



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Análisis de la Práctica del Ejercicio Físico
en Mujeres Mayores como Elemento para la Equidad
y la Promoción de la Salud**

D.^a Yolanda López Benavente

2021

UNIVERSIDAD DE
MURCIA



ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS

"Análisis de la práctica del ejercicio físico en mujeres mayores como elemento para la equidad y la promoción de la salud"

DOCTORANDA

D^a Yolanda López Benavente

DIRECTORAS

D^a M^a Beatriz Lidón Cerezuela

D^a Eva Abad Corpa

2021

Dedicado a todas las enfermeras,
profesionales de la salud y de la actividad física,
por su implicación en el cuidado de las mujeres mayores.

Y a todas las mujeres, valiosas y poderosas,
porque el ejercicio físico es un bien que nos fortalece.

Mejorar la salud de las mujeres es importante para ellas, sus familias, la comunidad y la sociedad en general. Mejorar la salud de las mujeres es mejorar el mundo. Organización Mundial de la Salud. Resumen analítico: las mujeres y la salud: los datos de hoy la agenda de mañana. 2009

Ofrecer a las mujeres más oportunidades de realizar actividades de ocio seguras y accesibles con el fin de aumentar sus niveles generales de actividad contribuiría, por tanto, a reducir la brecha de género y a alcanzar el objetivo global de actividad física para 2025. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. Lancet Glob Heal. 2018.

Agradecimientos

Durante el transcurso de mi Doctorado, muchas personas han sido inmensamente significativas para que esta tesis fuera posible. Quiero agradecer y reconocer todo su apoyo a:

Mis directoras, las Doctoras M^a Beatriz Lidón Cerezuela y Eva Abad Corpa, que me han guiado, enseñado y apoyado con sabiduría, cariño y paciencia en cada paso de mi proceso formativo y en la evolución de esta investigación. M^a Beatriz, mi profesora de Enfermería Geriátrica en la Diplomatura de Enfermería, me enseñó que la autorrealización, cumbre de la pirámide de Maslow, es infinita, que las personas mayores tienen capacidad para lograrla durante toda su vida, y nosotras, las enfermeras, tenemos capacidad para ayudarlas a conseguirlo. Eva, mi maestra de metodología cualitativa, me enseñó todas sus posibilidades para visibilizar las voces de las verdaderas protagonistas de la vida y del cuidado: las personas. Esta tesis nos volvió a unir con su maestría para dirigir mi inquietud por comprender y ayudar a que las mujeres mayores encuentren en el ejercicio físico una manera de vivir de forma libre y saludable. Sin su escucha y orientación, cada etapa de investigación y escritura final de los tres artículos y esta tesis, no hubieran tenido la oportuna coherencia. Muchas gracias queridas Directoras por vuestra rigurosa mirada.

Distinción a mi compañera de Doctorado, la enfermera Tania Ros Sánchez, investigadora sobre el empoderamiento de las mujeres mayores, con la que he compartido ideas, detalles, bibliografía, metodología, alegrías y algún duelo superado al lema de "cero dramas". Gracias "doctosister" por tus ricas aportaciones en este camino.

Las tres son también mis amigas, "bellas máximas", mucho más que nuestras tesis y Doctorados nos unen. La sororidad entre las cuatro ha impregnado esta trayectoria formativa e investigadora de manera sentimental. Siempre me he sentido, y me siento, enormemente feliz y orgullosa de tenerlas a mi lado.

Agradezco a Emilia Salmerón Arjona, excelente enfermera, amiga y compañera, por su revisión literaria de este documento y sugerencias para una lectura más amable y fluida del texto final.

Esta tesis no es sólo investigación, conlleva formación, adquisición de herramientas para que la misma se desarrolle y oportunidades para intercambiar conocimientos. En este viaje he tenido grandes acompañantes que me han brindado sustento y facilitado

la ocasión de experimentar y aprender. Pertenecen a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, al Grupo de Investigación en Cuidados Enfermeros Avanzados del IMIB, a la Gerencia y Dirección de Enfermería del Área VII del Servicio Murciano de Salud, entre otros. A todas y todos, muchas gracias por hacerme posible y agradable el recorrido.

A las coautoras y coautores de los artículos, por su implicación e ilusión en compartir conmigo esta línea de investigación, la cual han enriquecido con sus conocimientos, experiencias y complicidad.

A mi madre y mi padre, que sin duda me facilitaron abrir mis alas para estudiar, crecer y nunca dejar de descubrir el mundo.

Por supuesto a mis hermanas y hermano, amigas y amigos, compañeros y compañeras de trabajo que han estado pendientes de mi bienestar con cariñoso aliento y cuidados. No habría páginas suficientes para ponerlos nombre y epítetos de sincero agradecimiento.

Y sin duda, todo esto no podría haber sido posible sin el apoyo, impulso y espera de mi familia. Mis hijas tenían 7 y 10 años cuando se empezó a gestar el primer artículo de esta tesis, ahora tienen 13 y 16 años. En estos años ha habido mucho tiempo tomado del cuidado y disfrute de ellas. A mi compañero, pareja, amigo y sostén, paciente, comprensivo y alentador, cuan fácil me ha hecho posible dedicar horas, fines de semana y vacaciones a este proyecto. El feminismo no existiría si en el mundo hubiera más hombres como él. Ismael, muchas gracias por tu respeto y confianza en mí.

Presentación de esta tesis por Compendio de Publicaciones

Esta tesis, que lleva por nombre “Análisis de la práctica del ejercicio físico en las mujeres mayores como elemento para la equidad y la promoción de la salud”, se presenta como tesis por compendio de publicaciones conforme al Reglamento por el que se Regulan las Enseñanzas Oficiales de Doctorado de la universidad de Murcia (Aprobado en Consejo de Gobierno de 27 de enero de 2012 y modificado en Consejos de Gobierno de 26 de julio de 2013, 4 de octubre de 2013, 26 de marzo de 2014, 30 de abril de 2015, 20 de diciembre de 2018 y 15 de marzo de 2019).

La estructura de la tesis, siguiendo el artículo 20.5 de dicho Reglamento, contiene necesariamente, los siguientes apartados:

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

A lo largo de los seis años de Doctorado en que se inició esta tesis, y fruto del estudio de investigación realizado, se han publicado dos artículos en revistas indizadas en bases de datos internacionales de reconocido prestigio como Medline, SCOPUS, CINAHL, LILACS, LATINDEX y JCR, así como un tercer artículo aceptado para su publicación en revista indizada en SCOPUS, CINAHL, CUIDEN, Scielo y Dialnet entre otras.

En estos trabajos se describen y analizan las causas subyacentes a las desigualdades en la práctica de ejercicio físico de las mujeres mayores respecto al resto de la población, así como se exponen las estrategias profesionales que son utilizadas para superar dichas desigualdades. Los artículos son:

- Dificultades y motivaciones para el ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Un estudio cualitativo.
- Desigualdades de género, edad y situación sociolaboral. Programa de actividad física ACTIVA-Murcia.
- Promoción de la actividad física en mujeres mayores. Un estudio cualitativo con perspectiva de género.

Todos los artículos cuentan con la autorización de coautoras y coautores para formar parte del compendio de publicaciones de esta tesis.

La información relativa a los trabajos publicados se encuentra en los siguientes informes que se presentan (según artículo 20.3 del Reglamento):

- Informe, de Directoras de tesis, justificativo de la presentación del compendio de publicaciones como tesis Doctoral
- Informe de aportaciones de la doctoranda en los artículos de la tesis Doctoral por compendio de publicaciones

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

DOCTORANDA: Yolanda López Benavente

DIRECTORAS: Dra. Eva Abad Corpa y Dra. M^a Beatriz Lidón Cerezuela

TÍTULO DE TESIS: Análisis de la práctica del ejercicio físico en mujeres mayores como elemento para la equidad y la promoción de la salud

ARTICULOS QUE CONFORMAN LA TESIS POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES:

1. Dificultades y motivaciones para el ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Un estudio cualitativo. López-Benavente Y, Arnau-Sánchez J, Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela MB, Serrano-Noguera A, Medina-Abellán MD. Rev Lat Am Enfermagem. 2018 Jul 16;26:10. doi: 10.1590/1518-8345.2392.2989
2. Desigualdades de género, edad y situación sociolaboral. Programa de actividad física ACTIVA-Murcia. López-Benavente, Y., Abad-Corpa, E., Lidón-Cerezuela, M.B., Vivo-Molina, M.C., Menárguez- Puche, J.F., Ros-Sánchez, T., Meseguer-Liza, C. Rev Int Med y Ciencias la Act Física y el Deport. 2020;20(79):535-50. doi: 10.15366/rimcafd2020.79.010
3. Promoción de la actividad física en mujeres mayores. Un estudio cualitativo con perspectiva de género. López-Benavente, Y., Ros-Sánchez, T., Abad-Corpa, E., Lidón-Cerezuela, M.B. Aceptado por la revista Gerokomos el 25/05/2021, ref. 992/21.

Las abajo firmantes, D^a Eva Abad Corpa y D^a M^a Beatriz Lidón Cerezuela, como Directoras de Tesis de la Doctoranda D^a Yolanda López Benavente, INFORMAN que:

- La doctoranda es autora de los artículos que conforman la Tesis Doctoral como compendio de publicaciones.
- Todos los artículos han sido aceptados con posterioridad a la presentación del Proyecto de Tesis de la doctoranda.
- Los dos primeros artículos han sido publicados en revistas indexadas en el Journal Citation Report (JCR) en el Q3 y Q4 de su categoría respectivamente y en bases de datos de reconocido prestigio.
- El tercer artículo ha sido aceptado en revista indexada en el Scimago Journal & Country Rank (SJR) en el Q4 de su categoría y en bases de datos de reconocido prestigio.
- Los tres artículos que conforman la Tesis como compendio de publicación tienen un valor científico por sí mismos, y configuran una unidad científica. Todos ellos son resultados originales de la investigación de la doctoranda.

