueden expresar en todas sus relaciones, dado que el empoderamiento no es homogéneo ni lineal en todas las facetas y ámbitos de la vida y pueden encontrarse con grandes obstáculos y dificultades, sin que por ello no sea real su transformación. La familia constituye uno de los sistemas más rígidos y resistentes al cambio.
- Se observa que los cambios se perciben desde el primer taller (con una duración trimestral) ya que en muchas ocasiones éste suele ser una experiencia positiva y muy movilizadora. Esa sensación es menor con dos cursos y vuelve a elevarse esa percepción de cambios tras la realización de tres o más cursos, lo que equivale a un curso escolar, con una consolidación de los mismos que incluso es observable externamente.
- Cuando se trabajan aspectos relacionados son la identidad y la subjetividad, los cambios para que sean estables requieren de más tiempo, sobre todo, en generaciones socializadas con códigos de género más estrictos, o mujeres con problemáticas de salud importantes o entornos muy tradicionales.

## 6.3.2 Conclusiones respecto a los cambios en la salud

El restablecimiento de la salud es el primer paso para poder realizar un proceso de empoderamiento, máxime cuando además, muchos problemas de salud son expresión del peso de los condicionantes de género, de las condiciones de vida y las posiciones en las relaciones que el patriarcado impone a las mujeres y de las contradicciones y conflictos que todo ello implica.

“Desde el punto de vista feminista, la salud es un tema clave en el bienestar, la libertad, la emancipación, el acceso a los bienes y recursos y el empoderamiento personal y colectivo de las mujeres” (Nogueiras, 2013:8).

Ya se ha expuesto que, desde el inicio, la salud es un aspecto motivacional muy importante para participar en los grupos, que hay una diversidad de sintomatologías y malestares, tanto físicos como psicológicos, y que incluso en mujeres que no vienen por estos motivos, la salud es deficitaria.

Ello implica poner el foco en esta situación y tener presente cómo abordar estos aspectos. No sólo se trata de realizar talleres que aborden la salud, como puede ser talleres sobre gestión de las emociones, mindfulness, autocuidado, alimentación, gestión del duelo, entre otros,

sino de tener presente sobre todo en los talleres donde se trabajen aspectos emocionales y psicológicos, que pueden haber mujeres con diferentes sintomatologías, asociadas en parte a los roles y mandatos de género, que requerirán de una atención específica y tal vez de una adecuación de determinadas dinámicas y ejercicios.

Podemos decir que los procesos de empoderamiento generan cambios a favor de una mejoría en la salud, las mujeres advierten en los talleres que tras sus procesos de empoderamiento sienten un mayor bienestar y una mejora de la salud física y mental.

Desde los espacios de empoderamiento, no sólo hemos de brindar herramientas para la autogestión y el autocuidado, hemos de poner en relación la sintomatología con los determinantes de género.

Dicho de otro modo, hemos de visibilizar cómo la construcción patriarcal de género incide en la salud física, emocional y mental de las mujeres, debido a las condiciones en que las mujeres crecen y se desarrollan, a la interiorización e incorporación de los mandatos tradicionales de género, a la asunción y el desempeño de los roles asignados, al trabajo doméstico y de cuidados, a la vivencia del cuerpo y la sexualidad (un cuerpo que se vive

como objeto para otros) a la renuncia a los propios proyectos, a la violencia estructural y la falta de poder.

Con ello posibilitamos realizar un análisis feminista que permita pasar de lo personal a lo político. Pasar de terapeutizar la vida de las mujeres, atribuyendo sus problemas de salud a déficits o carencias personales, a comprender cómo una determinada estructura social, impacta en su salud, siendo un problema que va más allá de lo personal.

Desde esta mirada, el síntoma se convierte en la expresión de algo más interno, una señal visible de un conflicto no visible. Cuando podemos entender qué aspectos hay implicados en esa expresión de malestar, podemos abordar el camino de la recuperación a partir de un cambio en nuestras vidas que implique un cambio en las condiciones y mandatos interiorizados, es decir a partir de un proceso de empoderamiento.

No toda la sintomatología tiene la causa en el peso de los determinantes de género, por ejemplo en casos de pérdidas, enfermedad grave propia o de un ser querido, en separaciones, por ejemplo, pero incluso en estos casos las atribuciones de responsabilidad, las actitudes, al autocrítica, la culpabilidad y la manera de gestionar la situación y las emociones, muestran un claro peso de los mandatos y roles con los

que nos hemos socializado como mujeres.

El apartado de cambios en la salud, debían responderlo sólo las mujeres que habían elegido esta motivación para participar en los talleres. No obstante, un número elevado de mujeres también marcó cambios en su salud.

Esto se puede explicar en parte a que hay mujeres que conviven de forma poco consciente con determinados problemas de salud, incluso los pueden normalizar, por lo que no se perciben como *déficits* de salud (falta de energía, cansancio, dolores generalizados, musculares, jaquecas habituales, dolor menstrual, entre otros). Y también, puede indicar que, sea cual sea su estado inicial, perciben un cambio a favor de una mayor energía, optimismo, sensación de equilibrio emocional, por lo que toman conciencia de que hay un cambio considerable a nivel de bienestar físico y psíquico.

Respecto a los cambios en su salud valorados por ellas como significativos, los datos muestran que el **manejo de las emociones, la mejora de la autoestima y la bajada de sintomatología**, son los tres cambios que mayor porcentaje de respuestas han acumulado, cambios que han notado en sus vidas tras lo cursos.

La **“mejora en la gestión y manejo de sus emociones”** es fundamental para el bienestar y el equilibrio psicológico. Implica un

mejor autoconocimiento acerca de sus emociones y también desaprender todo lo relativo a las emociones, ya que a menudo nos sentimos avergonzadas, culpables, inadecuadas por lo que sentimos. Tampoco hemos adquirido formas saludables de regulación, canalización y expresión de las mismas.

Desarrollar esta competencia supone una mejora en la capacidad de autogestión emocional, una mayor conciencia de sus sensaciones y emociones, mayor capacidad de análisis y comprensión de lo que les ocurre, y capacidad para abordar su salud emocional con las herramientas adquiridas.

Es curioso observar que en todas las edades este ámbito es deficitario, por lo que necesita revisarse y promover la adquisición de habilidades. De hecho no extraño que este tipo de talleres sean de los más demandados (talleres sobre salud emocional, inteligencia emocional, gestión de emociones, mindfulness, etc.) en prácticamente todas las generaciones.

La **“mejora de la autoestima”** aparece en segundo lugar. Ya se ha expuesto el papel central que tiene la autoestima en la propia reestructuración y es evidente que cuando ésta mejora, conlleva una sensación de seguridad, de aceptación de una misma y de coherencia interna que aporta equilibrio psicológico y bienestar.

La **“disminución de síntomas”** es el tercer cambio que evidencian, constituye un cambio significativo, pero hemos de ser conscientes de que hablamos de muchos síntomas diferentes que requieren procesos y tiempos distintos y de que existen problemas asociados experiencias de violencia, que además de tiempo requerirán en ocasiones, ayuda médica o psicológica especializada.

En lo que respecta a la **disminución de la medicación** es un aspecto delicado, que requiere tiempo y supervisión médica.

La opción **“otros”**, las mujeres que lo han señalado, expresaban que sentían más energía, más optimismo, es decir, resaltaban cambios emocionales en positivo que relacionaban con la participación en los talleres.

En las personas, tanto la representación intrapsíquica como la representación social, que constituyen la subjetividad, se instalan en el cuerpo y es ahí donde se manifiestan los síntomas y el malestar psicológico (Dio Bleichmar, 2000).

Se podría decir, que los condicionantes de género han dibujado cuerpos que reflejan las carencias, los miedos, las presiones sociales, etc., por lo que recuperar nuestro cuerpo, supone deshacer muchos nudos, reconectar con nuestros deseos genuinos y nuestras necesidades reales.

En general, todo el proceso de atención a su salud requiere un trabajo de toma de conciencia, de conexión con su cuerpo, de respiración, y de regulación emocional. En este sentido el trabajo corporal y de la respiración cobra una gran relevancia.

Hay que tener en cuenta que debe ser un trabajo progresivo y cuidadoso, en ocasiones difícil, incluso imposible para algunas mujeres que hayan vivido sucesos traumáticos (maltrato, abusos o agresiones sexuales, etc.) ya que el cuerpo en esos casos no es un espacio de seguridad. Manejar los tiempos, y el ajuste de los ejercicios es básico en estos casos.

Relacionando los cambios percibidos con la edad, el mayor porcentaje de respuestas se centra en la mejora de la autoestima, y en el manejo de las emociones, sobre todo a partir de los 40 años en adelante.

La disminución de la sintomatología recoge menor porcentaje de respuestas, sin embargo se reparte en todos los grupos de edad de forma muy similar. Entre las que han señalado un cambio en la disminución de los síntomas, los mayores porcentajes de respuesta se dan entre los 60-69 años

Las mujeres entre 30-39 años ante todo han marcado el mejor manejo de sus emociones y la disminución de síntomas.

Las menores de 30 años constituyen un

número muy bajo, y los cambios marcados se reparten entre disminución de síntomas, mejor manejo de las emociones y mejora de la autoestima.

Las mujeres mayores de 70 años concentran sus respuestas sobre todo en la mejora de la autoestima, seguida de una bajada de la sintomatología y en el manejo de las emociones.

**A partir de los datos, de sus comentarios, hay aspectos reseñables a tener en cuenta:**

- Un proceso de empoderamiento debe atender a las necesidades de salud y empezar por restablecer el bienestar físico y mental.
- Las mujeres advierten que tras su participación en los talleres y su proceso de empoderamiento, sienten un mayor bienestar y una mejora de la salud física y mental.
- Los cambios que las mujeres señalan y valoran como importantes a nivel de salud tienen que ver ante todo con un incremento de la autoestima, por tanto, un mayor bienestar consigo mismas y con la adquisición de herramientas para gestionar las emociones.
- En todos los grupos de edad tiene lugar una mejoría de la sintomatología.
- La bajada de medicación es algo que

algunas mujeres relatan en los talleres y se observa en este estudio, pero es un proceso que requiere de supervisión médica y tiempo.

- Es fundamental trabajar en el reconocimiento y afirmación como “sujeto-de-la-propia vida”, sentir nuestra “mismidad”, activar el autocuidado, la autoescucha y el aprendizaje de herramientas para una mayor auto-regulación emocional.
- En el tema de la salud, el problema de las distintas violencias que enfrentamos las mujeres, debe tenerse siempre en cuenta, acompañando el proceso.
- La discriminación, la subordinación, las desigualdades, las relaciones de poder, las diferentes formas de violencia que enfrentan las mujeres, los roles que se reproducen en relación a las tareas de trabajo doméstico y de cuidados, y otros factores que interseccionan mutuamente condicionan seriamente la salud de las mujeres y generan en ocasiones profundos daños físicos y psicológicos.
- El grupo es un espacio que permite acompañar y apoyar desde la seguridad y ayudar a restaurar estos daños. Ayuda como catalizador de vivencias y emociones y también a reconocer otras vivencias y a mujeres diferentes. En ocasiones, y según ellas cuentan, el mero hecho de compartir, de compren-

der lo que les ocurre en clave de grupo, les ayuda a desculpabilizarse y a sentirse mejor.

- El aspecto de la salud se puede abordar bien sea con talleres específicos, no tanto en el sentido de grupo terapéuticos, sino como grupos de autoconciencia, reflexión y aprendizaje de herramientas de autogestión de la salud. Y también de manera transversal en todos los talleres que tengan un contenido emocional y se trabajen aspectos psicológicos.
- Desde los espacios de empoderamiento, la recuperación de la salud debe apoyarse en el desarrollo de una mirada feminista, desde un enfoque que ponga en relación los factores biológicos, socioeconómicos, psicosociales y de género. Así, habrá que visibilizar cómo los determinantes de género (modelos, roles y mandatos de género interiorizados) determinan formas de vivir, dando lugar a formas diferentes de enfermar por el hecho de ser mujeres u hombres.
- De esta manera mejorar la salud no pasa por criterios de adaptabilidad, pasa por posibilitar la reestructuración personal, generar cambios en la subjetividad, en los roles y mandatos de género aprendidos y en las posiciones que se ocupan en las relaciones de género, en definitiva por realizar un proceso de empoderamiento.

- Cuando incidimos sobre los determinantes sociales y de género, podemos pasar de lo personal a lo político, ofreciendo claves que pueden facilitar la comprensión de sus malestares y por tanto el camino de la recuperación.
- Por lo tanto, es imprescindible una metodología diferente que promueva el empoderamiento, con intervenciones libres de prejuicios, sin etiquetar. Ayudando a poner palabras y comprender lo que ocurre, sin culpabilizar ni patologizar, permitiendo a las mujeres canalizar y expresar sus emociones, engarzando sus vivencias y malestares con las experiencias colectivas de género, brindándole herramientas de autocuidado y autogestión y desarrollando una mirada crítica sobre las causas estructurales que subyacen en todos estos problemas.
- Sería interesante que en las evaluaciones finales que realizan las mujeres, se pudiera recoger un ítem sobre los cambios en la salud, dado que puede ser un indicador de empoderamiento.
- Es importante que desde los centros de salud o los servicios sociales se conozcan estas experiencias, informando y alentando a mujeres que puedan aprovechar los espacios de empoderamiento, potenciando el trabajo en red.
- Podemos decir que los procesos de empoderamiento generan cambios a favor de una mejoría en la salud y sería interesante seguir realizando investigaciones en este sentido.

## 6.3.3 Conclusiones respecto a las relaciones

Un proceso de empoderamiento debe incidir en la reflexión sobre las relaciones de género, promover el cambio de posición en dichas relaciones pasando de la subordinación a la autonomía, y generar relaciones de igualdad. Así mismo, promover la conciencia colectiva, revisar las relaciones entre las mujeres, establecer complicidades y generar relaciones de sororidad.

Desde las Escuelas y a través de los procesos de empoderamiento, hay que visibilizar cómo el poder estructura todas las relaciones y particularmente las íntimas. Desvelar los mitos en torno al amor romántico y las consecuencias que conllevan y promover nuevas formas de vincularse afectivamente.

Un aspecto fundamental para tener relaciones igualitarias y prevenir la violencia machista es desarrollar autonomía, autoestima, capacidad de auto-gestión y de negociación, pero, también, cambiar creencias sobre el amor generando modelos y referencias amorosas que creen otro imaginario colectivo. Además de todo ello, la adquisición y desarrollo de habilidades sociales es también necesaria.

Es fundamental reflexionar sobre cómo amamos, y analizar que la manera de amar es aprendida, no es "natural", sino

que se construye, no el sentimiento pero si las actitudes y los comportamientos que se escenifican en las relaciones afectivas.

Tal y como describe Fina Sanz: *"la forma en que los individuos de una sociedad se vinculan afectivamente es una clave para entender la estructura social. O dicho de otra forma: cada sociedad educa afectivamente a sus miembros para que reproduzcan o mantengan un orden social establecido"* (1995: 23).

Los cambios en las relaciones se dan como consecuencia directa del empoderamiento personal. Tras el fortalecimiento de la autoestima, la conciencia de espacio propio, el desarrollo y ampliación del mismo, se van generando cambios en el orden de priorizarse, en el sentido de ponerse en el centro de la propia vida, sin relegarse ni invisibilizarse.

Ello implica forzosamente una renegociación de los tiempos, espacios y tareas dentro del sistema familiar, por lo que se requerirá del desarrollo del aprendizaje de la asertividad y habilidades de comunicación.

Las mujeres, en su proceso de empoderamiento expresan, en los cursos que sus relaciones cambian a favor de una mayor equidad, se sienten más dueñas de sus vidas y más libres. Atienden sus necesida-

des y proyectos, experimentan una mejor gestión de los conflictos, mayor capacidad de expresarse, de hacerse presentes, de poner límites y de buscar negociaciones que les satisfagan.

Estos cambios en ocasiones pueden generar crisis, incluso a veces separaciones, y en otras puede dar lugar a nuevos pactos entre ellos, creando otra forma de estar de pareja.