Firmante: EVA ABAD CORPA. Fecha-hora: 02/06/2021 11:03:43. Emisor del certificado: CN=A6 FNMT Utauros, OU=Ceres, O=FNMT-FCM, C=ES
Firmante: MARIA BEATRIZ LIDON CEREZUELA. Fecha-hora: 03/06/2021 18:48:16. Emisor del certificado: C=ES, O=ACV, OU=PKACV, DN=ACVCA-1201



Código seguro de verificación: RUxFMr9r-Tb9IYjRP-olzpObwx-oCB/zEQd

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 2

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>

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

La Tesis concluye la actividad investigadora realizada por la Doctoranda durante sus estudios de Doctorado entre los cursos 2016/17 y 2020/21, realizados con excelentes niveles de dedicación y aprovechamiento, demostrando haber logrado una preparación y nivel de competencia suficientes para poder optar al grado de Doctora.

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

En Murcia, 2021

Directora de Tesis

Directora de Tesis

Firmado por ABAD CORPA EVA -
05421499P el día 02/06/2021 con
un certificado emitido por AC
FNMT Usuarios

Dra. Eva Avad Corpa

Dra. M^a Beatriz Lidón Cerezuela

Firmante: EVA ABAD CORPA; Fecha-hora: 02/06/2021 11:53:143; Emisor del certificado: CN=AC FNMT Usuarios, OU=Ceres, O=FNMT-FNMT, C=ES
Firmante: MARIA BEATRIZ LIDON CEREZUELA; Fecha-hora: 03/06/2021 18:48:16; Emisor del certificado: C=ES, O=ACDV, OU=PKIACDV, DN=ACDVCA-1201



Código seguro de verificación: RUxFMr9r-Tb9IYjRP-olzpObwx-oCB/zEQd

COPIA ELECTRÓNICA - Página 2 de 2

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.un.murcia.es/validador/>

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

Yo, Yolanda López Benavente, con DNI número 48390060S, en calidad de alumna del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Murcia,

INFORMO QUE:

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

1. Dificultades y motivaciones para el ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Un estudio cualitativo. López-Benavente Y, Arnau-Sánchez J, Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela MB, Serrano-Noguera A, Medina-Abellán MD. Rev Lat Am Enfermagem. 2018 Jul 16;26:10. doi: 10.1590/1518-8345.2392.2989

Aportación:

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

2. Desigualdades de género, edad y situación sociolaboral. Programa de actividad física ACTIVA-Murcia. López-Benavente, Y., Abad-Corpa, E., Lidón-Cerezuela, M.B., Vivo-Molina, M.C., Menárguez- Puche, J.F., Ros-Sánchez, T., Meseguer-Liza, C. Rev Int Med y Ciencias la Act Física y el Deport. 2020;20(79):535–50. doi: 10.15366/rimcafd2020.79.010

Aportación:

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

3. Artículo aceptado el 25/05/2021 para su publicación por revista Gerokomos, referencia 992/21: Promoción de la actividad física en mujeres mayores. Un estudio cualitativo con

perspectiva de género. López-Benavente, Y., Ros-Sánchez, T., Abad-Corpa, E., Lidón-Cerezuela, M.B

Aportación:

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

En Murcia, 2021

Doctoranda

**Yolanda López
Benavente**

Firmado digitalmente por
Yolanda López Benavente
Fecha: 2021.06.01
08:08:04 +02'00'

D^a Yolanda López Benavente

Directora de Tesis

Firmado por ABAD CORPA EVA -
05421499P el día 02/06/2021 con un
certificado emitido por AC FNMT
Usuarios

Dra. Eva Avad Corpa

Directora de Tesis

firmado por M^a Beatriz
Lidón Cerezuela
DNI: 27435583X

Dra. M^a Beatriz Lidón Cerezuela

Justificación de la Unidad Científica de la tesis

El punto de partida de esta tesis, "Análisis de la práctica del ejercicio físico en mujeres mayores como elemento para la equidad y la promoción de la Salud", comenzó en la consulta de enfermería de Atención Primaria, en la valoración de la práctica de actividad física de una pareja de hombre y mujer de unos 70 años, con el objetivo de intervenir en la promoción del ejercicio físico como un estilo de vida saludable.

Sus respuestas eran repetidas en sucesivos encuentros e, igualmente, en otras personas de la misma edad: mientras los hombres encontraban el momento, tiempo, preferencia, motivación y dedicación para su práctica, las mujeres mayores presentaban otros quehaceres o malestares que les impedía su práctica. Esta situación se percibió injusta ya que, si el ejercicio físico es beneficioso para la salud y para un envejecimiento saludable, aporta bienestar, felicidad y plenitud, ¿por qué ellas tienen limitaciones, no lo tienen integrado en sus rutinas y dan prioridad a otros aspectos?

Ante esta situación, se presentó la dificultad, en ese tiempo de consulta, de abordar lo que subyacía a ese impedimento y la necesidad de ayudar a las mujeres mayores a incorporar, de manera apetecible y posible, el ejercicio en sus rutinas diarias.

De aquí partió el desarrollo de esta tesis por compendio de publicaciones e iniciar el Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, Línea de Investigación Envejecimiento, Salud Mental y Psicología Clínica.

El primer estudio tuvo como objetivo identificar las dificultades y motivaciones para la práctica de ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años mediante una exploración cualitativa con dos grupos de mujeres mayores de 65 años, uno que practicaba un mínimo de 150 minutos de ejercicio físico semanas y otro que realizaba menos de 150 minutos semanales, y cinco entrevistas en profundidad. El artículo resultante fue el titulado "Dificultades y motivaciones para el ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Un estudio cualitativo".

Mientras se escribía el manuscrito para ese primer artículo, se presentó la oportunidad de acceder a una base de datos cuantitativa del Programa ACTIVA, un programa de ejercicio físico terapéutico, dirigido a personas con factores de riesgo cardiovascular, que se desarrollaba, y se continúa desarrollando en Murcia. Dicha base de datos representó la oportunidad de explorar las diferencias en la práctica y participación del Programa según sexo, edad y otros determinantes sociales de la salud,

e incorporar la perspectiva de género en el análisis de los resultados encontrados. Así pues, se desarrolló el segundo estudio y artículo titulado “Desigualdades de género, edad y situación sociolaboral. Programa de actividad física ACTIVA-Murcia”.

Vista la perspectiva y experiencia de las mujeres mayores, e identificados algunos determinantes sociales que influían en la participación y práctica de ejercicio físico, otro de los ámbitos imprescindibles por explorar era el de la experiencia y opinión de los y las profesionales que trabajan diariamente en la promoción del ejercicio como factor de salud, cuidado, ocio y disfrute. El objetivo que se planteaba era conocer las estrategias que utilizaban tanto para soslayar las resistencias al ejercicio, fueran autoimpuestas o preceptivas, como para afianzar las motivaciones y facilitadores existentes. De ahí surgió el tercer estudio con tres grupos focales, en distintas provincias de España, con profesionales del ámbito de la Atención Primaria de Salud y de la Actividad Física, y dos entrevistas en profundidad con una experta en salud y perspectiva de género y una monitora de actividades físicas para mujeres mayores. El artículo consecuente se titula “Promoción de la actividad física en mujeres mayores. Un estudio cualitativo con perspectiva de género”, el cual está aceptado en una revista de enfermería gerontogeriátrica.

Con todo este conocimiento, se pretende comprender el entramado sociocultural que debilita, y también el que fortalece, la práctica del ejercicio físico en las mujeres mayores y, que finalmente todo, como una unidad científica, ilumine intervenciones que contribuyan a superar las desigualdades en el acceso a la misma, activar el movimiento hacia la libertad en sus cuidados, crear oportunidades de participación y obtener beneficios para su salud y proceso de envejecimiento en la misma medida que los hombres y las personas más jóvenes, en definitiva, elementos para la equidad y la promoción de la salud.

Por consiguiente, desde una panorámica general, la producción científica durante los años de Doctorado ha supuesto un proyecto coherente y constante. Los artículos “Dificultades y motivaciones para el ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Un estudio cualitativo”, “Desigualdades de género, edad y situación sociolaboral. Programa de actividad física ACTIVA-Murcia” y “Promoción de la actividad física en mujeres mayores. Un estudio cualitativo con perspectiva de género” configuran una unidad científica cuyo contenido da respuesta al objetivo general de esta tesis.

Resumen

Objetivos

Este trabajo tiene como objetivo analizar la práctica del ejercicio físico en mujeres mayores como elemento para la equidad y la promoción de la salud, así como los siguientes objetivos específicos: identificar las dificultades y motivaciones para la práctica teniendo en cuenta sus vivencias e idiosincrasias de salud y su contexto sociocultural y familiar; analizar con perspectiva de género las diferencias en la práctica de mujeres y hombres según determinantes sociales de la salud; conocer las estrategias utilizadas por las/los profesionales del ámbito comunitario para la promoción de la actividad física y; comprender la construcción sociocultural que influye en la práctica.

Metodología

Se ha desarrollado una metodología mixta cualitativa y cuantitativa en tres estudios de investigación. Por un lado, un estudio cualitativo, realizado entre 2015 y 2016, basado en la teoría fenomenológica con dos grupos focales y cinco entrevistas en profundidad. Se desarrolló un análisis cualitativo de los datos mediante transcripción, codificación, categorización y verificación de resultados. Participaron 15 mujeres entre 65 y 82 años. Por otro lado, se desarrolló, utilizando una base de datos primaria de participantes en el Programa de ejercicio físico terapéutico ACTIVA-Murcia de 2011 y 2012, un estudio descriptivo, de noviembre 2017 a enero 2018, de cohorte prospectiva, mediante un análisis secundario con perspectiva de género según sexo y grupos de edad. La muestra fue de 411 personas (62,3% mujeres). Y por último, un estudio cualitativo con enfoque sociocrítico feminista y perspectiva de género mediante tres grupos focales y dos entrevistas en profundidad. Se realizó un análisis interpretativo de contenido. Participaron 26 profesionales entre atención primaria de salud, actividad física y experta en salud y género.

Conclusiones

Los estereotipos de género y edad originan las diferencias en la práctica de actividad física en las mujeres mayores respecto al resto de la población, generando desigualdades en su salud y proceso de envejecimiento. La promoción del ejercicio físico en mujeres mayores desde una perspectiva de equidad precisa un compromiso con estas desigualdades en salud. Las mujeres mayores no participan libremente de la actividad física por no poder desprenderse del mandato de género y estereotipos de

edad y pueden ser -fácilmente- confundidos con resistencias, negatividad o pereza. Se precisa una mirada de género y ciclo vital para una promoción comprensiva y equitativa. No sólo son necesarias estrategias de empoderamiento con el foco puesto, exclusiva y unidireccionalmente, en las mujeres, sino también, intervenciones transversales en distintos ámbitos donde deconstruir estereotipos y espacios de poder ocupados por los hombres y las personas jóvenes y adultas.

El entorno interactúa con las mujeres mayores condicionando la participación en el ejercicio físico. Se hace necesario valorar los apoyos sociales y comunitarios de dónde la mujer mayor vive y se relaciona, así como el sistema familiar y las posibilidades de cambio dentro del contexto sociofamiliar. Son oportunas intervenciones integrales de reflexión y confrontación de los estereotipos que condicionan el ejercicio físico, que incorporen la idea de que todas las mujeres pueden encontrar un ejercicio que se adapte a su edad, capacidad física y preferencias y puede desarrollarse en cualquier espacio y disponibilidad de tiempo.

Un enfoque feminista en la promoción del ejercicio físico movilizaría el cambio hacia la liberación de la rigidez de los roles asignados y la práctica en espacios públicos hasta ahora no legitimados para ellas, en definitiva, hacia oportunidades exentas de condicionantes y estereotipos.

Índice

Capítulo 1. Introducción	12
1.1. Conceptos clave: Envejecimiento activo y saludable, Actividad física y Promoción de la Salud.....	12
1.1.1.Envejecimiento activo y saludable	12
1.1.2.Actividad física, Ejercicio físico y otros conceptos. Beneficios y Recomendaciones en las personas mayores.....	16
1.1.3.Promoción de la salud.	21
1.2. Antecedentes y contexto actual. Análisis y descripción de la práctica de ejercicio físico en las mujeres mayores de 65 años.....	26
1.2.1.Los determinantes sociales de la salud. Desigualdades en salud asociadas al género y al edadismo.....	26
1.2.2.Datos diferenciales. Diferencias por sexos y edad en salud, esperanza de vida, práctica de actividad física, ejercicio físico y sedentarismo. La morbilidad diferencial.	35
1.2.3.Situación actual de la práctica de actividad física en las mujeres mayores. Dificultades y motivaciones para la práctica de ejercicio físico (aquí estaría lo relacionado con los 2 primeros artículos: el de las mujeres de Vistabella y el del ACTIVA)	39
1.3. Marco teórico.	42
1.3.1.La perspectiva de género en salud	42
1.3.2.El feminismo como marco teórico en salud y género	46
1.3.3.Investigación con perspectiva de género.	51
1.3.4.Investigación en vejez, envejecimiento y personas mayores	55
Capítulo 2. Objetivos	60
1. Objetivo principal	60
2. Objetivos específicos.....	60
Capítulo 3. Resultados	62
Capítulo 4. Información sobre los artículos que conforman la tesis	66
Capítulo 5. Discusión	70
Capítulo 6. Conclusiones.....	80
Capítulo 7. Implicaciones para la práctica, líneas de investigación futuras y limitaciones de la tesis.....	86
Referencias bibliográficas.....	90

Capítulo 1. Introducción

En este capítulo se presentan los conceptos teóricos, el marco contextual que describe los antecedentes y la situación actual de la práctica del ejercicio físico en las mujeres mayores, así como las premisas teórico-metodológicas en las que se basa esta tesis.

1.1. Conceptos clave: Envejecimiento activo y saludable, Actividad física y Promoción de la Salud.

1.1.1. Envejecimiento activo y saludable

Los recursos y oportunidades de carácter social y económico de que disponen las personas a lo largo de su vida influyen en su capacidad para tomar decisiones saludables.
Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030. 2020.

El proceso de envejecimiento es un hecho natural que forma parte del ciclo vital de todas las personas, es dinámico y evolutivo. Las previsiones demográficas reflejan un escenario con una población cada vez más envejecida y caracterizada por altos niveles de dependencia y de morbimortalidad⁽¹⁻⁴⁾.

En los últimos años se han desarrollado los conceptos de “envejecimiento saludable”, “envejecimiento exitoso” o “envejecimiento activo” con el de objetivo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores⁽⁵⁾. El envejecimiento, sea cual sea su concepción teórica, social o política, representa una oportunidad para la salud, la mejora del bienestar y del cuidado. Este proceso, y la percepción del mismo, es multidimensional, es decir, está influenciado por diversos factores ambientales, sociales, económicos, laborales y culturales, entre otros⁽⁶⁻⁸⁾.

Indistintamente del concepto, las distintas organizaciones y declaraciones políticas internacionales, europeas y españolas consideran el envejecimiento como un proceso de oportunidades para la salud integral y para una calidad de vida que sea lo más activa, funcional y gratificante posible.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2002 el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”⁽⁹⁾. Acorde al concepto de salud como bienestar físico, mental y social, el envejecimiento activo permite a las personas desarrollar todo su potencial de dicho bienestar a lo largo de la vida, así como participar en la sociedad de acuerdo con sus

necesidades, deseos y capacidades⁽⁹⁾. Es decir, la palabra “activo” hace referencia a aspectos de capacidad física o laboral así como de participación en materias sociales, económicas, políticas, culturales y cívicas⁽¹⁰⁾, y contempla seis determinantes clave, que influirán en la manera de envejecer de la población: económicos, conductuales, personales, sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico⁽⁹⁾.

El envejecimiento activo tiene como objetivo prolongar la esperanza y la calidad de vida de todas las personas a medida que envejecen, incluidas las personas con discapacidad o diversidad funcional, frágiles y las que necesitan cuidados⁽⁹⁾. Para conseguir este objetivo, la OMS propuso a los distintos sistemas de salud la implementación de cuatro políticas fundamentales: prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidad, de enfermedad crónica y de mortalidad prematura; reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades y aumentar los factores protectores de la salud a lo largo de la vida; desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud, asequibles, accesibles, de calidad, respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen; y proporcionar formación y educación a quienes cuidan⁽⁹⁾.

El desarrollo de estas políticas y programas para un envejecimiento activo pretende mantener la independencia y la autonomía de las personas a medida que envejecen, fomentar el autocuidado y desarrollar entornos adecuados que les permitan la elección de una vida saludable⁽⁹⁾.

En 2012, la OMS publicó la “Estrategia y Plan de Acción para el Envejecimiento Saludable en Europa 2012-2020” para centrar la atención en las necesidades de las personas de edad y en que el envejecimiento de la población sea considerado una oportunidad y no una carga para la sociedad⁽¹⁾. La Estrategia define el envejecimiento activo y saludable como un proceso que "permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida y participar en la sociedad, al tiempo que les proporciona la protección, la seguridad y la atención adecuadas cuando necesitan ayuda"⁽¹⁾. Pretende que las personas mayores puedan mantener su salud y capacidad funcional, aumentar su autonomía y disfrutar de bienestar con dignidad, sin discriminación y con los medios adecuados, en entornos que les ayuden a sentirse seguros, activos, empoderados y socialmente comprometidos, y que tengan acceso a servicios y apoyos sanitarios y sociales de alta calidad⁽¹⁾.

El envejecimiento activo y saludable era prioritario en la agenda política internacional en 2012, año en el que la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó el “Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento” de Madrid y la “Estrategia de Implementación Regional para Europa”⁽¹¹⁾. Ese año, el envejecimiento y la salud fueron el tema del Día Mundial de la Salud con el lema “la buena salud añade vida a los años”⁽¹¹⁾.

La Declaración del Consejo de Europa de 2012 como el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional⁽¹⁰⁾, resaltó la contribución significativa de las personas mayores a la economía y la sociedad mediante el pleno uso de las oportunidades de bienestar físico, social y mental a lo largo de la vida. Entre las orientaciones que han de guiar el envejecimiento activo se encuentran el fomento de la salud y la prevención de enfermedades, facilitando oportunidades de actividad física y mental adaptada a las capacidades de los mayores, y evitando la discriminación por edad en el acceso a bienes y servicios⁽¹⁰⁾.

Por otra parte, el envejecimiento saludable hace referencia a la capacidad funcional de las personas mayores, es decir, a las capacidades físicas y mentales que desarrollan en el entorno y circunstancias en las que viven, que hacen posible el bienestar⁽³⁾. Está relacionado con la capacidad intrínseca de la persona (aspectos físicos, psicológicos, comportamientos, estado de salud-enfermedad y entorno en el que ha vivido a lo largo de la vida), pero también con los recursos y oportunidades disponibles para tomar decisiones saludables, y aportar y recibir apoyo cuando se necesita⁽³⁾.

Como proceso, el envejecimiento saludable comprende todo el ciclo vital, discurre en paralelo y vinculado al proceso de salud-enfermedad y afecta a todas las personas. Las políticas de envejecimiento saludable deben prevenir la enfermedad, la discapacidad y la erosión del bienestar, y fomentar la capacidad funcional que permita a las personas mayores ser y hacer lo que ellas prefieran⁽³⁾.