En este sentido, algo que se observa es que las mujeres mayores, de 65 años en adelante, realizan cambios personales, hacen equilibrios para desarrollar su autonomía, pero intentan no poner en riesgo su relación de pareja aunque en algunos casos no sea como desearían. En ese sentido más que “hacer nuevos pactos” con la pareja, lo que ocurre es que ellas funcionan de forma diferente y la relación se reajusta a estos cambios. Como ellas mismas suelen expresar: “ahora tenemos cada cual nuestros espacios”, “cojo mi tiempo y algunas cosas las compartimos y otras no”, “ya no hacemos tantas cosas juntos”.

Cuando refieren cambios en sus relaciones afectivas, las mujeres, ante todo destacan tres cambios, la **consciencia de su espacio personal**, el **establecimiento de límites** y el **cambio en la comunicación y resolución de conflictos**. Estos tres aspectos aglutinan porcentajes en prácticamente todos los rangos de edad, sobre

todo a partir de los 40 años en adelante.

Entre las mujeres de 50-59 años se aglutina un mayor número de respuestas sobre todo en cambios en la comunicación, seguido de la mejora en el establecimiento de límites y del espacio propio.

Respecto a la comunicación, expresan que dicen más lo que quieren o piensan, gestionan mejor los conflictos, y se tienen en cuenta a ellas mismas en las negociaciones. El establecimiento de límites es la herramienta fundamental tanto para gestionar nuestros espacios, como para definir nuestras prioridades y necesidades y ejercer nuestros derechos.

Los cambios en roles y reciprocidad son más costosos, dependiendo de la generación o modelos de socialización. Son aspectos que tienden a cambiar más a largo plazo y sobre todo a consecuencia de que las mujeres dejan de hacer cosas, equiparando el tiempo de dedicación a las tareas de casa y de cuidados, sin realmente realizar una corresponsabilidad real.

Hay una ganancia en tiempo personal, una “liberación de ciertas tareas, pero no siempre se da un cambio en la asignación de roles.

Llama la atención que la reciprocidad como aspecto relevante, obtiene un mayor porcentaje en dos grupos de edad: entre 40-49 y entre 60-69.

Podemos suponer que las mujeres de 40 años han podido “arrastrar” un desequilibrio en la distribución de tareas dentro de la pareja y el grupo de 60-69 puede relacionarse con la etapa de la jubilación. Por lo que deben renegociar tiempos y espacios.

Se observa que las mujeres siguen asumiendo las tareas de cuidado, y la carga mental asociada a ello. Las mujeres que actualmente acuden, entre 50 y 60 años, aunque han sido socializadas en modelos más igualitarios, sin embargo, tienen contradicciones y necesitan comprenderse ya que no se han liberado de la culpabilidad respecto al bienestar de los demás y sostienen una mayor carga emocional y afectiva en las familias.

La falta de corresponsabilidad y reciprocidad con los años tiene un impacto claro en la pérdida de espacios propios, por lo que a partir de una determinada edad, la construcción o recuperación del espacio propio es un cambio importante para ellas unido al establecimiento de límites y adquirir herramientas de comunicación.

El caso de las mujeres menores de 30 años reparten las respuestas en primer lugar e mayor espacio propio, seguido de mejoría en la reciprocidad y puesta de límites.

Y en el caso de las mujeres mayores de 70 años, las mujeres advierten cambios en su espacio propio, en el establecimiento de límites y a nivel de comunicación.

Respecto a las relaciones de maltrato, los grupos de empoderamiento son un recurso de gran importancia y valor para prevenir las relaciones de abuso y maltrato y detectar violencias contra la mujer. Ya que por un lado permiten la identificación de aspectos educacionales y de género, respecto a las formas de amar y pueden analizar sus consecuencias; por otro lado posibilita comprender cómo se transmiten estas creencias y se perpetúan; también crear otros valores y referentes; y por último aprender y desarrollar competencias para gestionar las relaciones.

Aprender a reconocer el maltrato y las diferentes formas de violencia es básico, pero esto debe ir acompañado de la construcción de un modelo alternativo de relación, de nuevos referentes y modelos amorosos y del desarrollo de las habilidades necesarias para establecer relaciones igualitarias y gozosas.

En algunas ocasiones las mujeres pueden tener entornos, no sólo de pareja, de relaciones abusivas, desiguales e insanas. Cuando esto ocurre los grupos de empoderamiento suelen constituirse en los únicos espacios sanos a nivel de relaciones, por lo que no es extraño, que las mujeres deseen estar en ellos.

En el caso de mujeres mayores (sobre todo el grupo mayor de 70 años), cuando existe violencia, las circunstancias son espe-

ciales. Ésta puede haberse invisibilizado y normalizado durante mucho tiempo y sus condiciones de vida materiales les impide tomar decisiones como la separación.

En ocasiones, encuentran fórmulas que les resultan válidas, aunque no es lo que desearían, siempre desde un posicionamiento de ellas con un fuerte establecimiento de límites para hacerse respetar. Si esto ocurre, y no se separan, el grupo va a ser fundamental para poder acompañar este proceso y detectar cómo se están dando estos cambios y si realmente la mujer encuentra una forma diferente y saludable de estar en la relación.

Las mujeres que participan en estos grupos y han vivido una relación de maltrato psicológico, expresan que el grupo ha sido uno de los pilares fundamentales para su recuperación, casi todas han ampliado su espacio fuera de casa, con actividades, grupos y nuevas amistades y por la seguridad personal y firmeza que transmiten en el establecimiento de límites.

Respecto a las relaciones entre las propias mujeres, muchas expresan que han descubierto que lo común es mayor que lo que nos aleja, se establecen complicidades que se extienden fuera del espacio de las clases, generan un sentimiento de grupo. Se puede constatar que en estos grupos las mujeres desarrollan de forma progresiva una toma de conciencia colectiva y un reconocimiento de los derechos colectivos como mujeres, se va constru-

yendo una red y se refuerzan las alianzas entre ellas.

De este modo, las mujeres que han realizado grupos de empoderamiento expresan que adquieren una "mirada" feminista" y que esta mirada hace que ya nada sea igual y que cambien sus formas de entender la realidad.

#### **A partir de los datos, se pueden destacar ciertos aspectos relevantes:**

- El empoderamiento en las relaciones implica **transformar mandatos** profundos ligados al género femenino "ser para otros", "agradar, complacer estar disponible"; **detectar las creencias** sobre el amor romántico; generar **nuevos modelos y referentes** y **adquirir habilidades y competencias**. Una buena consciencia sobre el tema, sin habilidades para manejar situaciones, deja a la mujer desprovista de recursos nuevos. Un desarrollo de habilidades sociales sin una revisión de las relaciones de género, perpetúa las relaciones de desigualdad.
- Las mujeres, ante todo destacan tres cambios, la consciencia de su espacio personal, el establecimiento de límites y el cambio en la comunicación y resolución de conflictos. Estos tres aspectos aglutinan porcentajes en prácticamente todos los rangos de edad.
- Los cambios en roles y reciprocidad son más costosos, dependiendo de la generación o modelos de socialización.

- El sistema familiar es mucho más reactivo al cambio. Las mujeres más mayores, expresan cambios primero en sus relaciones sociales y laborales y más lentamente en las afectivas.
- Sigue estando presente, por lo que expresan y se observa, una fuerte especialización y una mayor responsabilidad respecto a los cuidados.
- Es importante generar una reflexión sobre corresponsabilidad y el modelo de cuidados que pongan el cuidado mutuo en el centro. Conocer las dificultades dado que estos mandatos constituyen el núcleo de la identidad genérica, es uno de los aspectos más interiorizados en todas las edades y genera inequidades en las relaciones incluso en parejas jóvenes.
- Con frecuencia el empoderamiento en las relaciones genera conflictos en las mismas y a veces crisis y/o separaciones, algo que hay que acompañar. La escucha, el respecto a su ritmo, la validación de sus experiencias y no proyectar expectativas, son clave el acompañamiento.
- La forma de resolver estos conflictos puede ser muy variada, ya que las circunstancias de cada mujer son muy diferentes: condiciones de vida, laborales, económicas, opciones de cambio, salud, diversidad funcional, etc. Sin que por ello se invalide el proceso de empoderamiento.
- El grupo ayuda a reconocer las posiciones de desigualdad y de las relaciones de poder, por tanto se visibilizan los abusos y la violencia. Además, es el espacio donde experimentar de forma vivencial qué son las relaciones de buentrato e igualitarias, en ese sentido es un espacio desde donde apoyar a las mujeres que realizan un proceso de recuperación tras una relación de maltrato.
- Los grupos de empoderamiento, potencian los procesos de las mujeres que realizan una terapia individual y se puede realizar una mayor comprensión del maltrato en clave feminista. Algo que a nivel de optimización de recursos sería muy interesante.
- El reconocimiento mutuo y de vivencias, similares y distintas, genera un sentimiento de grupo y promueve un cambio en la relación entre ellas. Se desarrolla la sororidad, la conciencia feminista, la complicidad y el reconocimiento de una historia con dificultades y fortalezas comunes.
- Los cambios a nivel relacional requieren de más tiempo para que sean cambios estables, habitualmente necesitarán más de un curso escolar evidentemente dependiendo del punto de partida de cada mujer.

## 6.4 Reflexiones metodológicas

Promover el empoderamiento personal conlleva el desarrollo de objetivos, metodologías y estrategias que generen cambios tanto a nivel individual, en las relaciones de género, como social.

No existe empoderamiento sin un análisis crítico acerca de las estructuras que provocan las desigualdades y sin un proceso que impacte en la transformación de las mismas.

Este proceso se inicia en el ámbito subjetivo, psicológico, por un lado, propiciando cambios internos en las concepciones y creencias sobre el ideal femenino, sobre los mandatos de género interiorizados y en las creencias sobre las relaciones. Por otro lado, cuestionando las relaciones de poder, aumentando la capacidad de decisión y control sobre la propia vida y potenciando nuevas conductas que impacten en el ámbito familiar, social y laboral, entre otros.

En todo este proceso es fundamental desarrollar una mirada y una toma de conciencia feminista; una comprensión de cómo hemos aprendido a ser mujeres, y las consecuencias que esto tiene en nuestras vidas.

El empoderamiento personal se extiende hacia el empoderamiento en las relaciones, ya que va a impactar en las posiciones que se ocupaban, a favor de posiciones horizontales, construyendo relaciones igualitarias, sanas y enriquecedoras.

Por ello, es importante reflexionar acerca de metodologías que generen estos cambios.

Así, podríamos decir que el empoderamiento además de ser un objetivo es una manera de trabajar; constituye una metodología:

- **Qué queremos promover:** empoderamiento como objetivo
- **Cómo lo hacemos:** a través de una metodología que empodera.

## Qué queremos hacer

Recordando lo ya expuesto en el marco teórico, de forma esquemática lo que queremos hacer en un proceso de empoderamiento es:

- **Crear conciencia, cambiar la mirada.** Desarrollar una mirada feminista y crítica sobre cómo se aprende a ser mujer, qué creencias, mandatos, roles, entre otros se han interiorizado, cómo se reproducen y relacionar todo ello con nuestras vidas. Promover el paso de lo personal a lo político.
- **Habilitar y capacitar.** Adquirir nuevas herramientas y desarrollar habilidades, pero también reforzar las propias fortalezas y saberes validando las experiencias y aprendizajes personales y colectivos.
- **Transformarse.** Interiorizando y experimentando los nuevos aprendizajes de manera que impacten en lo emocional y generen cambios profundos. Para ello, es tan valiosa una metodología vivencial, que permita pasar de lo racional a lo emocional, conectando con la experiencia vital de cada mujer: pasar de la teoría a la práctica.

De forma esquemática, podríamos concretar los aspectos en los que se debe incidir en un trabajo para el empoderamiento y que al margen de la temática que se trabaje en cada actividad, **se pueden promover de forma transversal:**

- La construcción de una autoimagen y autoconfianza positiva.
- El desarrollo de la habilidad para pensar críticamente.
- La construcción de la cohesión de grupo
- La promoción de la toma de decisiones y la acción.

## Cómo lo hacemos: Claves metodológicas

La metodología que promueva el empoderamiento debe basarse en intervenciones libres de prejuicios que permitan por un lado a poner palabras y comprender lo que se vive y se siente, sin culpabilizar ni patologizar, que ayude a desvelar las relaciones de género, de inequidad, de abuso de poder y maltrato y, por último, que engarce sus vivencias y malestares personales con las experiencias colectivas de género.

Y el grupo es el espacio seguro desde donde poder realizar estos procesos: revisar, cuestionar, analizar, compartir, poner palabras, reforzarse, transformar contenidos interiorizados, darse permiso, entre otros.

En el feminismo, el trabajo en grupo ha sido la herramienta de trabajo fundamental para poder entender lo que las mujeres vivimos, colectivizando experiencias. La metodología feminista se centra en dar un lugar a todas las participantes, recogiendo las experiencias y valorando las aportaciones y los saberes vitales de todas ellas para, a partir de ahí, analizar y relacionar todo ello con la construcción social de lo que es y cómo debe ser una mujer.

Esto nos brinda la posibilidad de *despatologizar* los problemas, dejando de personalizar las causas y por tanto permite desculpabilizarse; de *validar y reconocer* las vivencias de muchas mujeres, otorgándoles credibilidad; de *reconocer las causas* y por tanto de visibilizar los aspectos sociales en los que se debe incidir; de *reconocer nuestras fortalezas*, generar un autoconcepto positivo personal y de grupo y crear complicidades entre las mujeres.

En este sentido es importante:

1. Una metodología horizontal, participativa, que refuerce todas las vivencias y fortalezas dando un lugar propio a cada participante, reforzando los recursos personales, respetando sus ritmos, diferencias y particularidades.
2. El debate y reflexión crítica en común que ponga en relación lo personal, lo vivencial con los condicionantes sociales, económicos y de género. Se realiza un "recorrido" continuo que va de lo vivencial a lo colectivo y social, enmarcando las experiencias para darles significado. Y de lo social a lo personal, para entender cómo las estructuras de poder afectan a nuestra vida, sentimientos, actitudes y malestares. Este proceso, ir de lo personal a lo colectivo y viceversa, va a ser un continuum en el proceso de empoderamiento.
3. Las dinámicas de grupo que fomentan la cohesión, la participación y la creatividad van a ser básicas para que el grupo sea un espacio de trabajo, libre de juicios, seguro, motivador, de apoyo y que se convierta en sí mismo en un motor del cambio.
4. Los cambios deben de incidir en las tres dimensiones psicológicas que forman parte de la subjetividad: la dimensión cognitiva (todos los aspectos racionales que tienen que ver con el análisis,

- reflexión debate teórico, etc.), la dimensión emocional (atender las vivencias personales y gestionar las emociones que surgen durante todo el proceso) y la dimensión conductual (valorar los recursos y adquirir nuevas habilidades y competencias).
5. Hay que incorporar metodologías vivenciales, ya que el cambio sólo se produce cuando se impacta en lo emocional. Para ello, y desde mi experiencia, el trabajo corporal, la respiración y el juego cobran una gran importancia.
  6. El trabajo corporal parte de entender la relación cuerpo-mente-emoción, la importancia de la respiración, de la conciencia corporal y de resignificar la experiencia desde el cuerpo. El cuerpo tiene memoria y guarda todas las vivencias, por lo que es muy importante la escucha corporal, la aceptación de lo que surge, la auto-gestión emocional y el buentrato interno. A partir de ahí, se pueden reconstruir las biografías propias, ya que aquello que “nos contamos”, al incorporar nuevas claves de comprensión, puede transformar incluso el relato de nuestra propia vida.
  7. Sanar y transformar las experiencias fijadas y ancladas en el cuerpo es algo delicado y difícil. Requiere aceptar los límites y ritmos de cada mujer sin que las sugerencias o ejercicios se vivan como “exigencias”, generando nuevos “hay que”. También es necesario entender la relación de los traumas con el cuerpo, y con la salud, para poder ajustar o sugerir cambios en todos los ejercicios.
  8. El juego puede ser un elemento de gran utilidad. Además, es un gran movilizador de energía y de emociones y permite conectar con el cuerpo y con el “placer”, algo tan poco permitido en nuestra cultura y en las mujeres especialmente. Y desde el disfrute realizar también aprendizajes.
  9. Los grupos de empoderamiento no son grupos terapéuticos, pero pueden contribuir a la recuperación de daños y heridas. A partir del apoyo del grupo, la validación de cada participante, la aceptación y escucha del grupo, cada mujer puede sentirse valorada y aprender y ensayar otras de estar en la vida.
  10. Es muy importante conocer cómo se desarrolla el proceso a nivel psicológico y, por tanto, comprender el momento en que se encuentra cada mujer. Los procesos de empoderamiento se inician con la reestructuración personal, por desarrollar la conciencia del YO, algo que se inicia a menudo potenciando el autocuidado, la recuperación de la salud y el fortalecimiento de la autoestima y recuperando un espacio propio: el cuerpo.