El “Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud” de la OMS en 2015⁽¹²⁾, hacía hincapié en que el envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedad. Para la mayoría de las personas mayores, lo más importante es mantener la capacidad funcional, la autonomía y la participación social, lo cual requiere de sistemas de salud orientados a la promoción de la salud y centrados en las necesidades de las personas⁽¹²⁾.

En este sentido, cabe señalar el indicador de esperanza de vida con salud o saludable, en el que, a la edad media que pueden alcanzar los individuos de una población concreta en una época determinada (esperanza de vida como cantidad de años), se añade la dimensión de calidad de vida de ese número de años, siendo esta calidad de los años vividos una característica esencial para el mantenimiento de la autonomía y participación anteriormente mencionada.

El año 2021 se inicia, proclamada por las Naciones Unidas, la “Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030”, en la que la OMS lidera la acción internacional para mejorar la participación y la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades⁽¹³⁾. Tiene como eje las necesidades específicas de estas personas y las oportunidades que brinda el envejecimiento para garantizar una vida sana y el bienestar en todas las edades⁽¹³⁾:

La Década del Envejecimiento Saludable es una oportunidad para concentrarse, invertir y actuar de forma concertada y sostenida para fomentar el envejecimiento saludable y abordar los factores que repercuten en el estado de salud de las personas mayores y que contribuyen a su mayor susceptibilidad a las enfermedades graves⁽¹³⁾

Todas las Asambleas, Informes, Estrategias y Planes han concluido con la declaración de políticas para proteger el envejecimiento, las personas mayores y la vejez en sus distintas formas y dimensiones personales y ámbitos públicos y privados. Un punto de partida clave en este sentido fue el concepto de Envejecimiento Activo promovido por la OMS en 2002. Marcó un hito en la formulación de políticas y estrategias para un afrontamiento del envejecimiento desde la perspectiva de la salud, la autonomía, la participación y la seguridad de las personas mayores⁽¹⁴⁾. A partir de ahí, gobiernos de todo el mundo realizan diagnósticos y elaboran estrategias para mejorar la calidad de vida y promover la integración social y el bienestar de estas personas⁽¹⁴⁾.

En España, concretamente, el artículo 50 de la Constitución ampara la protección del bienestar de las personas mayores “mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”. Además se han ido elaborado diversos Reales Decretos para la regulación de normas, deberes, servicios y prestaciones, así como para el fomento de la participación social⁽¹⁴⁾.

Por su parte, en las Comunidades Autónomas, se han ido desarrollando diversas estrategias o recomendaciones operativas a modo de Libro Blanco, Plan, Estrategia o Programa. Todas ellas intervienen en aspectos relacionados con la protección del envejecimiento, prevención de la dependencia y del maltrato, mejora de la independencia y promoción de la autonomía y el apoyo a proyectos de vida, actuando en ámbitos de garantía de la inclusividad e intergeneracionalidad, el transporte, turismo, pensiones y economía, formación y conocimiento, tecnologías de la información y la comunicación, salud funcional y social, deporte y ocio. Así mismo, también contemplan la creación de centros de día, servicios residenciales, la atención al medio familiar y comunitario, las ayudas a domicilio para facilitar la permanencia en el entorno más cercano y ayudas para personas cuidadoras, y fomentan la participación en la vida social y la creación de entornos accesibles y amigables⁽¹⁴⁾.

En definitiva, la adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en la sociedad y en el autocuidado, son importantes en todas las etapas de la vida como podemos comprobar en las distintas declaraciones internacionales mencionadas. Nunca es demasiado tarde para adoptar comportamientos beneficiosos, pues un envejecimiento activo y saludable tiene un gran impacto en la salud física, social y mental, en el entorno social y familiar de las personas, así como en los sistemas proveedores de bienestar y en la sociedad en su conjunto. Todas las personas tienen derecho a envejecer con autonomía, capacidad y salud, a vivir en un entorno seguro, tolerante, adaptado a sus capacidades y necesidades, con posibilidades de cuidarse y oportunidades de pleno desarrollo de sus capacidades físicas, sociales, relacionales y participativas.

1.1.2. Actividad física, Ejercicio físico y otros conceptos. Beneficios y Recomendaciones en las personas mayores.

Hay muchas maneras de estar activo -caminar, montar en bicicleta, hacer deporte, entretenerse activamente, bailar y jugar- y muchas oportunidades para aumentar la participación. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030. Personas más activas para un mundo más sano. 2018

En este epígrafe y de acuerdo con el marco de esta tesis, mencionaremos las distintas definiciones, concepciones y términos relacionados con la actividad física con el fin de

poder entender, posteriormente, las desigualdades de género en la práctica de dicha actividad.

La actividad física se define como cualquier movimiento del cuerpo producido por la acción muscular voluntaria y que supone un gasto de energía por encima del nivel de reposo. Incluye las actividades que se realizan como parte de los momentos de juego, de trabajo, de formas de transporte activo, de las tareas domésticas y de actividades recreativas, y su objetivo fundamental no es el mantenimiento de la aptitud física⁽¹⁵⁾.

La aptitud física es el conjunto de atributos que las personas poseen o precisan para llevar a cabo las actividades físicas requeridas. Incluye 5 componentes fundamentales: la composición corporal, la resistencia cardiorrespiratoria, la resistencia muscular, la flexibilidad y la fuerza muscular⁽¹⁵⁾.

El ejercicio físico forma parte de la actividad física. Corresponde a un movimiento corporal planificado, estructurado y repetitivo, realizado con el objetivo de la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física⁽¹⁵⁾. Es decir, hay intención y previsión de realizarlo.

La inactividad física es la actividad de nivel insuficiente para cumplir con las recomendaciones de actividad física actuales⁽¹⁵⁾, las cuales se sitúan en, al menos, 150 minutos de ejercicio semanales. Este término fue recientemente actualizado por un grupo de expertos en 2018 por “actividad física insuficiente”⁽¹⁶⁾.

El sedentarismo comprende aquellas actividades que realizamos las personas sentadas o reclinadas, mientras estamos despiertas, y que utilizan muy poca energía, menos de 1,5 METs^(15,17,18). El comportamiento sedentario se define como el tiempo que se pasa sin hacer ejercicio, sentado o reclinado, como ocurre cuando estamos delante del televisor o el ordenados o cuando vamos en transporte motorizado⁽¹⁹⁾.

El MET (Metabolic Equivalents of Task o Equivalente Metabólico de la Actividad) es el equivalente metabólico correspondiente a la tasa metabólica en reposo de la población estudiada. Se considera que un equivalente metabólico es de 3,5 ml de O₂/kg/min en adultos sin problemas de movilidad o enfermedad crónica⁽¹⁸⁾.

La actividad física beneficiosa para la salud es cualquier tipo de actividad física realizada con regularidad y con una duración e intensidad suficiente para el beneficio de la salud y la capacidad funcional sin producir daño o riesgo^(15,20).

A pesar de ser acepciones diferentes, los conceptos de actividad física y de ejercicio físico se aprecian con frecuencia en la literatura usados indistintamente, tanto para referirse a la actividad que se practica de forma natural en las actividades de la vida diaria con el solo objetivo de realizar esas actividades cotidianas, como si se practica de forma consciente, intencionada y con el objetivo de obtener un gasto energético y ciertos beneficios.

A lo largo de esta tesis, aunque realmente se hace alusión al ejercicio físico realizado con el propósito de desarrollar una actividad fuera de las actividades ordinarias para mantener un estado óptimo de salud, se usarán de manera indiferente ambos términos, puesto que todas las formas de actividad física pueden ser beneficiosas para la salud si se realizan con regularidad y con una duración e intensidad suficientes. Así lo recoge el “Plan de Acción Mundial sobre la Actividad Física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano” de la OMS al declarar que la actividad física es, tanto la que se realiza en el trabajo y en el hogar, como la que se realiza caminando, en bicicleta, haciendo deporte y otras formas activas de recreación como el yoga, la danza o el tai chi⁽²⁰⁾. Por otra parte, al ser un aspecto central de esta tesis, el uso exclusivo del término “ejercicio físico” a lo largo del documento resultaría redundante.

De cualquier manera, la práctica de actividad física es indispensable para una vida saludable física, mental y social, y está recomendada para toda la población independientemente de la edad, el sexo o el estado de salud. Hoy en día, es relativamente accesible y beneficiosa para todas las personas en cualquier lugar donde vivan o se encuentren, aún en tiempos de pandemia.

No practicar ejercicio con regularidad tiene consecuencias en carga de enfermedad y mortalidad. La inactividad física, según la OMS (2015), representa el cuarto factor de riesgo de mortalidad en el mundo, por detrás de la hipertensión (HTA), el tabaco y la hiperglucemia. Supone el 6% de las muertes registradas en todo el mundo y es causante del 21-25% de los cánceres de mama y de colon, del 27% de los casos de diabetes mellitus 2 y aproximadamente del 30% de los de cardiopatía isquémica⁽²¹⁾. Las personas con un nivel insuficiente de actividad física presentan un riesgo de muerte entre un 20% y un 30% mayor en comparación con las personas que alcanzan un nivel suficiente de actividad física⁽²²⁾.

Un estudio reciente y novedoso de Tessa Strain et al.⁽²³⁾ calculó la proporción de mortalidad prematura evitada según la prevalencia de actividad física en adultos de 40

a 74 años de 168 países de 2001 a 2016, revelando que, globalmente, ésta había evitado 3,9 millones, un 15%, de muertes prematuras anuales.

Por el contrario, la práctica de actividad física está asociada a múltiples beneficios para la salud, física, mental y social, en todas las edades y todas las condiciones socioeconómicas. Entre ellas el aumento de la esperanza de vida, la mejora de la carga de la enfermedad en las principales enfermedades crónicas, mayor bienestar, mejora de la calidad de vida y un envejecimiento más saludable^(11,24-26). Una vida activa físicamente no solo tiene repercusiones positivas a nivel individual, sino también presenta beneficios para la sociedad y la economía^(24,27,28).