11. La conciencia del espacio personal, provoca que las mujeres realicen un cambio a nivel de ponerse en el centro de sus vidas, el foco se va desplazando el "los-otros" al "yo", lo que va a provocar cambios en las relaciones, apareciendo en ocasiones conflictos, emergiendo miedos, culpabilidad, dudas.
12. Cuando el empoderamiento psicológico se va afianzando, surge la necesidad de abordar talleres donde adquirir nuevas habilidades en las relaciones (para poner límites, negociar, etc.) y también revisar temas que tal vez inicialmente era más difíciles de abordar, como puede ser revisar los modelos amorosos, comprender las violencias que enfrentamos las mujeres, o talleres de autodefensa feminista, entre otros.
13. Las actividades más teóricas, sobre todo cuando hablamos de mujeres mayores o que provienen de un modelo de socialización muy rígido, suelen requerir de una estructura interna estable, un restablecimiento de su salud y un empoderamiento afianzado, por lo que suelen mostrar interés más tarde.
14. Se observa que primero se desarrolla una conciencia de grupo, a partir de la identificación de vivencias y situaciones, pero la capacidad de hacer análisis teóricos en clave feminista requiere de estructura interna, formación teórica y de tiempo.
15. El rigor y la formación en la propia área de trabajo de quien imparta los talleres es fundamental, dominando los contenidos, unido a una formación feminista, y de manejo de grupos. Pero además es básico el trabajo personal, ya que podemos reproducir actitudes inconscientes, además sólo aquello que ya hemos hecho nuestro podemos transmitirlo como experiencia vital y puede ser aprehendido con mayor facilidad.

### El trabajo en grupo

El grupo es una herramienta para el cambio personal y colectivo, donde como ya se ha expuesto, reconocer y revalorizar las experiencias, conocimientos y capacidades de las mujeres, donde abordar de otra manera las dificultades y malestares y donde realizar un análisis feminista que permita la comprensión de todo ello.

Por otra parte, estos espacios también son creadores de nuevas subjetividades, dado que las mujeres podemos encontrar nuevas formas de estar en el mundo, crear referentes que nos ayuden a transformar el imaginario colectivo, cambiar creencias, y validarnos en todo ello.

En estos espacios, las mujeres también establecen lazos de solidaridad y se incentiva la sororidad, pueden reconocer aquello que es común, aquello que les diferencia sin que sea una amenaza, aprender unas

de otras formas distintas de abordar la vida, y revisar las creencias que han contribuido a crear relaciones entre mujeres desde la desconfianza. No sólo cambia el auto-concepto personal, también cambia el concepto que como mujeres tenemos de nosotras mismas, desmontando prejuicios y estableciendo un reconocimiento mutuo.

Cuando las mujeres están muy dañadas el grupo es un potente agente de salud y apoyo. Las nuevas formas de relacionarse contribuyen a su recuperación y permiten que puedan reconocer qué es un espacio seguro.

Para que el grupo tenga un potencial transformador y de apoyo es muy importante enmarcar el trabajo de grupo con unas normas:

- **Debe ser un espacio de libertad y respeto.** No hay imperativos de como estar o qué hacer, pero es fundamental: la escucha, el respeto, el no-juicio.
- **Confidencialidad y cierto compromiso.** Sólo así una mujer puede sentirse segura para expresarse y compartir. No podemos olvidar que la privacidad para algunas mujeres puede ser algo nuevo, y en ese sentido es un regalo que podemos ofrecer en estos espacios. Desde mi experiencia, cuando los grupos son totalmente abiertos impiden acceder a la intimidad y en algunas

mujeres suele generar desconfianza e inquietud.

- **Desarrollar una escucha activa** que permita que cada mujer tenga su espacio y se sienta comprendida, que cada vivencia sea recogida y escuchada sin valoraciones.
- **Validar las experiencias** y emociones de cada participante, sin negar aquello que cada una siente. Supone de alguna manera dar crédito a lo que se siente, algo que en ocasiones no suelen experimentarlo en sus entornos y que incluso ni siquiera ellas se atreven a validar. La inquietud acerca de lo que cada una siente y piensa, la duda sobre si es o no adecuado, es algo habitual en muchas mujeres.
- **Trabajar desde la horizontalidad desarrollando un espacio de buentrato**, sin reproducir relaciones de poder. Esto es básico, ya que sólo a través de experimentar qué es una relación horizontal, se puede reconocer y por tanto distinguir de las relaciones de poder. No podemos olvidar que para algunas mujeres esto será una experiencia nueva.
- Es muy importante **que cada mujer encuentre su manera de estar** en el grupo, sin tener que cumplir expectativas ajenas, ni de la formadora o del mismo grupo.

- **Reforzar los recursos personales** valorizando las estrategias y aprendizajes que cada mujer ha desarrollado a lo largo de su vida.
- Cuando ya se está desarrollando un proceso personal, **respetar su ritmo, sus decisiones**, entre otros, ya que cada proceso será único y diferente.
- **Dejar espacio a las emociones.** Generar espacios donde darse permiso para expresar lo que a veces asusta poner en palabras. La escucha de las emociones y sentimientos sin juicios, permite transformar emociones como el miedo o la culpa, u otras más estigmatizadas como la envidia, la ira, el deseo, entre otras. Sólo permitiendo expresarse, entendiendo lo que la emoción encierra, podemos aceptarla y canalizarla. Y a menudo el hecho de que se compartan los mismos sentimientos, ayuda en este proceso de sanación emocional.

En ocasiones es importante revisar el diseño del espacio donde se ofrecen los talleres, ya que deben ser espacios agradables pero sobre todo lugares donde las participantes se sientan seguras y exista privacidad. En ocasiones las actividades se realizan en salas continuas donde se escuchan las conversaciones, o en espacios divididos por paneles, o se encuentran en lugares dentro del municipio, de difícil acceso o que producen inseguridad.

### **Diferentes necesidades, diferentes tiempos y procesos**

Los resultados y mi experiencia con los grupos, así como experiencias recogidas en otros trabajos, permiten reconocer el peso de la socialización y su influencia en los procesos de empoderamiento, así como en la manera de enfermar y expresar el malestar.

La edad, en tanto en cuanto representa generaciones que han crecido y vivido en contextos sociopolíticos diferentes, en ocasiones determina cuáles son sus necesidades en función de sus vivencias y sus condiciones de vida, y también condiciona el ritmo de sus procesos, los tiempos y los ámbitos donde tienen mayor o menor dificultad en generar cambios. Evidentemente no es sólo la edad lo que va a condicionar el proceso, ya que otros factores inciden en la construcción de género.

Respecto a cómo es el proceso de empoderamiento, podemos señalar una serie de aspectos más o menos comunes: se inicia con una reestructuración interna y un refuerzo de la autoestima, el desarrollar el espacio personal, para después pasar a adquirir competencias, y posteriormente poder realizar cursos que requieren de análisis teórico.

Pero el ritmo y tiempos serán diferentes. Como ya se ha comentado, mujeres de mayor edad, o de entornos más rígidos

respecto a la socialización de género, pueden necesitar a veces hacer un largo proceso de reestructuración de un “yo” que está más anulado, también pueden expresar dificultades para operar cambios según cómo sea su entorno. Por lo que **habitualmente permanecen durante periodos largos y continuados participando en los grupos.**

Las más jóvenes, también generalizando, educadas en la igualdad, porcentualmente con una mayor conciencia feminista, suelen utilizar los talleres para profundizar sobre aspectos concretos que les interesa, y más rápidamente pueden pasar a la comprensión en clave de social de las situaciones y vivencias personales. **Su participación suele ser puntual, eligiendo los temas a trabajar.**

En todo este recorrido es necesario promover una mayor conciencia sobre nuestros derechos, así como visibilizar los obstáculos que impiden desarrollar nuestra autonomía: relaciones nocivas, miedos, carencia de herramientas o de conocimientos, entre otros muchos.

Conociendo la complejidad de estos procesos de reestructuración y por todo lo ya expuesto, hay que entender que el tiempo necesario puede ser en ocasiones largo, máxime con mujeres con una problemática concreta, por ejemplo mujeres que han enfrentado violencias, problemas importantes

de salud, o una socialización de género muy rígida.

Por lo que en las escuelas suele ser habitual que haya mujeres que permanecen mucho tiempo participando en talleres de forma continuada.

En estos casos es muy importante evitar hacer interpretaciones aludiendo a una posible dependencia, ya sea respecto al grupo, de la formadora e incluso de las propias Escuelas.

En situaciones de vulnerabilidad, se necesita cierta “estabilidad” y en ocasiones esto lo proporciona una misma formadora, “que ya me conoce” y/o el grupo. Esto proporciona seguridad y confianza para abordar el trabajo interno.

También hay otro aspecto que se observa y que se puede confundir con una supuesta dependencia, y es que algunas mujeres carecen de espacios similares a los que encuentran en las Escuelas. No tiene una red que consideren de apoyo, con complicidades y donde no sentirse juzgadas. Para muchas mujeres estos espacios son únicos.

Cuando hay una necesidad real, cuando se carece de herramientas, o se viven situaciones de crisis o de enfermedad, mientras se produce un cambio en sus vidas, el grupo y los talleres se convierten en algo que van a priorizar y a intentar mantener el tiempo que necesiten.

Pero por lo que podemos observar, cuando van fortaleciéndose, tienen redes sanas fuera de estos espacios, sus vidas empiezan a cambiar, adquieren seguridad y de forma natural pasan a vincularse y participar en las Escuelas de otra manera, eligiendo actividades diferentes y puntuales, incluso a realizar nuevas actividades fuera de ellas.

Otra diferencia que se puede apreciar en las distintas generaciones es la facilidad y rapidez en pasar de lo personal a lo político, así como a desarrollar una conciencia feminista y auto-reconocerse como feministas.

Aquí, el peso de los prejuicios que existen sobre el feminismo están presentes y, en ocasiones, algunas mujeres no tienen referentes feministas cercanos en que se vean reconocidas.

Es necesario realizar una reflexión acerca de ello y sobre cómo acercar los contenidos feministas teóricos a las mujeres.

### **Las escuelas como “espacio propio”**

Los grupos de mujeres en nuestro país, surgen con fuerza en los años 80 y 90 como grupos de autoconciencia y de reflexión para compartir y entender lo que nos ocurre a las mujeres. Desde su inicio son grupos vinculados al feminismo y a espacios de salud, y se convierten en herramientas muy importantes para compartir, reconocer, y validar lo que las mujeres vivimos y sentimos, para, a partir de ahí, hacer un análisis crítico de cómo ha sido la construcción de la identidad de género y una revisión de todas las áreas de conocimiento.

Esta experiencia se fue extendiendo a pueblos y asociaciones, y eran las mismas mujeres las que pedían subvenciones para realizar talleres y grupos de reflexión. Constituyeron un espacio creado por nosotras, las mujeres, de abajo-arriba, de dentro-afuera, nadie lo había “ideado para nosotras”.

Posteriormente y con la consolidación de las áreas de igualdad en los municipios, éstos empezaron a asumir la organización de estas actividades. En ese sentido los espacios de empoderamiento actuales, las Escuelas son una continuidad de algo que creamos las mujeres, un ejemplo de empoderamiento social y colectivo, un logro y una conquista del movimiento feminista.

Por ello, es importante que las Escuelas de empoderamiento no pierdan su sentido y objetivo.

Puesto que son un espacio conquistado por las mujeres, son ellas las que deben estar presentes en su definición y planificación, definiendo los intereses y necesidades, desarrollando nuevas formas de gestión y participación.

Es fundamental fortalecer la relación entre las Escuelas y los grupos feministas de la zona, trabajando juntas, así como con mujeres no organizadas, pero que participen en estos espacios. De este modo, las Escuelas pueden responder a las necesidades y demandas reales de las mujeres de su entorno, detectar sus necesidades inmediatas y estratégicas, fortaleciendo alianzas, y promoviendo el paso a un empoderamiento social y colectivo.

BIBLIOGR  
AFIA BIBL  
IOGRA FIA  
BIBLIOGR  
AFIA BIBL  
IOGRA FIA  
BIBLIOGR  
AFIA BIBI

# **Bibliografía**

ALFAMA, Eva, CRUELLS, Marta, DE LA FUENTE, María, MARTÍ, Neus y OBRADORS, Anna (2013), *Sistema de indicadores. Igualdad mujeres y hombres en la CAE*. Emakunde, Gobierno Vasco.

[https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_guias2/es\\_emakunde/adjuntos/guia\\_indicadores.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_guias2/es_emakunde/adjuntos/guia_indicadores.pdf)

ALTABLE VICARIO, Charo (1998). *Penélope o las trampas del amor*. Madrid: Mare Nostrum.

ANDRÉS DOMINGO, Paloma (2004). Violencia contra las mujeres, violencia de género. En Consuelo Ruiz-Jarabo Quemada y Pilar Blanco Prieto (coord.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 17-38). Madrid: Diaz de Santos.

ÁLVAREZ GARCÍA, Mariángeles, SÁNCHEZ ALÍAS, Ana M<sup>ª</sup>, BOJÓ BALLESTER, Pepa, ZELAIARAN MIRANDA, Karmele, ASEGUILAZA CHOPITEA, Asier, AZANZA AZANZA, M. Teresa, CABALLERO TENA, Silvia (2016). *Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista*. Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa. Recuperado de <https://www.cop.es/GT/Manual.pdf>

ÁLVAREZ PRADA, M<sup>ª</sup> Rosa, BOJO BALLESTER, M<sup>ª</sup> José, MILÁN BERENGUEL, M<sup>ª</sup> Rosario, CABRERA HERRERA, Nelly, ÁLVAREZ GARCÍA, Mariángeles, y MADRID DOMENECH, Ana María (2016). *Manual de recomendaciones de buenas prácticas*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Recuperado de <https://www.cop.es/GT/MANUAL-BUENAS-PRACTICAS.pdf>

ARTAZCOZ, Lucía (2001). Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. En Carmen Valls-Llobet, *Mujeres, Salud y Poder*, 2018, p.124.

ASOCIACIÓN DE MUJERES PARA LA SALUD (13 de junio 2012). *Cómo se construye la Identidad de Género de las Mujeres*. Recuperado de <https://www.mujeresparalasalud.org/como-se-construye-la-identidad-de-genero-de-las-mujeres/>

AYCART, Juan, GENDE, Susana, MALGESINI Graciela, MONTEROS, Silvina y NEBREDA Margarita (2019) *Estudio sobre las mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género*. Madrid MINISTERIO DE IGUALDAD.

BANDA CASTRO, Ana Lilia, y MORALES ZAMORANO, Miguel Arturo (2015). Empoderamiento psicológico: un modelo sistémico con componentes individuales y comunitarios. *Revista de Psicología*, 33(1), 3-20.

BATLIWALA, Srilatha (1997). El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. En Magdalena León (comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 187- 211). Santa Fe de Bogotá: T/M Editores.

- BLANCO PRIETO, Pilar (2004) *Consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres*. En *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Coord. por Consuelo Ruiz-Jarabo Quemada y Pilar Blanco Prieto, págs. 103-116. Madrid. Diaz de Santos
- BOJÓ BALLESTER, Pepa (2016). *Intervención con mujeres víctimas de violencia machista desde una perspectiva de género y a través del empoderamiento*. Formación a distancia del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología.
- BOSCH, Esperanza, FERRER-PÉREZ, Victoria Aurora, GARCÍA, Esther, RAMIS, M. Carmen, NAVARRO, Capilla, y TORRENS, Gema (2007). *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja*. Estudios e Investigaciones, Instituto de la Mujer.
- BURIN, Mabel (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- BURIN, Mabel, MONCARZ, Esther, y VELÁZQUEZ, Susana (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- BURIN, Mabel, y DIO BLEICHMAR, Emilce (comp.) (1996). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- BURIN, Mabel (2012). *La crisis del Patriarcado*. Buenos Aires, Topía,
- CORIA, Clara (1997). *Las negociaciones nuestras de cada día*. Barcelona: Paidós.
- CORIA, Clara (2001) *El amor no es como nos contaron ni como lo inventamos*. Barcelona: Paidós.
- CORIA, Clara (2005). *Los cambios en las vidas de las mujeres*. Barcelona: Paidós.
- CUÉLLAR FLORES, Isabel, LIMIÑANA GRAS, Rosa, SÁNCHEZ LÓPEZ María Pilar (2013). *Cuidado formal y familiar, género y salud*. En María Pilar Sánchez López (coord.) *La salud de las mujeres*. (141-158). Madrid. Editorial Síntesis
- DAMONTI, Paola, ITURBIDE RODRIGO, Rut, AMIGOT LEACHE, Patricia (2018) *Violencia contra las mujeres mayores. Interacción del sexismo y edadismo*. Pamplona/Iruña Instituto Navarro para la Igualdad/Nafarroako Berdintasunerako Institutua.
- DE MIGUEL, Ana, (2015). *Neoliberalismo sexual. El mito de la libre elección*. Madrid: Cátedra.
- DEL VALLE, Teresa (coord.), APAOLAZA, José Miguel, ARBE, Francisca, CUCÓ, Josepa, DIÉZ, Carmen, ESTEBAN, Mari Luz, ETXEBARRIA, Feli, y MAQUIEIRA, Virginia (2002). *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea.
- DIO BLEICHMAR, Emilce (1984). *El feminismo espontáneo de la histeria*. Madrid: Adotraf.

DIO BLEICHMAR, Emilce (2000). Incidencia de la violencia sexual sobre la construcción de la subjetividad femenina. En Almudena Hernando (ed.), *La construcción de la subjetividad* (pp. 187-222). Madrid: Al-Mudayna.

ESTEBAN GALARZA, Mari Luz (2004). Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. En Congreso Internacional Sare 2003, *Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado* (pp. 63-84). Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. Comunidad Europea/Fondo Social Europeo.

ESTEBAN GALARZA, M. Luz, y TÁVORA, Ana (2008). El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de Psicología*, 39(1), 59-73. Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona

ESTEBAN, Mari Luz (2011) *Crítica del Pensamiento Amoroso*. Barcelona: Bellaterra.

ESTEBAN, Mari Luz. (2017) *Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología*. Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia, Núm. 22 (2), p. 33-48, <https://raco.cat/index.php/QuadernselCA/article/view/333111>

EUSKO JAULARITZA-GOBIERNO VASCO 2018. *Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV)*. Departamento de salud del Gobierno Vasco

<https://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-de-salud-2017-2018/web01-a3osag17/es/>

EUSKO JAULARITZA-GOBIERNO VASCO 2019. *Datos sobre la violencia contra las mujeres en la CAE.*. Departamento de igualdad, justicia y políticas sociales. Elaborado por EDE Fundazioa para Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer.

[https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia\\_evaluacion\\_informes/es\\_def/adjuntos/2019.informe\\_datos\\_estadisticos.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/violencia_evaluacion_informes/es_def/adjuntos/2019.informe_datos_estadisticos.pdf)

FERRER-PÉREZ, Victoria A., y BOSCH-FIOL, Esperanza (2004) *Violencia contra las mujeres*. En Barberá, y Martínez Benlloch, Isabel (coord.). *Psicología y género*. Madrid Pearson Educación, S. A.

FERRER-PÉREZ, Victoria A., y BOSCH-FIOL, Esperanza (2019). *El género en el análisis de la violencia contra las mujeres en la pareja. De la "ceguera" de género a la investigación específica del mismo*. *Anuario de psicología jurídica*, 29(1), 69-76.

FOUCAULT. Michel (1978) *Microfísica del poder*. Buenos Aires: Siglo XXI.

FREIXAS, Ana (2013) *Tan frescas. Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI*. Barcelona: Ediciones Paidós

- FREIRE, Paulo (1971). *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI.
- FREIRE, Paulo (1974). *Concientización: teoría y práctica de la liberación*. Bogotá: Asociación de Publicaciones educativas.
- FRIEDAN Betty (1974). *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra.
- GARCÍA CALVENTE, María del Mar, JIMÉNEZ RODRIGO, María Luisa, y MARTÍNEZ MORANTE, Emilia, Del Rio Lozano, María (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de [https://www.incliva.es/site/files/upload/files/EASP\\_Guia\\_incorporar\\_perspectiva\\_de\\_genero.pdf](https://www.incliva.es/site/files/upload/files/EASP_Guia_incorporar_perspectiva_de_genero.pdf)
- GARCÍA CALVENTE, María del Mar, DEL RIO LOZANO, María, y MARCOS MARCOS, Jorge (2013). *Guía de Indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <https://www.easp.es/project/guia-de-indicadores-para-medir-las-desigualdades-de-genero-en-salud-y-sus-determinantes/>
- GARCÍA CALVENTE, María del Mar, DEL RIO LOZANO, María, MAROTO NAVARRO, Gracia, SÁNCHEZ-CANTALEJO, Carmen y FERNÁNDEZ RUIZ, Emilia (2018). *Informe Salud y Género en Andalucía 2018*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Recuperado de [https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP\\_Informe\\_Salud\\_y\\_Genero\\_Andalucia\\_2018.pdf](https://www.easp.es/wp-content/uploads/publicaciones/EASP_Informe_Salud_y_Genero_Andalucia_2018.pdf)
- GRAMSCI, Antonio (1971). *Selections from the Prison Notebook*. New York: International Publishers.
- IBARROLA INCHUSTA, Sara (2014). *El impacto de lo social en lo personal e íntimo: Conocerlo, medirlo y transferirlo. Estudio de la contribución del movimiento asociativo al empoderamiento personal de las mujeres de la CAE*. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. Recuperado de [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_bekak/es\\_def/adjuntos/beca.2014.01.sara.ibarrola.impacto.social.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_bekak/es_def/adjuntos/beca.2014.01.sara.ibarrola.impacto.social.pdf)
- KABEER, Naila (1997). *Empoderamiento desde abajo: ¿qué podemos aprender de las organizaciones de base?*. En Magdalena León (comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 119-146). Santa Fe de Bogotá: T/M Editores.
- KRIEGER, Nancy, ROWLEY, Diane L, HERMAN, Allen A, AVERY, Byllye, y PHILLIPS, Mona T (1993). Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease and well-being. *American Journal of Preventive Medicine*, 9(6), 82-122.
- LAGARDE, Marcela (1998). *Identidad genérica y feminismo*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- LAGARDE, M. (2003). *Nueva ética para nuevos liderazgos. El feminismo y la mirada entre*

mujeres. Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre liderazgo y dirección para mujeres: "poder y empoderamiento de las mujeres". Valencia 2 y 3 Abril de 2003

Obtenido de [http://www.youtubecom/wathc?v=jFlf\\_qaYi0c](http://www.youtubecom/wathc?v=jFlf_qaYi0c)

LAGARDE, Marcela (2004). *Guía para el empoderamiento de las mujeres. Cuaderno 1: Vías para el empoderamiento de las mujeres*. Agrupación para la igualdad en el metal. Proyecto EQUAL I.O Metal. Fondo Social Europeo. Recuperado de <http://www.diariofemenino.com.ar/documentos/empoderamiento.pdf>

LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela (2007). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid: Horas y Horas.

LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela (2012). *Pacto entre mujeres, sororidad*. En Marcela Lagarde y de los Ríos, *Feminismo en mi vida, hitos, claves y topías* (pp. 557-569). Gobierno de la Ciudad de México, Instituto de las Mujeres del Distrito Federal

LEGARRETA, M. (2012). *El tiempo donado en el ámbito doméstico-familiar*. Estudio sobre el trabajo doméstico y los cuidados. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea

LEÓN, Magdalena (comp.) (1997a). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Santa Fe de Bogotá: T/M Editores.

LEÓN, Magdalena (1997b). El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo. En Magdalena León (comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 1-26). Santa Fe de Bogotá: T/M Editores.

LEVINTON, Nora, y MITCHELL, Stephen A. (2000). Conceptos relacionales en psicoanálisis: una integración. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (4), 15.

LOPÉZ GIRONÉS, Marisa y POLO USAOLA, Cristina (2014). Intervención en mujeres víctimas de violencia de género. Experiencia de psicoterapia grupal en un centro de salud mental. *Clínica Contemporánea*, 5(1), 29-39.

MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel, y BONILLA CAMPOS, Amparo (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Publicacions de la Universitat de València.

MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel (2004). Diferencia sexual y salud: un análisis desde las políticas de igualdad de género. En Esther Barberá Heredia, Isabel Martínez Benlloch y Amparo Bonilla Campos (coord.), *Psicología y género* (pp. 295-324). Madrid: Pearson Prentice Hall.

MARTÍNEZ BENLLOCH, Isabel (2005). *Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud*. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Universidad de Valencia. Recuperado de: [https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/equidad/03modulo\\_02.pdf](https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/equidad/03modulo_02.pdf)

MASA, Marce, ALIJA, Patxi, IBÁÑEZ, Estibaliz, ALONSO, Aurelio, y Berroeta, Estibaliz (2013). *Los procesos de empoderamiento de las mujeres adultas en el País Vasco*. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. Recuperado de [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes/es\\_emakunde/adjuntos/informe.32.mujeres.adultas.cas.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes/es_emakunde/adjuntos/informe.32.mujeres.adultas.cas.pdf)

MILLAN SUSINOS, Raquel, JIMENEZ PEREZ MUELAS, Juana Teresa y BLANCO PRIETO, Pilar (2004). *Intervención grupal con mujeres: prevención de la violencia y promoción de la salud y autonomía. Experiencias grupales en centros de salud*. En *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Coord. por Consuelo Ruiz-Jarabo Quemada y Pilar Blanco Prieto, págs. 159-169. Madrid. Diaz de Santos

MILLET, Kate (1995). *Política Sexual*. Madrid: Cátedra.

MILLET, Kate (1990) *Viaje al manicomio*. Barcelona: Seix Barral.

MOSEDALE, Sarah (2003). *Towards a framework for assessing empowerment*. Ponencia presentada en la Conferencia International New Directions in Impact Assessment for Development: Methods and Practice (Manchester, 24-25 de noviembre).

MURGUIALDAY, Clara, VÁZQUEZ, Norma, y GONZÁLEZ, Lara (2008). *Un paso más: evaluación el impacto de género*. Barcelona: Cooperacció.

MURUAGA LOPÉZ DE GUEREÑO, María Soledad, y PASCUAL PASTOR, Pilar (2013). *La salud mental de las mujeres: la psicoterapia de equidad feminista*. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud.

NACIONES UNIDAS (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995*. Recuperado de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

NACIONES UNIDAS (2014). *Los derechos de la mujer son derechos humanos*. Recuperado de [https://www.ohchr.org/documents/publications/hr-pub-14-2\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/documents/publications/hr-pub-14-2_sp.pdf)

NACIONES UNIDAS (2014). *Guía de evaluación de programas y proyectos con perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad*. ONU MUJERES, marzo 2014, México.

<https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2015/3/evaluacion-de-programas>

NOGUEIRAS GARCIA, Belén (2004). *La violencia en la pareja*. En *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*. Coord. por Consuelo Ruiz-Jarabo Quemada y Pilar Blanco Prieto, págs. 39-55. Madrid. Diaz de Santos.

NOGUEIRAS GARCIA, Belén, BLANCO PRIETO, Pilar y PLIEGO CID, Purificación (2005) Los talleres y grupos de reflexión entre mujeres como prevención de la violencia. Una experiencia en una Concejalía de Mujer. Madrid. Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 18 (2005): 351-360

NOGUEIRAS, Belén (2011): *Feminismo y violencia contra las mujeres por razón de género* en Pérez Viejo y Escobar (Coords.): *Perspectivas de la violencia de género*, Madrid, Grupo 5, pp.31-45.

NOGUEIRAS GARCIA, Belén (2013). *Discursos y prácticas feministas en el ámbito de la salud en España (1975-2013)*. Trabajo Fin de Máster. Universidad Complutense de Madrid.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998). *Gender and health: technical paper*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63998/WHO\\_FRH\\_WHD\\_98.16.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63998/WHO_FRH_WHD_98.16.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD y MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001). *La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar*. La Declaración de Madrid. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracionMadrid.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009). *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44168/9789241563857\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44168/9789241563857_eng.pdf?sequence=1)

PASTOR CARBALLO, Rosa, y BONILLA CAMPOS, Amparo (2000). *Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas*. *Papeles del psicólogo*, (75), 34-39.

PICK, Susan, SIRKIN, Jenna, ORTEGA, Isaac, OSORIO, Pavel, MARTÍNEZ, Rocio, XOCOLOTZIN, Ulises, y GIVAUDAN, Martha (2007). *Escala para medir agencia personal y empoderamiento (ESAGE)*. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3), 295-304.

PIKAZA GORROTXATEGI, Maitane (2017). *Espacios propios para las mujeres y procesos de empoderamiento: la red de escuelas de empoderamiento de Bizkaia*. Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. Recuperado de [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/certamen\\_publicaciones/es\\_def/adjuntos/v\\_certamen\\_emakunde\\_2017.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/certamen_publicaciones/es_def/adjuntos/v_certamen_emakunde_2017.pdf)

ROWLANDS, Jo (1997). Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras: un modelo para el desarrollo. En Magdalena León (comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 213-245). Santa Fe de Bogotá: T/M Editores.

RUIZ CANTERO, María Teresa (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*.

Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <https://www.easp.es/project/sesgos-de-genero-en-la-atencion-sanitaria-serie-nueva-salud-publica/>

SÁEZ BUENAVENTURA, Carmen (1979). Mujer, locura y feminismo. En Jeantte Tudor, Phyllis Chesler, Raquel T. Hare-Mustin, Routh Moulton, y Carol J. Barret, *Mujer, locura y feminismo* (pp. 9-57). Madrid: Dédalo Ediciones.

SAGASTIZABAL, M., y LEGARRETA, M. (2016). *La triple presencia-ausencia: una propuesta para el estudio del trabajo doméstico-familiar, el trabajo remunerado y la participación sociopolítica*. Papeles del CEIS, 2016(1), 1

SÁNCHEZ LÓPEZ, M.<sup>ª</sup> del Pilar (2013). *La salud desde la perspectiva de género: el estado de la cuestión*. En María Pilar Sánchez López (coord.) *La salud de las mujeres, análisis desde la perspectiva de género*. Madrid. Editorial Síntesis. (17-40).

SÁNCHEZ LÓPEZ, M.<sup>ª</sup> del Pilar, CUÉLLAR FLORES, Isabel (2013). *Salud mental y género*. En María Pilar Sánchez López (coord.) *La salud de las mujeres, análisis desde la perspectiva de género*. Madrid. Editorial Síntesis. (189-214).

SANZ, Fina (1990). *Psicoerotismo masculino y femenino*. Barcelona: Kairós.

SANZ, Fina (1995). *Los vínculos amorosos: amar desde la identidad en la terapia del reencontro*. Barcelona: Kairós.