Entre los beneficios de la actividad física, cabe destacar también, el impacto en la protección inmunológica frente a infecciones bacterianas y víricas. Campbell et al.⁽²⁹⁾ al investigar sobre los beneficios de un estilo de vida activo en la función inmunitaria de las personas mayores, concluyen que la actividad física regular y el ejercicio frecuente podrían limitar o retrasar el envejecimiento inmunológico. De hecho, en los últimos estudios durante la pandemia de COVID-19, podemos observar resultados similares. Trujillo Gittermann et al.⁽³⁰⁾ refieren que la actividad física y el ejercicio contribuyen a disminuir la probabilidad de contagio con SARS-CoV-2 de la población en general, y Hamer Hamer et al.⁽³¹⁾ observaron asociaciones protectoras de la actividad física sobre la COVID-19, incluso a niveles de actividad por debajo de las directrices actuales, es decir, por debajo de 150 minutos de actividad moderada a vigorosa. Por su parte Jiménez-Pavón et al.⁽³²⁾ reportan que la actividad física y el ejercicio se vuelven especialmente esenciales para las personas mayores durante la cuarentena, ya que, mantener la función fisiológica y la reserva de la mayoría de los sistemas orgánicos, podría contribuir a la lucha contra las consecuencias mentales y físicas y la gravedad de la Covid-19. También Zbinden-Foncea et al.⁽³³⁾ dados los efectos positivos del ejercicio sobre el estado inmunitario, infieren que el entrenamiento previo de ejercicio y los niveles elevados de aptitud cardiorrespiratoria probablemente sean inmunoprotectores frente al SARS-CoV-2.

En el caso de las personas mayores, la actividad física está claramente recomendada en la “Estrategia Mundial para un Envejecimiento Activo y Saludable”^(1,5,11,25,34). Los beneficios en las personas de mayor edad, independientemente del estado de su salud, son también múltiples.

Diversos estudios evidencian estos beneficios en este grupo etario. McPhee et al.⁽³⁵⁾ concluyen que la actividad física regular es segura para las personas mayores sanas y frágiles, y que cualquier actividad, desde caminar a baja intensidad, hasta deportes más vigorosos y ejercicios de resistencia, disminuyen los riesgos de desarrollar enfermedades cardiovasculares y metabólicas, obesidad, caídas, deterioro cognitivo, osteoporosis y debilidad muscular. Para Ruiz Montero et al.⁽³⁶⁾, la actividad física mejora la movilidad, la aptitud física y la capacidad de trabajo muscular de las personas mayores. Por otra parte, Daskalopoulou et al.⁽³⁷⁾ refieren que su práctica es positiva independientemente de la definición y medición, y Hamer et al.⁽³⁸⁾ observaron beneficios significativos para la salud en estas personas, incluso entre quienes comenzaron relativamente tarde.

Los beneficios no son solo físicos, las personas mayores activas perciben una mayor autoestima, lo que se relaciona positivamente con un aumento del apoyo social recibido y un adecuado bienestar psicológico⁽³⁹⁾. Una revisión sistemática que comparaba la calidad de vida de las personas mayores antes y después de una intervención de tipo física, educativa o mixta, determina que se producen cambios de forma notable en la calidad de vida a nivel general, especialmente una mejoría en aspectos funcionales, mentales y sociales⁽⁴⁰⁾.

La OMS recomienda, para alcanzar estos beneficios en salud en las personas mayores de 65 años, al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada, o 75 minutos semanales de actividad física intensa, o bien una combinación equivalente entre ambas⁽⁴¹⁾. Además, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España recomienda en este grupo de edad la realización, al menos 3 veces por semana, de actividades de fortalecimiento muscular y mejora del equilibrio.⁽¹⁵⁾

También la OMS, en el “Informe sobre Envejecimiento Activo: un marco político” de 2002⁽⁹⁾, resaltaba la importancia de la actividad física para prevenir enfermedades y el deterioro funcional, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida. A su vez, el “Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud” de 2015⁽¹²⁾, evidenciaba que las intervenciones centradas en aumentar la actividad física eran eficaces, no sólo en la mejora de la capacidad funcional física incluso en los casos más graves de fragilidad, sino que también fomentaban la capacidad cognitiva. Además, recogía que la actividad física podría mejorar la capacidad de una persona mayor hasta el punto de que la dependencia

del cuidado de otros se redujera o incluso desapareciera, es decir, producía una disminución de la necesidad de recibir cuidados a largo plazo⁽¹²⁾.

Así mismo, la “Estrategia y Plan de Acción para el Envejecimiento Saludable en Europa 2012-2021”⁽¹⁾, refiere que la actividad física puede mejorar la salud respiratoria, muscular, ósea y funcional, además de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo. En este sentido, la “Red Europea de Acción sobre el Envejecimiento y la Actividad Física” de 2021⁽⁴²⁾, recoge entre los beneficios, por un lado la prevención de la morbilidad, de enfermedades o de progresión y la mejora de la capacidad funcional y la independencia. Por otro lado, también tiene repercusiones positivas en la autonomía, participación social, el aislamiento y/o soledad, autoestima y autoafirmación. Además, describe el ejercicio como fuente de alegría y energía, de empoderamiento y de dar vida a los años.

Sin embargo, y a pesar de los evidentes y demostrados beneficios, la proporción de la población que realiza los niveles recomendados de ejercicio disminuye con la edad⁽¹²⁾. Los motivos y circunstancias de este hecho son multifactoriales. A nivel individual, su práctica depende principalmente de factores intrínsecos a las personas. A nivel global, su promoción depende de factores extrínsecos relacionados con políticas y programas adecuados, entornos sociales y estructurales favorecedores y con profesionales capacitados y sensibilizados.

1.1.3. Promoción de la salud.

Aunque se promueva en las personas una cultura de promoción de la salud, en algunas ocasiones, éstas no tienen las oportunidades económicas, sociales y educativas necesarias para llevar a cabo esta. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macias Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción de la Salud. 2010

La promoción de la salud constituye una estrategia social y ambiental de capacitación y protección, de desarrollo potencial, de elección y responsabilidad basada en oportunidades. Está dirigida a las personas y a las comunidades, fomentando herramientas que faciliten modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida para un adecuado control de los determinantes de su salud⁽⁴³⁾. Presenta tres pilares fundamentales: Políticas sanitarias que hagan de la salud el eje central de sus decisiones, Educación en conocimientos, aptitudes e información para la elección de un estilo de

vida saludable, y Ciudades saludables que proporcionen ambientes y una planificación urbana que permitan desarrollar la vida favorablemente y sin riesgos⁽⁴⁴⁾.

El concepto teórico y su desarrollo práctico ha ido variando, y se ha ido adaptando, a los enfoques políticos y directrices estratégicas a lo largo de las distintas Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud.

La Primera Conferencia, celebrada en Ottawa en 1986, “La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: avanzar hacia una nueva salud pública”, definió la promoción de la salud como un proceso de capacitación de las personas para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación para identificar necesidades y hacer cambios en el control de este proceso^(45,46). Propuso un concepto positivista con énfasis en la relación entre los recursos personales y los sociales-contextuales⁽⁴⁵⁾.

La Segunda Conferencia de 1998, celebrada en Adelaida (Australia), con el lema “Salud en Todas las Políticas”, destacó que la salud y el bienestar es responsabilidad de políticas públicas favorables y no solo del sector sanitario. Proponía que la salud formara parte de los gobiernos y las políticas, controlando los recursos destinados a ella. Entre las estrategias clave, destacaban el apoyo hacia la salud de la mujer y la creación de ambientes favorables⁽⁴⁵⁾.

La Tercera Conferencia, celebrada en Sundsvall (Suecia) en 1991, “Ambientes Favorables a la Salud” puso de relieve que el ambiente físico, socioeconómico y político, debía reforzar la salud y no debilitarla, y éste a su vez era responsabilidad política. Entendía la salud como resultado del entorno, del contexto social, que incluía los modos por los que las normas, las costumbres, las relaciones y los procesos sociales influyen en la misma⁽⁴⁷⁾. “También hace referencia al comportamiento de la sociedad, las condiciones de vivienda y trabajo, los espacios de esparcimiento, el acceso a los recursos necesarios para la vida y a las oportunidades que los sujetos tienen para que puedan decidir de una manera libre sobre su salud⁽⁴⁵⁾”.

En la Cuarta Conferencia “La Promoción de la Salud en el Siglo XX”, de Yakarta (República de Indonesia), 1997, se reconoció la salud como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. Destacó que las personas son el centro de la acción de la promoción de la salud y que para conseguir una participación efectiva era necesario el acceso a la información a través de la comunicación y de una

correcta educación sanitaria⁽⁴⁸⁾. Subrayó el empoderamiento de las personas para ejercer el control de su salud y mejorarla, la capacitación de la comunidad, así como la promoción de la responsabilidad y participación social en la toma de decisiones⁽⁴⁵⁾.

En el año 2000 se celebró en México la Quinta Conferencia “Promoción de la salud: hacia una mayor equidad”. Destacó la importancia de fortalecer las aptitudes y capacidades de los individuos y de los grupos o las comunidades para controlar, colectivamente, los factores determinantes de la salud, origen de las inequidades⁽⁴⁵⁾. Reconoció que las condiciones de vida de las mujeres, su posición social, la asunción de la responsabilidad de sí mismas y de sus hijos, eran los motivos principales de las inequidades en salud⁽⁴⁹⁾. Así mismo, consideró la necesidad del empoderamiento de éstas, a través de medidas económicas, educativas y de la acción y participación colectiva para la resolución de las principales inequidades de la vida.