SANZ RAMÓN, Fina (2004). Del mal trato al buen trato. En Consuelo Ruiz-Jarabo Quemada y Pilar Blanco Prieto (coord.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección, cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 1-14). Madrid: Diaz de Santos.

SANZ RAMÓN, Fina (2016). *El buentrato: Como proyecto de vida*. Barcelona: Kairós.

SASTRE DOMINGO, Henar (2007). *Valoración y atribución subjetiva del malestar percibido por las mujeres*. Trabajo Fin de Grado. Instituto de salud Carlos III, Madrid.

- SAU SÁNCHEZ, Victoria (1996). Estrés, salud mental y psicología de género. *Quadern CAPS*, (24), 21-24.
- SCHULER, Margaret (1997). Los derechos de las mujeres son derechos humanos: la agenda internacional del empoderamiento. En Magdalena León (comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 29-54). Santa Fe de Bogotá: T/M Editores.
- SEN, Gita (1997). Empowerment as an approach to poverty. Background paper to the human development report. *Working Paper Series*, 97(7), 121-139.
- SIMÓN Rodríguez, Elena, (2002) *Democracia Vital*. Mujeres y Hombres hacia la plena ciudadanía. Madrid, Narcea.
- STEINEM, Gloria (1995). *Revolución desde dentro. Un libro sobre la autoestima*, Anagrama, Barcelona.
- STROMQUIST, Nelly (1997). La búsqueda del empoderamiento: en qué puede contribuir el campo de la educación. En Magdalena León (comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 75-98). Santa Fe de Bogotá: T/M Editores.
- TÁVORA, Ana (2003). *Ser feminista, ser psicoterapeuta*. *Cuadernos de Salud Pública*, 21, 42-45.
- TÁVORA, Ana (2008) *Amor en la pareja y salud mental*. En III Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud. Bienestar psicológico desde la perspectiva de género. Córdoba.
- TÁVORA Rivero, Ana (2013) *Una propuesta para abordar el sufrimiento de las mujeres desde la psicología social y desde la perspectiva feminista*. *Revista ÁREA 3*. Nº 17, 1-23.
- TUBERT, Silvia (1991). *Mujeres sin sombra. Maternidad y Tecnología*. Madrid: Siglo XXI.
- TUBERT, Silvia (2001). *Deseo y representación. Convergencias de psicoanálisis y teoría feminista*. Madrid: Síntesis.
- VALLS-LLOBET, Carme (1991). Aspectos de la morbilidad femenina diferencial. Informe de situación. *Quaderns CAPS*, (16), 46-52.
- VALLS-LLOBET, Carme (2001). *El estado de la investigación en salud y género*. En Consuelo Miqueo, Concepción Tomás, Cruz Tejero, M.ª José Barral, Teresa Fernández y Teresa Yago, *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas* (pp. 179-195). Madrid: Minerva.
- VALLS-LLOBET, Carme (2006). *Mujeres Invisibles*. Barcelona: Debolsillo.

VALLS-LLOBET, Carme (2008). *Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia*. Anuario de Psicología, vol. 39, nº 1, abril 2008, pp. 87-92, Universitat de Barcelona, Facultat de Psicologia

VALLS-LLOBET, Carme (2013). Medicalización de las mujeres y normalización de la inferioridad. En María del Pilar Sánchez-López (coord.), *La salud de las mujeres. análisis desde la perspectiva de género* (pp. 41-56). Madrid: Síntesis.

VALLS-LLOBET, Carme (2018). *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.

VÁZQUEZ, Norma (2009). *Las escuelas para el empoderamiento*. Recuperado de: <http://www.berripapera.org/files/Vazquez-escuelas-empoderamiento.pdf>

VELASCO ARIAS, Sara (2006). *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud*. Instituto de la Mujer. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de [http://educagenero.org/Recursos/SARA\\_VELASCO\\_Atencion\\_biopsic\\_malestar.pdf](http://educagenero.org/Recursos/SARA_VELASCO_Atencion_biopsic_malestar.pdf)

VELASCO ARIAS, Sara (2009). *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género en programas de salud*. Observatorio de Salud de las Mujeres. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>

WIERINGA, Saskia (1997). Una reflexión sobre el poder y la medición del empoderamiento de género del PNUD. En Magdalena León (comp.), *Poder y Empoderamiento de las Mujeres* (pp. 147-172). Santa Fé de Bogotá: T/M Editores.

YOUNG, Kate (1997). El potencial transformador en las necesidades prácticas: Empoderamiento colectivo y proceso de planificación. En Magdalena León (comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres* (pp. 99-118). Santa Fé de Bogotá: T/M Editores.



# 8.1 Cuestionario

**MUNICIPIO:**

---

**EDAD:**

---

**SITUACIÓN LABORAL:**

---

- A. Trabajo doméstico y/o de cuidados no remunerado
- B. Empleo por cuenta ajena
- C. Empleo por cuenta propia
- D. Estudiante
- E. Jubilada

**PERSONAS A CARGO:**  SÍ  NO

---

**CON QUIÉN VIVE:**

---

- A. Sola
- B. En pareja
- C. En familia
- D. Otros

**1. Cursos realizados:**

---

- A. Uno
- B. Dos
- C. Tres o más

**2. Motivación para participar en los cursos:**

---

(Señala dos como máximo)

- A. Salir de mi entorno y establecer relaciones con otras mujeres
- B. Profundizar en el feminismo y conocer la realidad de las mujeres
- C. Formarme
- D. Razones de salud
- E. Otros

**3. Si tu motivación para participar en los cursos ha sido la salud, especifica el estado en el que te encontrabas al inicio de los mismos:**

---

(Señala dos como máximo, por orden pon 1º o 2º)

[Pregunta filtro: dirigida a las mujeres que han señalado la salud como motivación para participar en los cursos]

- A. Ansiedad
- B. Depresión
- C. Malestar general no diagnosticado, "me encontraba mal"
- D. Baja autoestima, inseguridad
- E. Otros

**4. Cambios generales que has notado en tu vida tras los cursos:**

---

(Señala dos como máximo)

- A. Mayor conciencia feminista sobre los roles de género, identidad y relaciones de género y de cómo nos condicionan a las mujeres
- B. Mayor autoestima y seguridad personal
- C. Mayor toma de decisiones respecto a mis propias necesidades
- D. Establezco mis necesidades y prioridades
- E. Otros

## **5. Cambios que has notado a nivel de salud en tu vida tras los cursos:**

---

(Señala dos como máximo)

[Pregunta filtro: dirigida a las mujeres que han señalado la salud como motivación para participar en los cursos]

- A. En la medicación, ahora necesito menos
- B. Mis síntomas han disminuido (ansiedad, depresión, insomnio, tristeza)
- C. He aprendido a manejar mis estados emocionales, tengo recursos
- D. Ha mejorado mi autoestima
- E. Otros

## **6. Cambios que has notado a nivel de relaciones en tu vida tras los cursos:**

---

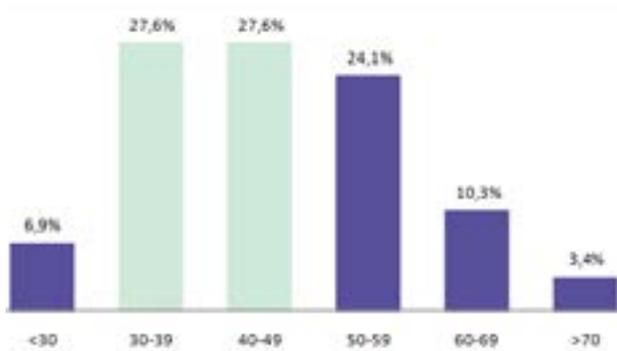
(Señala dos como máximo)

- A. He efectuado cambios en los roles de género
- B. Existe mayor reciprocidad y responsabilidad en mis relaciones
- C. Tengo más consciencia de mi propio espacio personal
- D. Establezco mejor los límites
- E. Tengo más recursos comunicativos y de resolución de conflictos
- F. Otros

# 8.2 Resultados completos por municipios

## ARRASATE

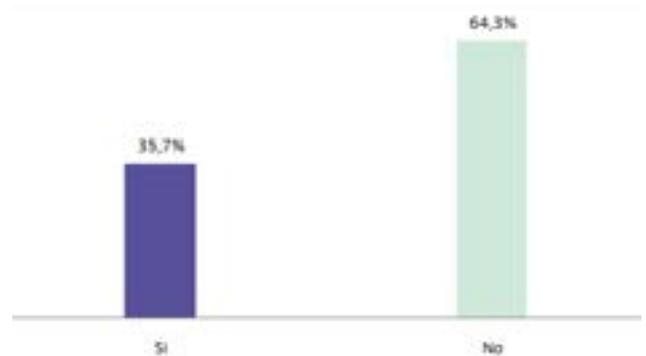
Gráfico 1. Distribución de la muestra, según grupo de edad y municipio.



Fuente: Elaboración propia

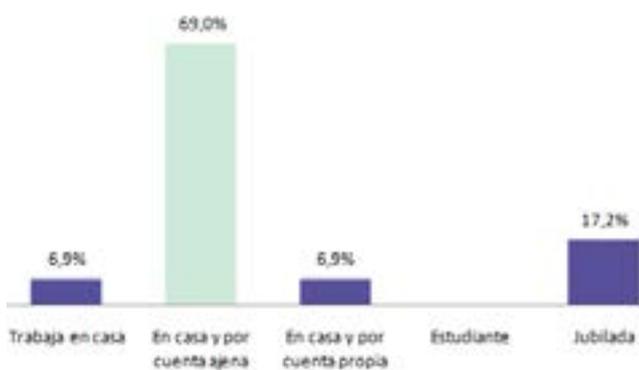
Media de edad: 46,28

Gráfico 3. Distribución de la muestra, según personas a cargo y municipio.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Distribución de la muestra, según situación laboral y municipio.



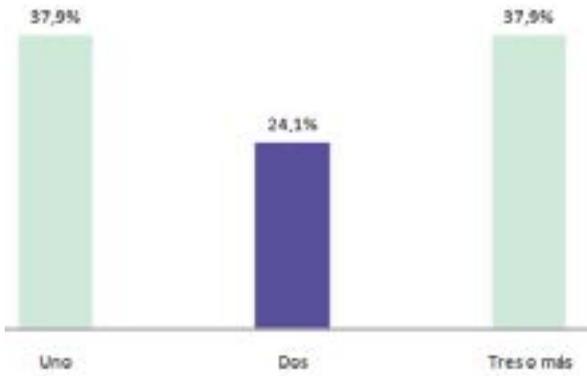
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4. Distribución de la muestra, según tipo de convivencia y municipio.



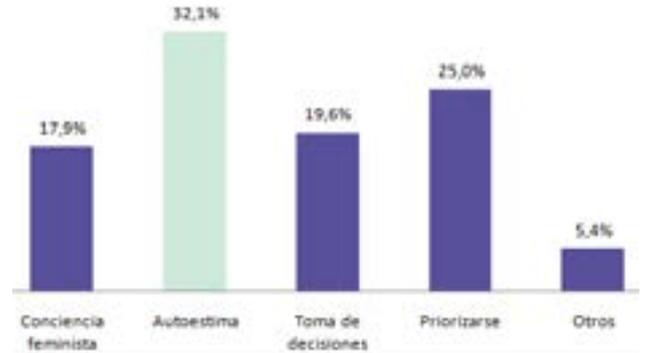
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 5. Distribución de la muestra, según número de cursos realizados y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

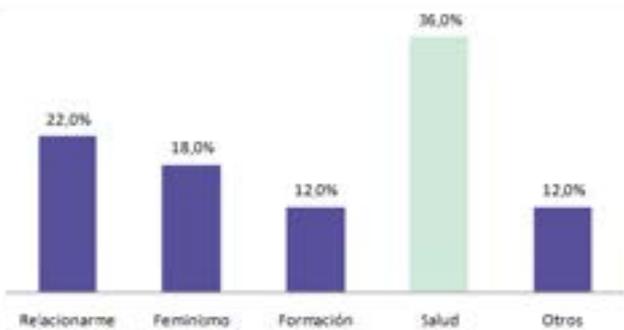
**Gráfico 8. Cambios generales percibidos tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

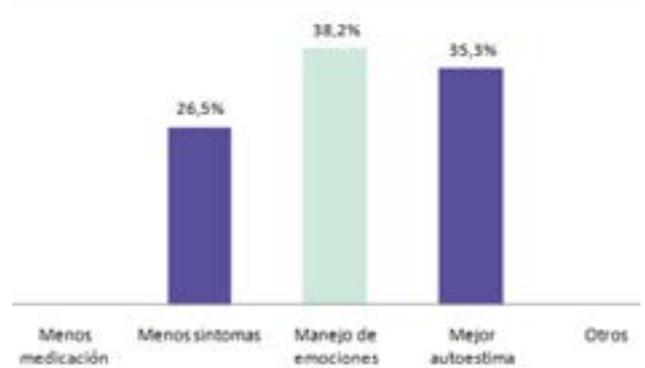
**Gráfico 6. Motivación para participar en los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

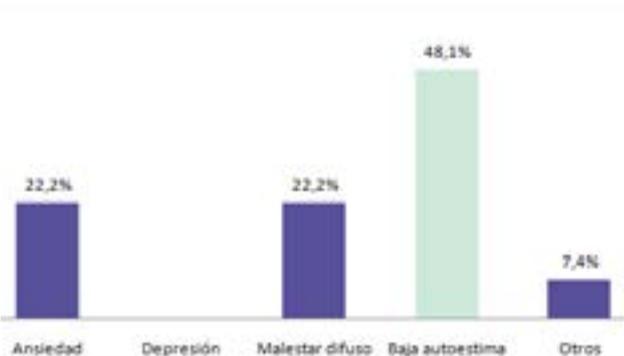
**Gráfico 9. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

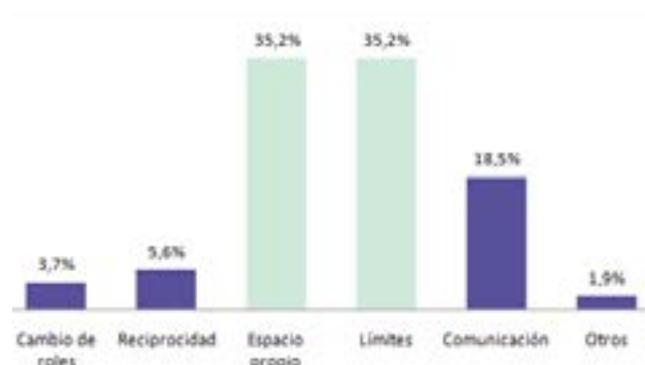
**Gráfico 7. Estados de salud manifestados al inicio de los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 10. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos, según municipio.**

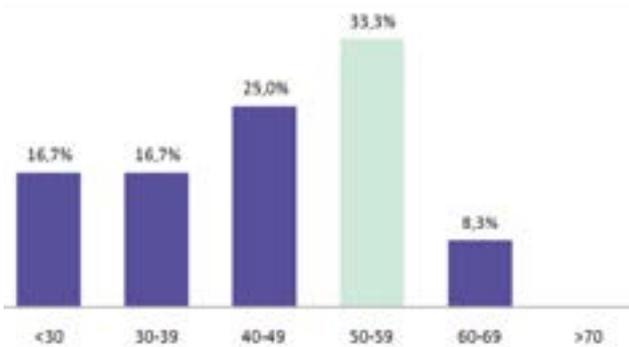


Fuente: Elaboración propia.

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

# AZPEITIA

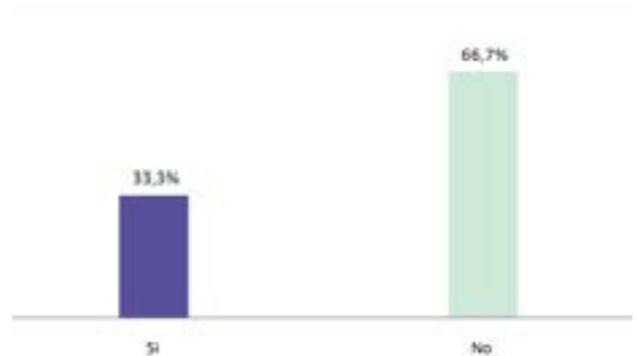
**Gráfico 11. Distribución de la muestra, según grupo de edad y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

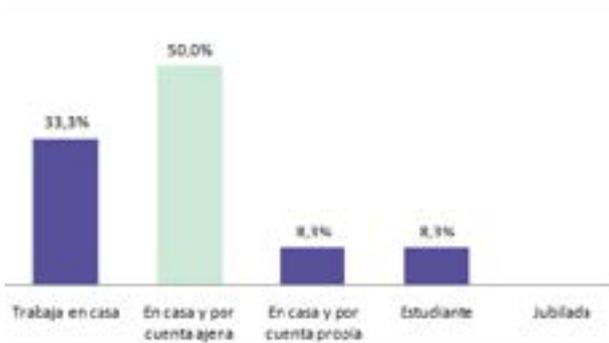
Media de edad: 45,08

**Gráfico 13. Distribución de la muestra, según personas a cargo y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 12. Distribución de la muestra, según situación laboral y municipio.**



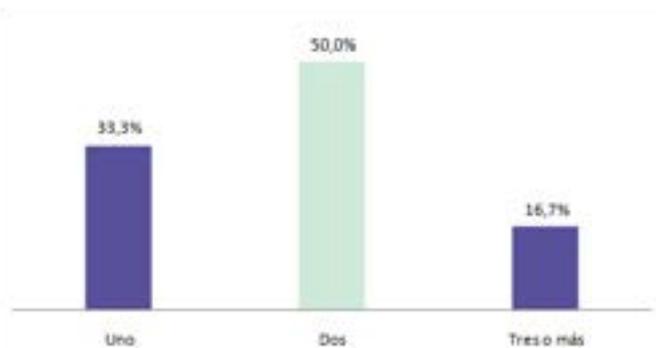
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 14. Distribución de la muestra, según tipo de convivencia y municipio.**



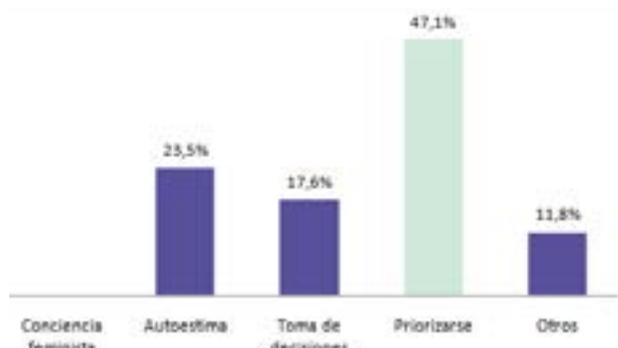
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 15. Distribución de la muestra, según número de cursos realizados y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

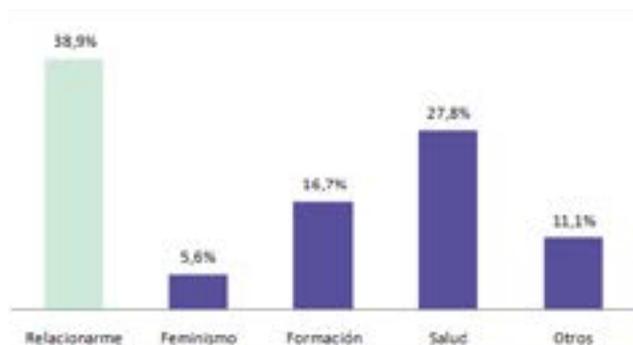
**Gráfico 18. Cambios generales percibidos tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

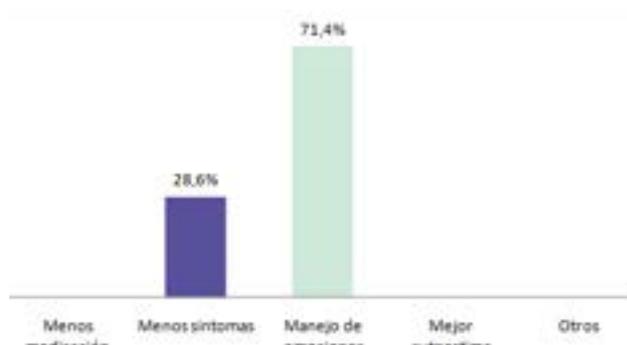
**Gráfico 16. Motivación para participar en los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

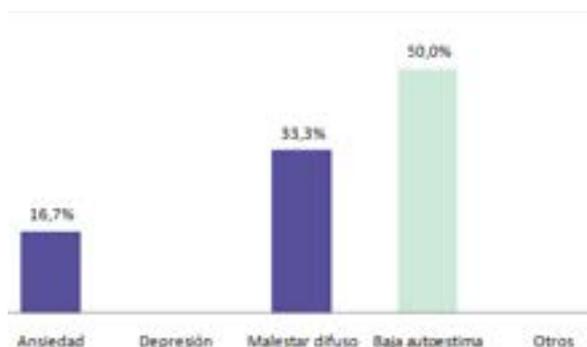
**Gráfico 19. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

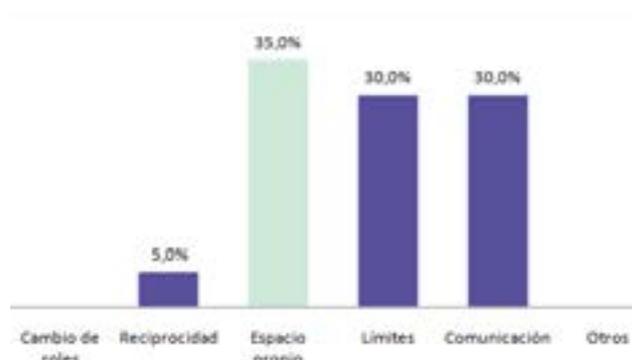
**Gráfico 17. Estados de salud manifestados al inicio de los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 20. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia.

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

# OÑATI

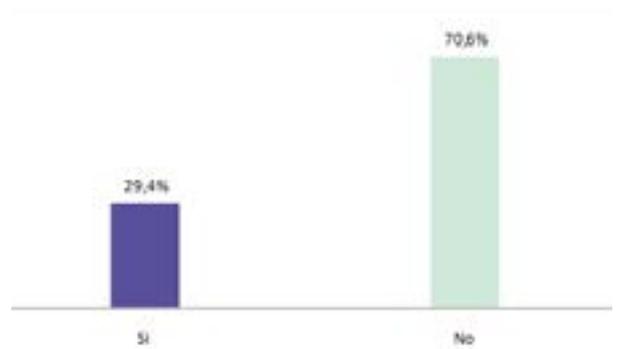
**Gráfico 21. Distribución de la muestra, según grupo de edad y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

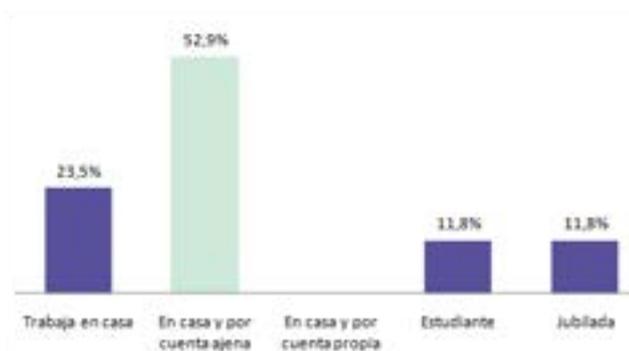
Media de edad: 52,71

**Gráfico 23. Distribución de la muestra, según personas a cargo y municipio.**



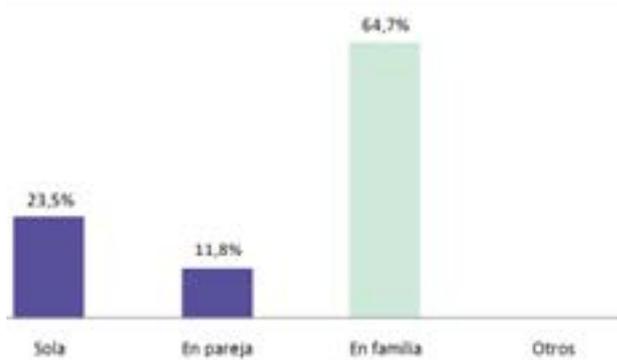
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 22. Distribución de la muestra, según situación laboral y municipio.**



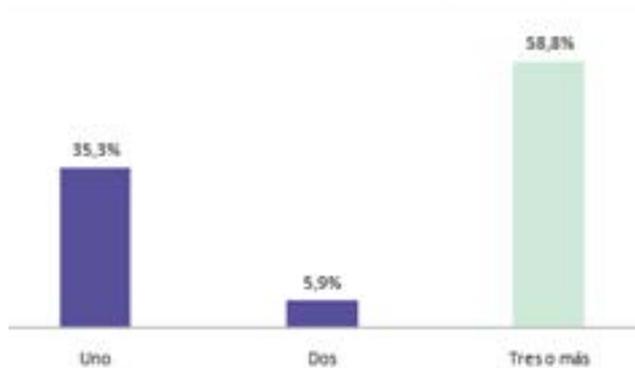
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 24. Distribución de la muestra, según tipo de convivencia y municipio.**



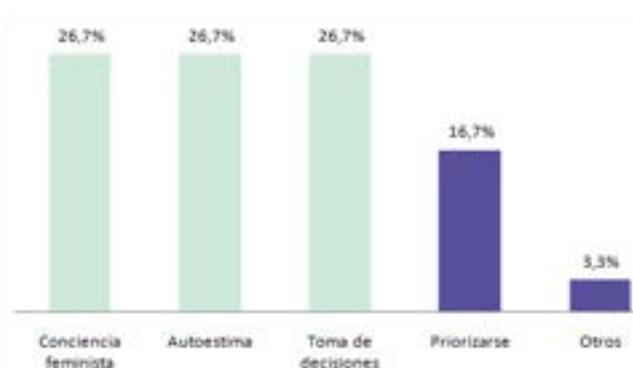
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 25. Distribución de la muestra, según número de cursos realizados y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

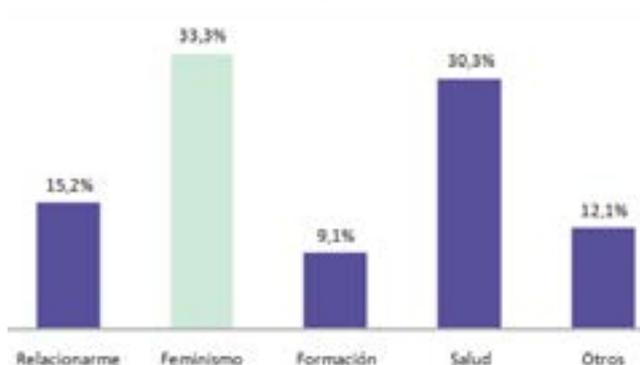
**Gráfico 28. Cambios generales percibidos tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 26. Motivación para participar en los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

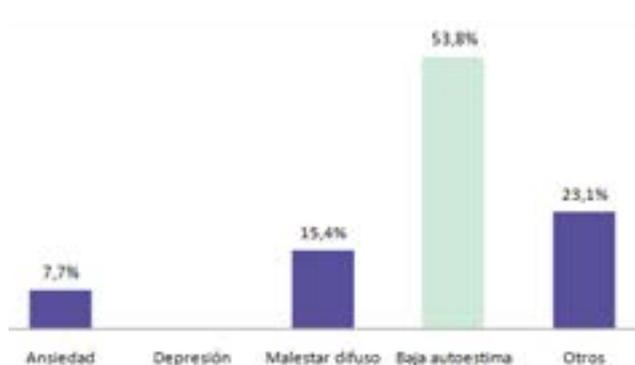
**Gráfico 29. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

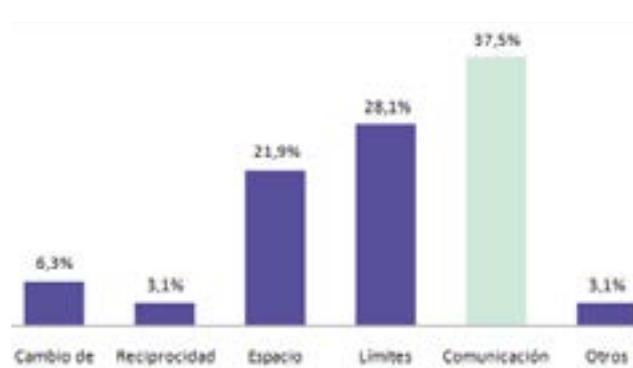
**Gráfico 27. Estados de salud manifestados al inicio de los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 30. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos, según municipio.**

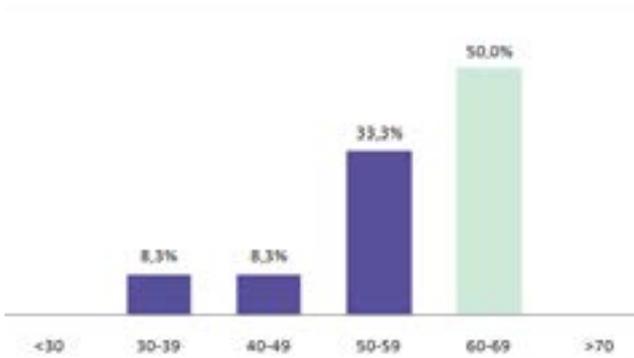


Fuente: Elaboración propia.

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

# TOLOSA

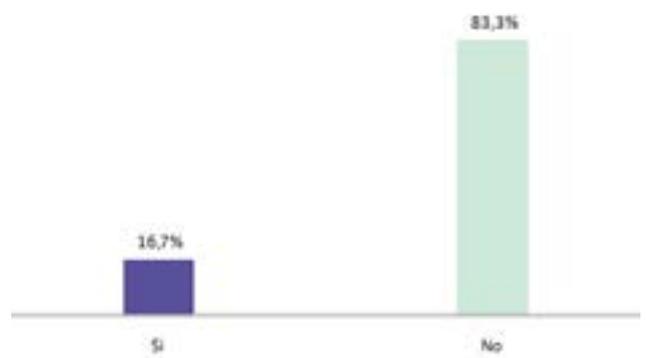
**Gráfico 31. Distribución de la muestra, según grupo de edad y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

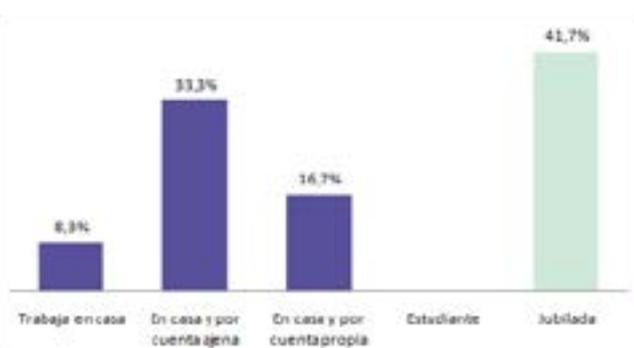
Media de edad: 57,17

**Gráfico 33. Distribución de la muestra, según personas a cargo y municipio.**



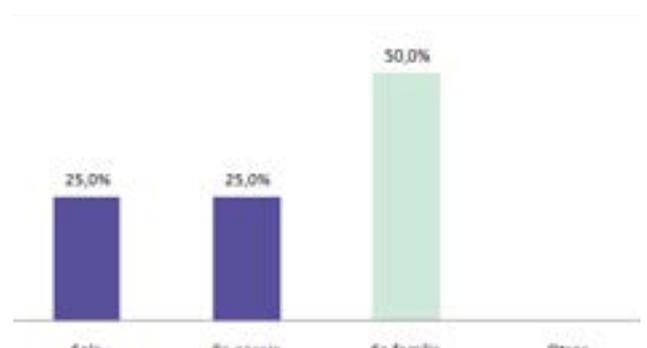
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 32. Distribución de la muestra, según situación laboral y municipio.**