La Sexta Conferencia, llamada “Carta de Bangkok para la Promoción de la salud en un mundo globalizado”, se celebró en Bangkok (Tailandia) en 2005. En ella se identificaron los retos, acciones y compromisos para abordar los determinantes de la salud con el foco puesto en la capacitación de las personas, grupos y organizaciones considerados trascendentales para el logro de la misma⁽⁴⁵⁾. La promoción de la salud consistía, por tanto, en la capacitación de la población para controlar estos determinantes y mejorar su salud⁽⁵⁰⁾. Pretendía el empoderamiento de las comunidades y la mejora y la igualdad en salud mediante políticas y alianzas mundiales⁽⁵⁰⁾. Cabe destacar que reconoció que mujeres y hombres se veían afectados de forma diferente por los distintos factores, sociales, económicos y demográficos que influyen en su salud⁽⁵⁰⁾.

En 2009, Nairobi (Kenia), fue la sede de la Séptima Conferencia en 2009, denominada “La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud”. En ella se definieron las estrategias para subsanar las deficiencias en materia sanitaria mediante la construcción de capacidades para la promoción de la salud, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, la creación de alianzas, el empoderamiento comunitario y la alfabetización⁽⁴⁵⁾.

En la Octava Conferencia, desarrollada en Helsinki (Finlandia) en 2013, se examinaron las experiencias comprometidas con el enfoque “La salud en todas las políticas” donde se elaboraron líneas para integrar ésta en las decisiones políticas⁽⁵¹⁾. En dicha Conferencia se distinguió que muchos de los determinantes de la salud y de las

desigualdades sanitarias tenían un origen social, medioambiental y económico que iban más allá del propio ámbito sanitario y de las políticas de salud⁽⁵²⁾.

Por último, la Novena Conferencia, “Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, Shanghai (China) 2016, manifestó que la salud y el bienestar eran esenciales para lograr un desarrollo sostenible. La promoción de la salud se reafirmó como un derecho universal, un recurso esencial para la vida cotidiana, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países⁽⁵³⁾. Subrayó que la salud se crea en los barrios y comunidades, es decir, en el lugar en el que las personas viven, aman, trabajan, compran y juegan⁽⁵³⁾. Consideraron inaceptable las desigualdades existentes, e instaron a tomar medidas sobre los derechos de las mujeres y los determinantes sociales de la salud, así como a facilitar el empoderamiento de las personas en el control de la misma y en el desarrollo de entornos de vida saludables^(45,53).

En general, la promoción de la salud pone el énfasis en los estilos de vida, en la participación social y en la creación de espacios saludables y oportunidades equitativas^(43,45,54). Alcanzar un óptimo nivel de salud no solo depende de las personas y sus hábitos de vida, sino que también depende de las infraestructuras, sistemas sanitarios, políticas, cultura, valores y creencias. Todos estos factores se interrelacionan entre sí para que la promoción sea efectiva y llegue a ser una oportunidad real para todas las personas.

Las personas toman la responsabilidad de su salud eligiendo un estilo de vida positivo, pero la promoción de ésta es competencia de las políticas sanitarias públicas, basada en un derecho fundamental determinante de la calidad de vida en la esfera física, mental, social y espiritual⁽⁵⁵⁾.

La promoción se establece como una práctica de transformación de condiciones de vida y de conductas, prácticas y hábitos, basada en el desarrollo de políticas ambientales y de habilidades cognitivas y sociales para la toma de decisiones, que deriven en una mejora de la salud y de la calidad de vida de las personas y las sociedades⁽⁴⁵⁾. Requiere de las personas una acción intencionada, una conducta meditada y decidida ante una serie de conocimientos, circunstancias y oportunidades.

Las distintas Conferencias Internacionales recogen, de alguna manera, la importancia de crear oportunidades para la salud a través de la equidad sanitaria. Con ello se busca

disminuir las diferencias en el estado de salud y garantizar la igualdad de recursos y oportunidades para lograr el máximo potencial en todas las personas⁽⁵⁶⁾. La equidad se logra cuando se tiene el control de los determinantes de la salud, cuando se dispone de un ambiente seguro, un entorno de apoyo, un acceso a la información, habilidades para la vida y oportunidades para tomar decisiones saludables⁽⁵⁶⁾. Esto debe aplicarse por igual a las mujeres y a los hombres⁽⁵⁶⁾.

Se presenta así como un enfoque de prevención, de anteceder a la enfermedad, de evitarla. No es tanto una acción reactiva a la enfermedad, sino preventiva desde la promoción activa de lo saludable, ya que es menos costoso prevenir la enfermedad que tratarla⁽⁹⁾. Por ejemplo, la OMS calcula que, una inversión de un día en medidas para fomentar la actividad física moderada, supone un ahorro de 3,2 dólares en costes médicos⁽⁹⁾. Como proceso orientado al presente y al futuro, tiene como objetivo mejorar el nivel de salud mediante servicios preventivos, de protección medioambiental y de educación sanitaria⁽⁵⁵⁾.

Como se ha detallado, la promoción de la salud forma parte de una política pública bien definida, la cual a su vez debe estar integrada en todas las estrategias sociales, sanitarias, económicas, culturales y ambientales, entre otras. La alianza transversal de todas estas políticas, orientadas hacia la promoción de la salud mediante estilos de vida beneficiosos, es clave para un envejecimiento activo y saludable.

La actividad física, en edades avanzadas, forma parte de un estilo de vida que facilita un mejor envejecimiento físico y psicosocial. Las políticas de promoción de la salud han de contemplar el valor de la actividad física en todos los ámbitos y niveles: beneficios personales para quienes lo practican y contención de costes sociosanitarios por la contribución a la mejora de la salud. Deben estar orientadas a fomentar conductas de actividad física, estimular la participación comunitaria y las conexiones sociales, propiciar entornos seguros y el diseño de programas adaptados para su desarrollo en las personas mayores^(9,12,57).

Este grupo de edad necesita un acceso no discriminatorio a servicios de salud esenciales de calidad que incluyan la promoción de la salud⁽³⁾, por lo que es necesario hacer esfuerzos para establecer la actividad física como un instrumento de promoción de la salud⁽⁵⁸⁾. Con todo esto, la práctica de la actividad física, en el marco de un envejecimiento activo y saludable es posible, o debe serlo, para todas las personas, de todos los grupos de edad, sin distinciones, en igualdad de oportunidades.

Respecto a la adecuación de los espacios, entre las características del entorno que favorecen la actividad física en las personas mayores, se incluyen los espacios seguros para transitar y caminar (como aceras y parques), el acceso fácil a instalaciones, bienes y servicios locales, el hecho de ver a otras personas de su misma edad ejercitándose en el mismo vecindario y ejercitarse con regularidad en compañía de amigos y familiares⁽¹²⁾. Y es que un entorno y condiciones ambientales adecuadas pueden tener una influencia lo suficientemente importante como para superar las limitaciones físicas o funcionales para la práctica de la actividad física⁽¹²⁾.

La promoción de la actividad física es una estrategia prioritaria para un envejecimiento activo y saludable. Los programas de actividad física en las personas mayores deben girar alrededor del uso de los entornos comunitarios y actividades sociales. La OMS recomienda una serie de medidas al respecto^(1,12): fomentar la cooperación y el intercambio de experiencias que generen conciencia positiva de los beneficios y del placer de la práctica, desarrollar programas que combinen enfoques de cambio de comportamiento individuales y grupales, con apoyo y seguimiento y que abarquen ejercicios variados de resistencia, fuerza y equilibrio, asesorar en todos los entornos sociosanitarios, específicamente a las personas sedentarias en actividades como caminar y con un enfoque de apoyo continuo, y apoyar a los gobiernos locales en la creación de entornos e infraestructuras seguros que motiven la actividad física en todas las edades.

1.2. Antecedentes y contexto actual. Análisis y descripción de la práctica de ejercicio físico en las mujeres mayores de 65 años

1.2.1. Los determinantes sociales de la salud. Desigualdades en salud asociadas al género y al edadismo.

Las mujeres son consideradas las cuidadoras fundamentales de la especie humana. La función de cuidar a lo largo de la vida supone un alto coste en términos de tiempo y pérdida de oportunidades. Freixas A, Luque B, Reina A. Critical Feminist Gerontology: In the Back Room of Research. J Women Aging. 2012.

La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España⁽⁵⁹⁾ define los determinantes sociales como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y explican las diferentes formas de enfermar, de vivir la enfermedad, así como las distintas oportunidades para tener una buena salud.

La edad, el género y la actividad física son determinantes para la salud y el envejecimiento activo⁽⁶⁰⁻⁶³⁾, de manera que las diferencias existentes en la salud y en la práctica de la actividad física entre hombres y mujeres, en algunas ocasiones se deben al sexo, es decir a la biología que nos distingue, pero en otras muchas se deben a estos determinantes sociales de la salud, destacando especialmente el género, es decir, la construcción sociocultural del sexo.

Cuando estas diferencias, atribuibles a determinantes sociales, son innecesarias, injustas, sistemáticas y evitables, se les conoce como desigualdades en salud^(59,64). Los distintos ejes de desigualdad, principalmente situados en la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio, determinan jerarquías de poder y privilegios que merman las oportunidades de las personas más vulnerables como las mujeres, mayores, pobres, razas no blancas, residentes en zonas con menos recursos. Para corregir estas desigualdades, se deben establecer políticas de equidad en salud que distribuyan los recursos según las necesidades para que *“todas las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales”*⁽⁶⁵⁾.

El determinante de género, como decíamos, hace referencia a la construcción sociocultural del sexo, lo que socialmente normativizamos como lo masculino o femenino y que nos lleva a relacionarnos entre hombres y mujeres en base a normas y prácticas sociales, así como a un sistema de relaciones simbólicas que proporciona ideas y representaciones para unos y otras⁽⁶⁶⁾. Es una categoría social a la que se le da significado a través de un proceso de asignación de expectativas, normas sociales, roles, relaciones, rasgos de personalidad, actitudes, comportamientos, valores e influencias⁽⁶⁷⁾.