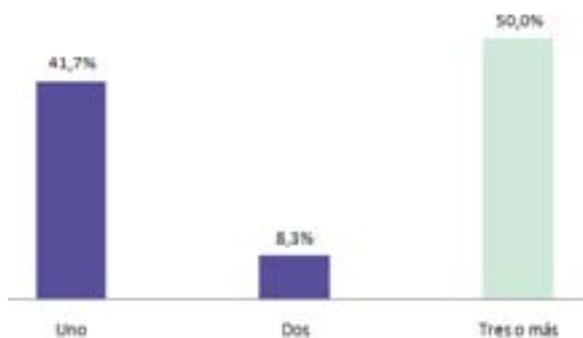
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 34. Distribución de la muestra, según tipo de convivencia y municipio.**



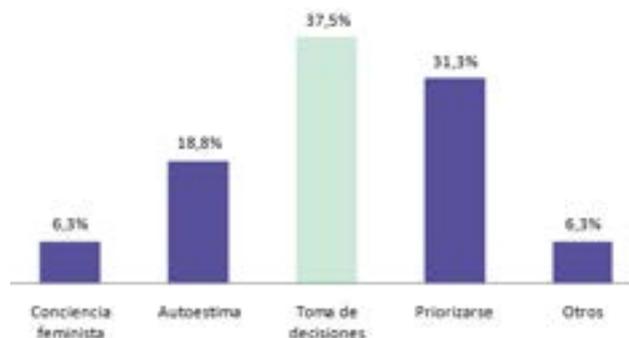
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 35. Distribución de la muestra, según número de cursos realizados y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

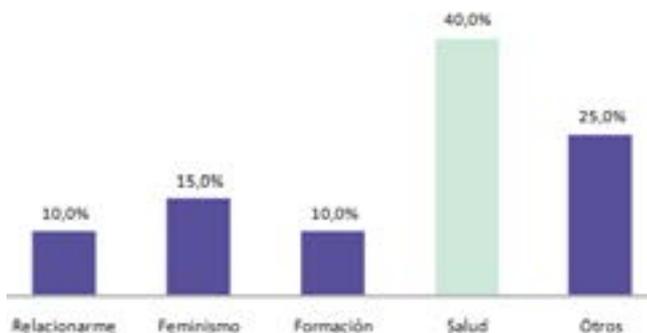
**Gráfico 38. Cambios generales percibidos tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 36. Motivación para participar en los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

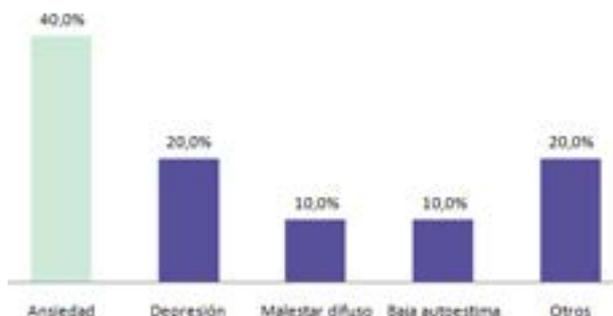
**Gráfico 39. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

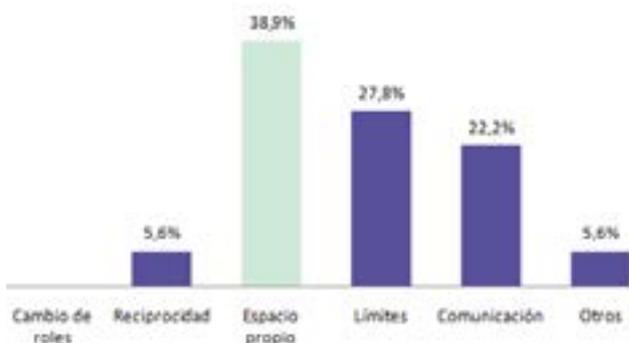
**Gráfico 37. Estados de salud manifestados al inicio de los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 40. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos, según municipio.**

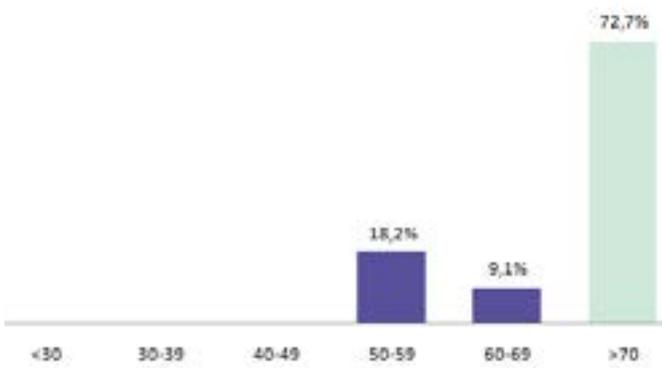


Fuente: Elaboración propia.

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

# TRINTXERPE

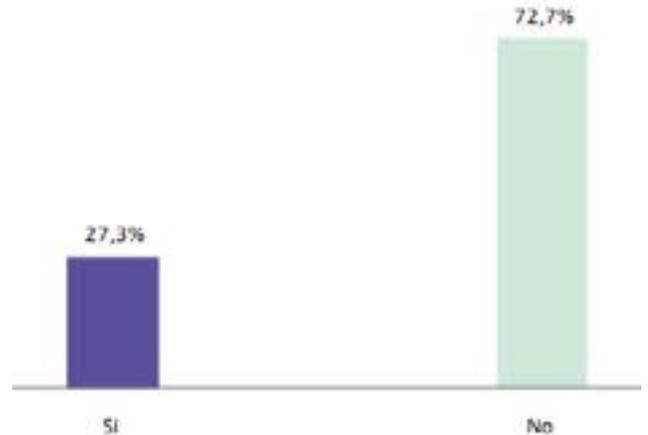
Gráfico 41. Distribución de la muestra, según grupo de edad y municipio.



Fuente: Elaboración propia

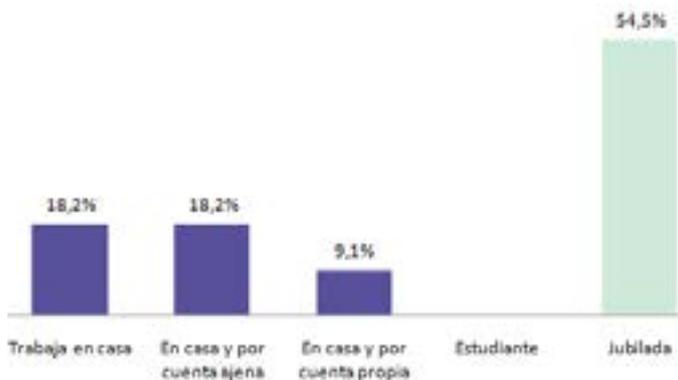
Media de edad: 79,09

Gráfico 43. Distribución de la muestra, según personas a cargo y municipio.



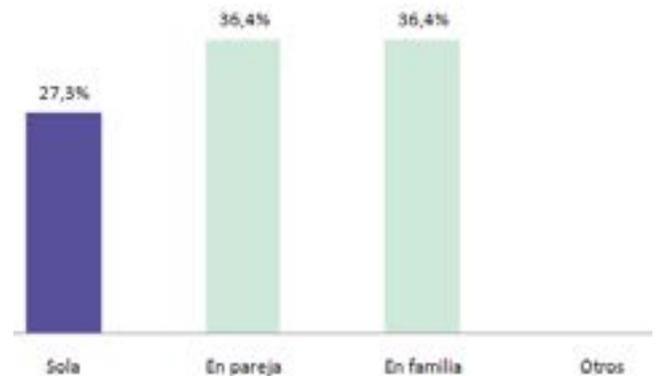
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 42. Distribución de la muestra, según situación laboral y municipio.



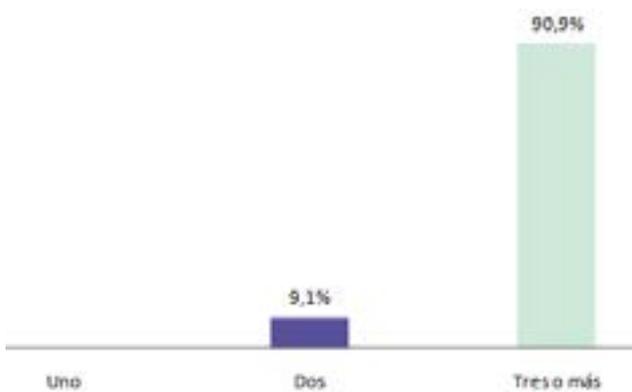
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 44. Distribución de la muestra, según tipo de convivencia y municipio.



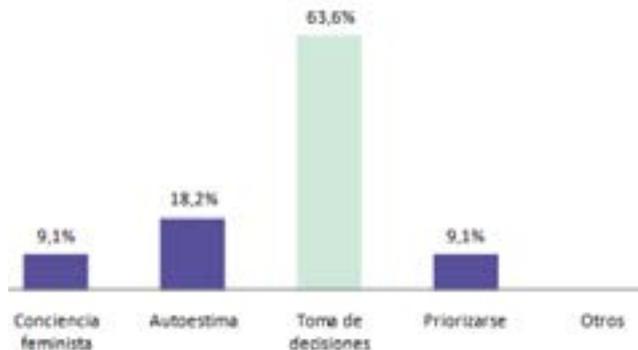
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 45. Distribución de la muestra, según número de cursos realizados y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

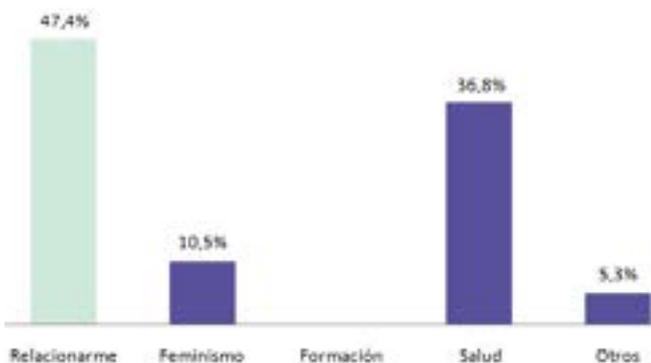
**Gráfico 48. Cambios generales percibidos tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.

**Gráfico 46. Motivación para participar en los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.

**Gráfico 49. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.

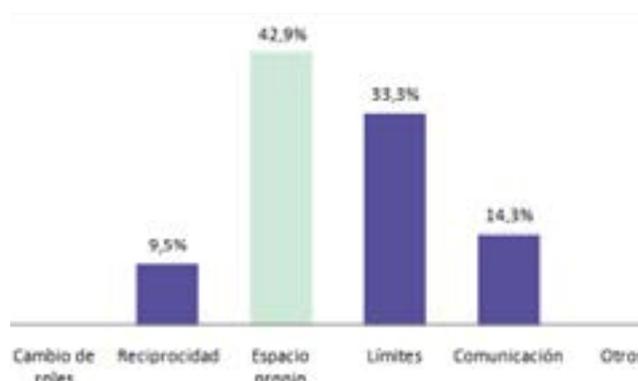
**Gráfico 47. Estados de salud manifestados al inicio de los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.

**Gráfico 50. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos, según municipio.**

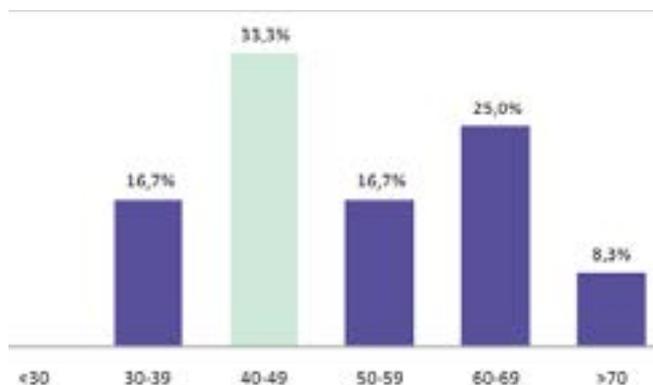


Fuente: Elaboración propia.

Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.

## URNIETA

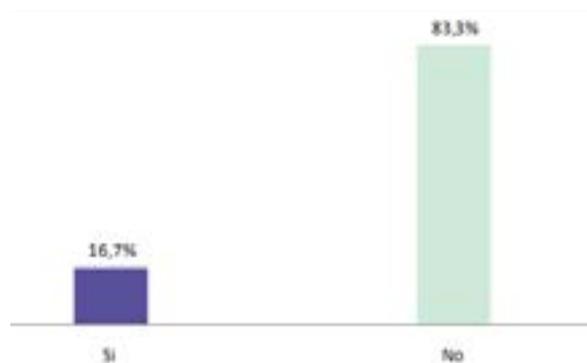
**Gráfico 51. Distribución de la muestra, según grupo de edad y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

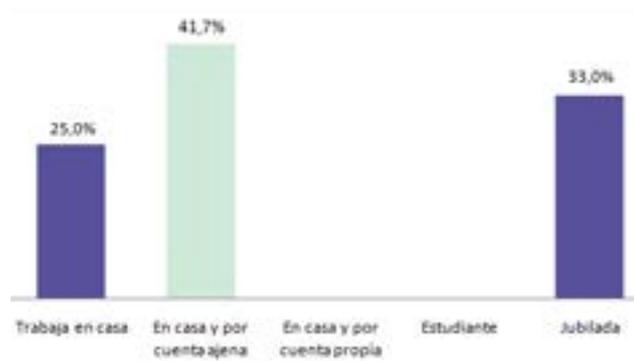
Media de edad: 53,00

**Gráfico 53. Distribución de la muestra, según personas a cargo y municipio.**



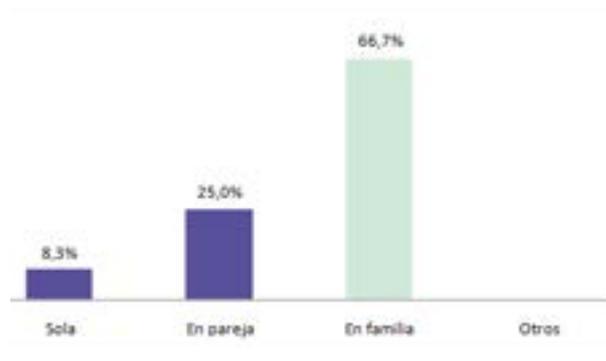
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 52. Distribución de la muestra, según situación laboral y municipio.**



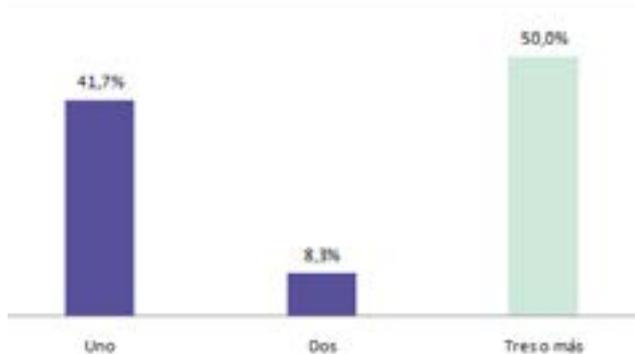
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 54. Distribución de la muestra, según tipo de convivencia y municipio.**



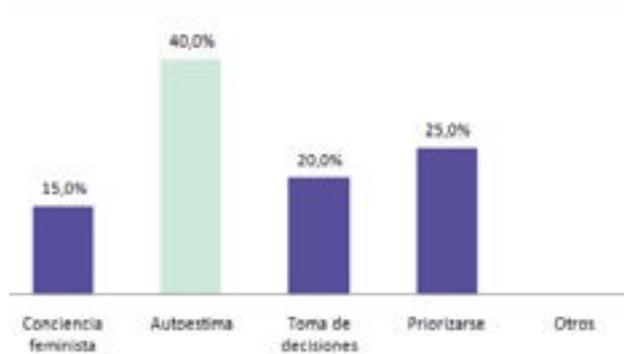
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 55. Distribución de la muestra, según número de cursos realizados y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