El género es una estructura social que expresa los patrones de las relaciones entre personas y grupos, es decir, las formas en que las personas, los grupos y las organizaciones están conectados y divididos, así como la persistencia de esos patrones a lo largo del tiempo. Las relaciones de género se construyen continuamente en la vida cotidiana⁽⁶⁸⁾.

El conjunto de estos roles, normas, rasgos, etc. asignados a cada sexo se denomina estereotipo de género. Por otro lado, la identificación, representación e interacción social de los estereotipos de género son los roles de género, papeles y funciones que la sociedad asigna a cada posición sexual⁽⁶⁹⁾.

Los roles y estereotipos de género producen desigualdades en la salud de las personas. Para Pilar Sánchez⁽⁶⁷⁾, los diferentes papeles y responsabilidades que se adjudican a una persona en función de si se es hombre o mujer, pueden hacer que se asocie masculinidad a fuerza y resistencia, y por ello, es posible que los hombres consulten menos a los servicios de salud o pidan menos ayuda y sean más proclives a asumir riesgos y a tener accidentes. Por otra parte, la feminidad tradicional, que se reconoce en la delicadeza y la suavidad, puede hacer que las mujeres que se identifican más con esta representación, consideren que su participación en actividades físicas no es adecuada⁽⁶⁷⁾.

Cuando, a partir de la construcción social de estos estereotipos de género, se establecen posiciones asimétricas en la sociedad, apoyadas en una distribución desigual del poder, prestigio y autoridad, donde ellas quedan en papeles pasivos, infravalorados y dependientes, se establece, entonces, una relación de poder (de género) en el sistema^(69,70).

En dicha relación, de carácter jerarquizado, la mujer queda socialmente subordinada y en desventaja frente al acceso a oportunidades y el control de ciertos recursos⁽⁶⁹⁻⁷³⁾. Como refiere M^ª del Mar García-Calvente⁽⁶⁶⁾:

Se produce una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales, no solo a nivel individual, personal y privado sino también a nivel legislativo, político, religioso, ... que suman o restan oportunidades y tienden a atribuir mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas con lo masculino y a producir relaciones desiguales de poder.

Los roles de género y las relaciones de poder influyen diferencialmente en las necesidades y los comportamientos de mujeres y hombres, revierten en la exposición a riesgos, en el acceso a recursos y en la aparición, gravedad y frecuencia de enfermedades, bien como factores de protección o de riesgo producen, en definitiva, desigualdades en salud⁽⁶⁷⁾.

Es por lo que el género, determinante social de la salud, es considerado un eje de desigualdad, por las diferencias que se configuran a través de las relaciones de poder. No obstante, como estructura y constructo social, se configura según el contexto social, económico, político y cultural, por lo que es multidimensional, evolutivo y dinámico según la sociedad y el momento histórico^(66,68). Es dado al cambio y la transformación.

Para evitar estas causas multimodales de las diferencias y desigualdad, la OMS, en 2002, propuso el desarrollo de políticas y actuaciones de equidad de género en “La Declaración de Madrid. El mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa”⁽⁷⁴⁾:

La equidad de género significa imparcialidad y justicia en la distribución de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres. Este concepto reconoce que las necesidades de las mujeres y los hombres son diferentes y que las diferencias deben ser identificadas y tratadas para corregir el desequilibrio existente entre los sexos.

La equidad de género significa que hombres y mujeres, independientemente de sus diferencias biológicas, tienen derecho a acceder con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los bienes y servicios de la sociedad, así como derecho a la toma de decisiones en los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural y familiar.

Otro de los determinantes sociales de la salud es la edad. Es un eje de desigualdad transversal similar a la clase social, al género, la etnia o el país de procedencia⁽⁵⁹⁾. Se produce cuando, por razón de edad, se categoriza y divide a las personas produciendo daños, desventajas e injusticias⁽⁹⁸⁾. A esto se le conoce como edadismo^(75,76).

La existencia de estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores y/o hacia el proceso de envejecimiento, produce actitudes negativas y de discriminación^(3,59), que se traducen en situaciones de aislamiento social, lenta recuperación de la discapacidad, enfermedad, deterioro físico y cognitivo, falta de actividad física, bajo nivel de influencia política y comunitaria, alta carga económica y social para el sistema público y de menor precisión en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico^(12,59). Estas circunstancias impiden, además, que el grupo de mayor edad pueda beneficiarse de actividades de participación en la sociedad, de acceso a recursos, de promoción de la salud, del envejecimiento activo y de la actividad física. En definitiva, les resta oportunidades de desarrollo y bienestar.

Como se aprecia, las consecuencias del edadismo pueden ser graves y de gran alcance para la salud, la calidad de vida, el bienestar y los derechos humanos de las personas mayores, y agravan aún más la soledad y el aislamiento social^(3,76,77).

Se han iniciado distintas Estrategias Internacionales para integrar todas las edades en la sociedad y combatir el edadismo. La “Estrategia y Plan de Acción para el Envejecimiento Saludable en Europa 2012-2020”, planteaba una Europa que tuviera en

cuenta las necesidades de las personas de edad, para que pudieran vivir con dignidad y sin discriminación, con acceso a los servicios sanitarios y sociales de alta calidad, y en la que el envejecimiento se considerara una oportunidad y no una carga para la sociedad⁽¹⁾. En 2016, se inició una campaña mundial para luchar contra la discriminación por motivos de edad, en la que el objetivo era cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento para crear un mundo capaz de integrar a todas las edades⁽³⁾. Este año, 2021, la OMS ha iniciado una Campaña Mundial para Combatir el Envejecimiento con el objetivo de cambiar la narrativa en torno a la edad y el envejecimiento y ayudar a crear un mundo para todas las edades⁽⁷⁷⁾.

Por lo tanto, se hace necesario combatir todos los estereotipos y prejuicios que aíslan a las personas mayores y proyectar políticas y programas comprensivos de un envejecimiento positivo, activo y posible, políticas con equidad en el envejecimiento, como propone la OMS en la “Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030”⁽³⁾:

Equidad en el envejecimiento: Promueve que todos dispongan de oportunidades iguales y justas para disfrutar de los factores determinantes y facilitadores de un envejecimiento saludable, como la posición social y económica, la edad, el sexo, el lugar de nacimiento o residencia, la condición de inmigrante y el nivel de capacidad. En ocasiones, es posible que se deba prestar una atención desigual a algunos grupos de población para garantizar que los miembros menos favorecidos, más vulnerables o marginados de la sociedad obtengan los mayores beneficios posibles.

Luego, género y edad son importantes ejes de desigualdad que generan jerarquías de poder, en las que los hombres, las personas de clases sociales altas, jóvenes y adultas, de raza blanca y de países desarrollados, tienen más posibilidades y privilegios⁽⁵⁹⁾. La discriminación no es solo individual o comunitaria, es también institucional, pues se generan prácticas institucionales e interpersonales donde ciertos grupos dominantes adquieren privilegios y ventajas a base de subordinar a otros grupos o personas⁽⁵⁹⁾.

Ser mujer y mayor constituye una doble desigualdad (por género y edad) que condiciona el logro de una adecuada salud física y mental, del acceso equitativo a oportunidades de socialización y participación y de un buen control de los recursos en todos los ámbitos. El plan para la “Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030” lo expresa de la siguiente manera⁽³⁾:

La situación de desventaja puede agravarse si el edadismo se combina con otras formas de discriminación, como ocurre en el caso de las mujeres mayores y las personas mayores con discapacidad.

Las Políticas del Estado de Bienestar y los Servicios de Salud también forman parte de los determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades (figura 1). Su cometido se centra en abordar las desigualdades, entre ellas las relacionadas con las mujeres mayores, y generar oportunidades equitativas de salud. Algunas de estas políticas nacionales e internacionales de equidad se describen a continuación.

En 2002, la OMS en el “Informe Envejecimiento Activo: Un marco político” declaró que las mujeres estaban universalmente en desventaja en términos de bienestar en la vejez debido a desigualdades estructurales asentadas en las primeras etapas de la vida, y destacó la importancia de reconocer las diferencias de género en las políticas⁽⁹⁾.

Por su parte, la “Estrategia y Plan de Acción para el Envejecimiento Saludable en Europa 2012-2020”, recogía el siguiente aparatado sobre las mujeres mayores⁽¹⁾:

Existen importantes diferencias entre hombres y mujeres en los roles y experiencias durante la vejez. Las mujeres se ven potencialmente más afectadas por vivir solas y por la pobreza en la vejez, y pasan en promedio una mayor parte de su vida con algún tipo de limitación funcional. Al mismo tiempo, constituyen la gran mayoría de los cuidadores formales e informales, además de estar claramente sobrerrepresentados como cuidadores, incluso cuando están controlados por su mayor edad media. Estos y otros aspectos requieren una perspectiva de género en las políticas de envejecimiento saludable en todas las áreas estratégicas e intervenciones prioritarias.

También la OMS, actualmente, en la “Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030”⁽³⁾, hace referencia al envejecimiento de las mujeres mayores, describiendo la inequidad en relación a la mayor pobreza y menor ahorro económico, una peor situación en prestaciones contributivas y una mayor exposición a las demandas de cuidados informales no remunerados. Refiere así⁽³⁾:

El género, la cultura y la etnia son factores que influyen de forma importante en la desigualdad y que dan lugar a trayectorias muy diferentes de envejecimiento.

Ante esto, insta a la promoción de una participación equitativa que mejore la situación económica y de seguridad social de las mujeres de edad avanzada y el acceso a los servicios de salud⁽³⁾.

En definitiva, se precisan políticas equitativas de participación y accesibilidad que tengan por objetivo el pleno desarrollo de sus capacidades para un envejecimiento pleno y activo, con igualdad de oportunidades y libertades para el desarrollo de hábitos saludables en entornos socialmente favorables y participativos.