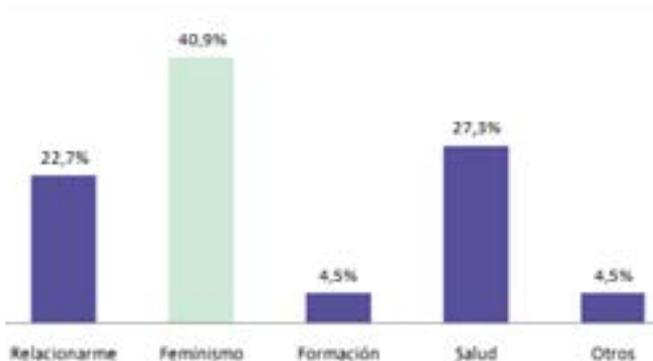
**Gráfico 58. Cambios generales percibidos tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 56. Motivación para participar en los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

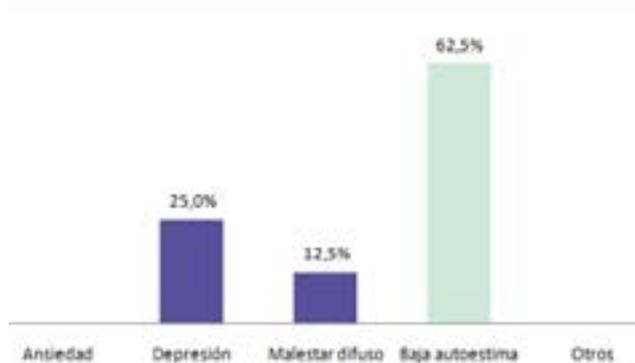
**Gráfico 59. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

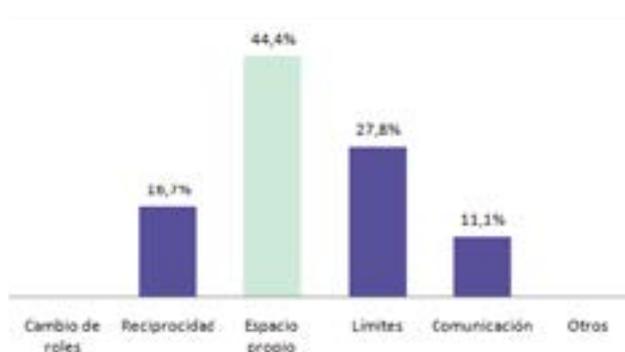
**Gráfico 57. Estados de salud manifestados al inicio de los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 60. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos, según municipio.**

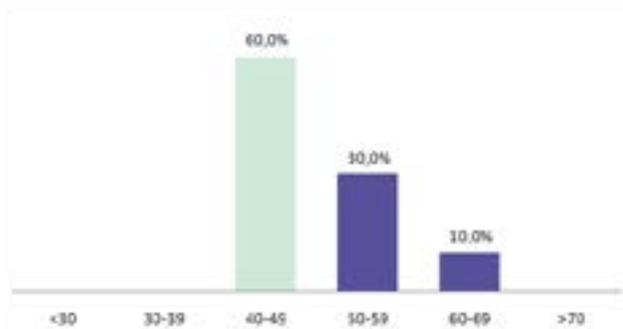


Fuente: Elaboración propia.

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

## USURBIL

Gráfico 61. Distribución de la muestra, según grupo de edad y municipio.



Fuente: Elaboración propia

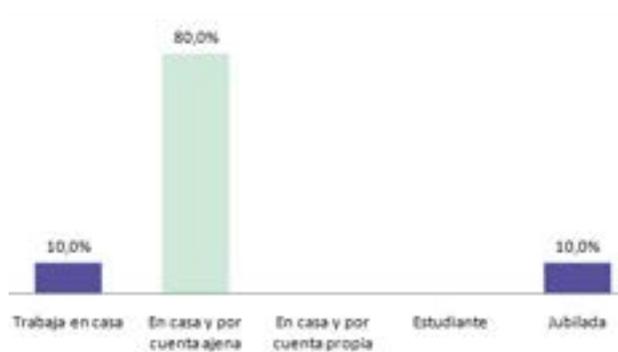
Media de edad: 50,80

Gráfico 63. Distribución de la muestra, según personas a cargo y municipio.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 62. Distribución de la muestra, según situación laboral y municipio.



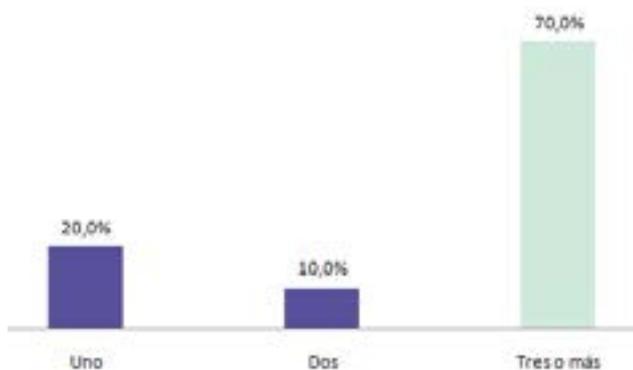
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 64. Distribución de la muestra, según tipo de convivencia y municipio.



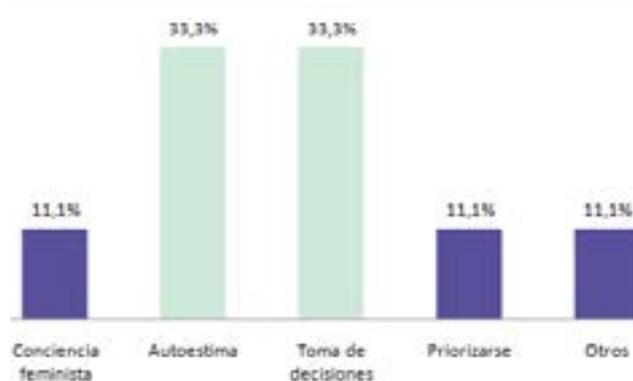
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 65. Distribución de la muestra, según número de cursos realizados y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

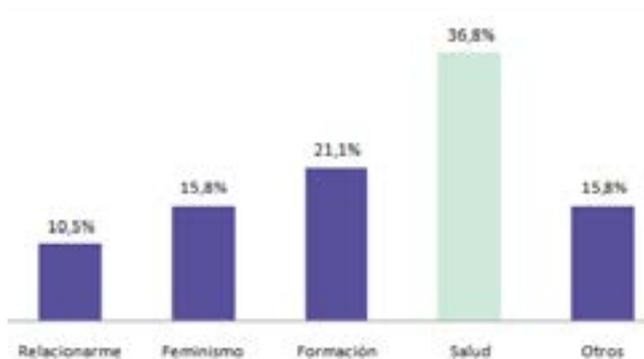
**Gráfico 68. Cambios generales percibidos tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 66. Motivación para participar en los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

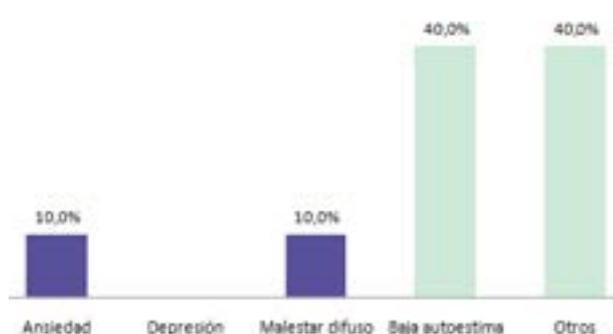
**Gráfico 69. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

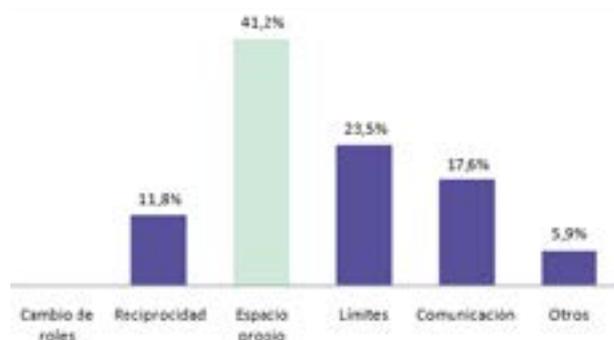
**Gráfico 67. Estados de salud manifestados al inicio de los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 70. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos, según municipio.**

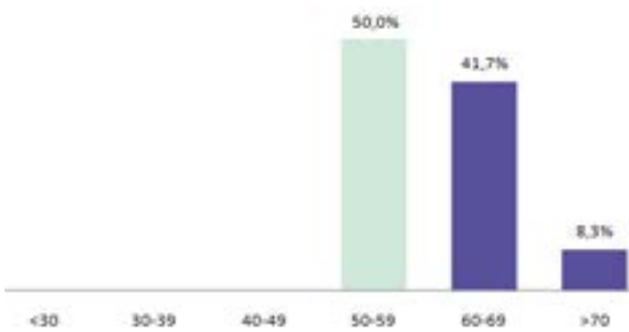


Fuente: Elaboración propia.

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

# ZARAUTZ

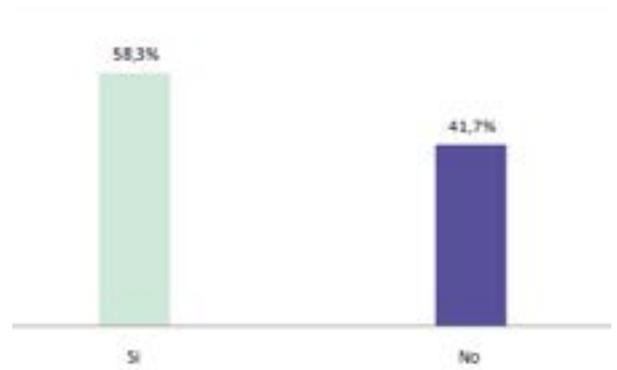
Gráfico 71. Distribución de la muestra, según grupo de edad y municipio.



Fuente: Elaboración propia

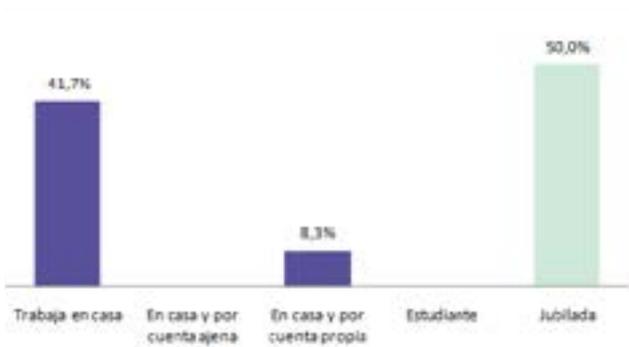
Media de edad: 61,17

Gráfico 73. Distribución de la muestra, según personas a cargo y municipio.



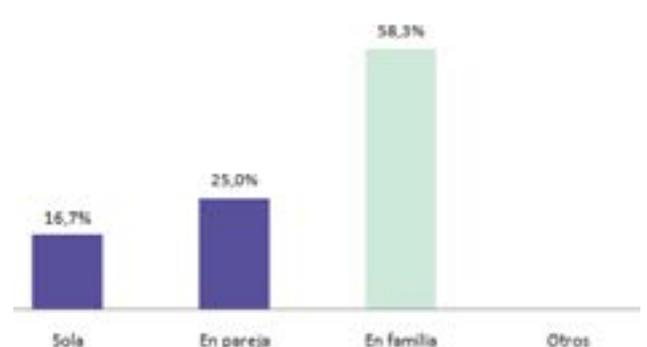
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 72. Distribución de la muestra, según situación laboral y municipio.



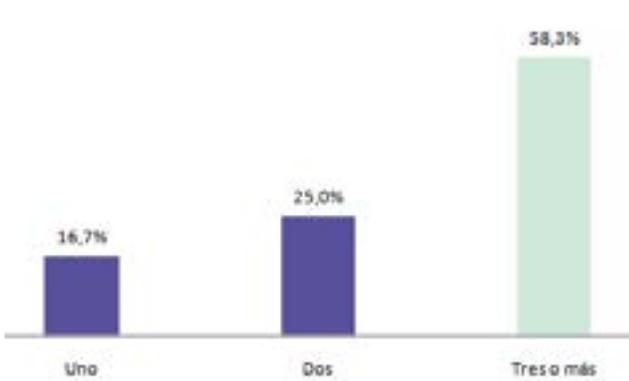
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 74. Distribución de la muestra, según tipo de convivencia y municipio.



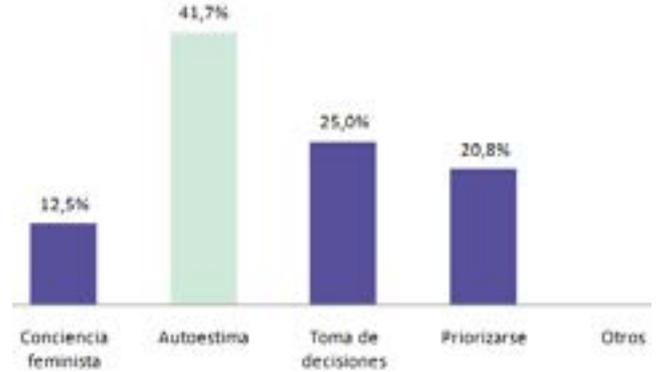
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 75. Distribución de la muestra, según número de cursos realizados y municipio.**



Fuente: Elaboración propia

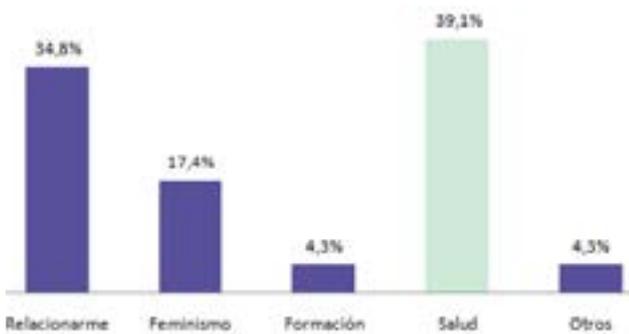
**Gráfico 78. Cambios generales percibidos tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

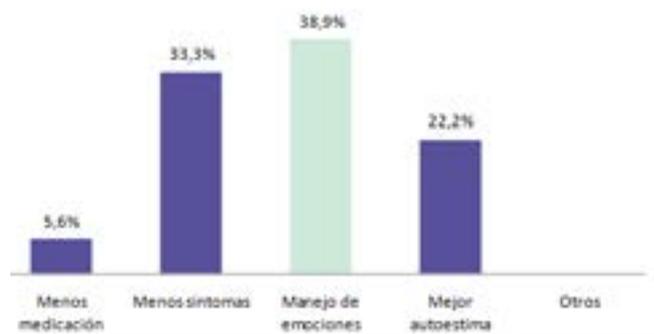
**Gráfico 76. Motivación para participar en los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 79. Cambios percibidos a nivel de salud tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

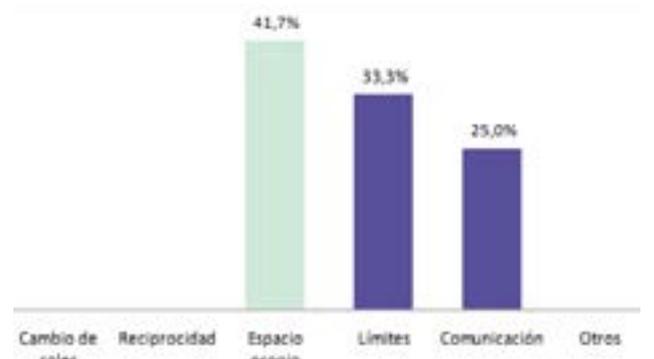
**Gráfico 77. Estados de salud manifestados al inicio de los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia

*Notas: Solo se consideran los casos en los que se ha señalado la salud como motivación para participar en los cursos. Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

**Gráfico 80. Cambios percibidos a nivel de relaciones tras los cursos, según municipio.**



Fuente: Elaboración propia.

*Nota: Cada encuestada puede especificar más de una opción por lo que los cálculos se han realizado respecto al total de respuestas.*