En 2012, Karen Gelb et al.⁽⁵⁶⁾ hicieron un análisis de los cinco principales informes sobre la promoción de la salud con perspectiva de género: 1) el Informe Lalonde “Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” de 1974, 2 y 3) la “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” y el Informe Epp “Lograr la salud para todos: Un marco para la promoción de la salud” de 1986, 4) el Informe de Hamilton y Bhatti “la promoción de la salud de la población: Un modelo integrado de salud de la población y promoción de la salud” de 1996, y 5) la “Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado” de 2005.

En dicho análisis concluyen que el género no es abordado en ninguno de estos cinco marcos como determinante crítico y relacional con otros factores clave de la salud ni de su promoción⁽⁵⁶⁾. Esta ausencia de consideración dificulta la capacidad para individualizar las prácticas, analizar las estructuras y contextos sociales que influyen en la salud de las mujeres y para desarrollar investigaciones en una promoción de la salud más eficaz⁽⁵⁶⁾.

Cabe repasar, a su vez, las cuatro conferencias mundiales sobre la mujer de Naciones Unidas respecto a la importancia de la salud de las mujeres mayores en particular.

La “Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer”, celebrada en Ciudad de México en 1975⁽⁷⁸⁾, reconoció la discriminación de éstas en la vida económica, política y social. Aunque lo consideró un hecho natural, y no un problema social evitable, posicionó el sexo femenino como el centro del problema, es decir, como víctimas pasivas que demandan bienestar y tratamientos especiales⁽⁷⁰⁾. Se definió un plan de acción mundial para el progreso y desarrollo de las mujeres en general y se destacó la necesidad de realizar estudios que pusieran de relieve la situación particular de las mujeres mayores^(79,80).

La “Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz” desarrollada en Copenhague en 1980⁽⁸¹⁾, evaluó los objetivos alcanzados en salud, empleo y educación de la primera conferencia y también contempló la necesidad de realizar estudios sobre mujeres mayores, como su predecesora de México, recomendando la especial atención a los problemas que enfrentan, así como al diseño de medidas que promovieran su mejora social^(79,80).

La “Conferencia Mundial para el examen y la evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer” llevada a cabo en Nairobi (1985)⁽⁸²⁾, propuso medidas para lograr la igualdad de género y la promoción de la participación de las mujeres en las iniciativas globales de paz y desarrollo. A su vez, tuvo en cuenta el Plan de Acción de Viena de 1982 de las Naciones Unidas sobre Envejecimiento, instó al estudio y tratamiento de los problemas de salud que acontecen en el envejecimiento, especialmente en el caso de ellas⁽⁸⁰⁾. También subrayó la necesidad de eliminar las consecuencias sociales originados por los estereotipos de la mujer mayor e invitó a los medios de comunicación a generar una imagen más positiva de éstas⁽⁸⁰⁾.

Y, por último, la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Acción por la Igualdad, el Desarrollo y la Paz”, celebrada en Beijing 1995⁽⁸³⁾, donde se discutió por primera vez acerca de la equidad de género y empoderamiento de la mujer, aspectos desatacados como piedra angular para la planificación de políticas de salud y programas de población y se asumió que las relaciones entre hombres y mujeres formaban parte de la estructura que conforma las desigualdades sociales⁽⁸⁴⁾.

Esta plataforma de Beijing recogía doce esferas, entre ellas "Las mujeres y la salud", sobre las que los gobiernos y la sociedad civil debían poner especial énfasis en la eliminación de los obstáculos que impedían la plena equiparación entre los sexos. Se reconoció que el principal obstáculo para que ellas pudieran alcanzar el más alto nivel posible de salud era la desigualdad entre los sexos, y que la igualdad en las obligaciones familiares compartidas debía ser condición necesaria para gozar de un óptimo nivel de salud durante todo el ciclo vital. También puso de relieve que las oportunidades de las mujeres eran diferentes y desiguales en lo relativo a la protección, la promoción y el mantenimiento de la salud, como puede apreciarse en el siguiente párrafo⁽⁸⁴⁾:

En las políticas y programas de salud a menudo se perpetúan los estereotipos de género y no se consideran las diferencias socioeconómicas y otras diferencias entre mujeres, ni se tiene plenamente en cuenta la falta de autonomía de la mujer

respecto de su salud. La salud de la mujer también se ve sujeta a discriminaciones por motivos de género en el sistema de salud y por los servicios médicos insuficientes e inadecuados que se prestan a las mujeres.

En esta cuarta Conferencia mundial sobre la mujer, se formularon varios objetivos estratégicos relacionados con el acceso de las mujeres, durante toda su vida, a recursos y servicios sanitarios de bajo costo y de buena calidad, con el fortalecimiento de programas de prevención específicos, con la promoción de la investigación y la difusión de la información relativa a su salud y con la supervisión del seguimiento de su salud⁽⁸⁴⁾.

Destacamos los que concuerdan con el objeto de esta tesis⁽⁸⁴⁾:

Proporcionar instalaciones recreativas y deportivas accesibles y establecer y reforzar en las instituciones educativas y comunitarias programas para niñas y mujeres de todas las edades que tengan en cuenta los aspectos relacionados con el género y apoyar el adelanto de la mujer en todas las esferas de la actividad deportiva a la actividad física, incluidos la enseñanza, el entrenamiento y la administración, así como su participación en los planos nacional, regional e internacional;

Crear y apoyar programas en el sistema educacional, en el lugar de trabajo, y en la comunidad para que las niñas y las mujeres de todas las edades puedan participar en los deportes, las actividades físicas y de recreo puestas a su disposición sobre la misma base en que participan los hombres y los muchachos en las actividades puestas a la disposición de ellos;

Propuso, la plataforma de Beijing, como medidas a adoptar para conseguir estos objetivos: reafirmar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de las mujeres, elaborar programas de salud con orientación de género, con servicios de salud descentralizados que respondieran a las necesidades de la mujer durante toda su vida según su edad y su condición socioeconómica y cultural, entre otras cosas, a sus múltiples funciones y responsabilidades y a su limitada disponibilidad de tiempo, y garantizar que los programas de formación sanitaria incluyan cursos sobre la salud de la mujer y que tengan en cuenta los aspectos relacionados con el género.

Supuso, además, un impulso a la visibilización de la situación de las mujeres mayores. El documento recoge 32 referencias a ellas y un apartado específico para las donde se pone en evidencia que las relaciones entre el envejecimiento y la discapacidad

de la mujer, la inadecuada alimentación y la falta de actividad física aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis^(80,84).

Por último, la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” aprobada en 2015 por los Estados miembros de la Naciones Unidas⁽⁸⁵⁾, queda expresada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El Preámbulo declara que los ODS aspiran a *hacer realidad los derechos humanos de todas las personas y alcanzar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas*. El empoderamiento de éstas es un aspecto primordial para promover la igualdad entre los géneros en el acceso a la educación, a los recursos económicos, al empleo, al uso de la tecnología de la información y las comunicaciones, la participación política y la adopción de decisiones a todos los niveles⁽⁸⁵⁾. En este sentido hace alusión especial al deporte como respaldo de dicho empoderamiento:

El deporte es otro importante facilitador del desarrollo sostenible. Reconocemos que el deporte contribuye cada vez más a hacer realidad el desarrollo y la paz promoviendo la tolerancia y el respeto, y que respalda también el empoderamiento de las mujeres y los jóvenes, las personas y las comunidades, así como los objetivos en materia de salud, educación e inclusión social.

1.2.2. Datos diferenciales. Diferencias por sexos y edad en salud, esperanza de vida, práctica de actividad física, ejercicio físico y sedentarismo. La morbilidad diferencial.

Mujeres y hombres afrontan muchos problemas de salud semejantes, pero las diferencias son de tal magnitud que la salud de las mujeres merece que se le preste una atención particular. Organización Mundial de la Salud. La Salud y las Mujeres. Los datos de hoy, la agenda de mañana. 2009

En este apartado se presentan datos diferenciales de la práctica de actividad física y otros indicadores de salud por sexos y grupos de edad, en base a dos referencias: la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres⁽⁸⁶⁾ (en adelante Ley de Igualdad), y el documento de la OMS (2020) “Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030”⁽³⁾.

La Ley de Igualdad, recoge en el artículo 27.3b el fomento de la investigación científica atendiendo a las diferencias en relación con la protección de su salud, y en el

artículo 27.3f que los datos obtenidos y tratados en sistemas de información médica y sanitaria se presentarán desagregados por sexo⁽⁸⁶⁾.

Así mismo, en el Informe “Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030”, la OMS insta al uso de datos desagregados por edad y sexo en la obtención de los mismos, en la presentación de informes y en el desarrollo de investigaciones que puedan beneficiar a las personas mayores⁽³⁾.

El envejecimiento demográfico va en aumento. En 2012, la OMS preveía que la edad media aumentara en 10 años en menos de dos décadas⁽¹⁾. Actualmente, se espera que, al término de la “Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030”, la cifra de personas de 60 años o más aumente en un 34% y que, para 2050, la población mundial de personas mayores sea más del doble, alcanzando los 2100 millones⁽³⁾. Las personas mayores de 60 años duplicarán a las menores de 5 años, y éstas superarán en número a los adolescentes y jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años⁽³⁾.

En el caso de España, según el Informe de 2020 sobre el envejecimiento del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)⁽⁴⁾, la pirámide de población continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas que tienen 65 o más años (19,3% de la población española en 2019), con una mayor proporción de octogenarios (6,1% de toda la población), y haciéndose notar los centenarios. A su vez, la proyección del INE (2018-2068) apunta a que en 2068 podría haber más de 14 millones de personas mayores, es decir, el 29,4% del total de población, y durante las décadas de 2030 y 2040 se espera registrar los mayores incrementos, con la llegada a la vejez de la cohorte nacida durante el baby boom⁽⁴⁾.

Pero el crecimiento demográfico y el envejecimiento no afectan por igual a hombres y mujeres. Ellas suelen vivir más que ellos, al ser más longevas, por lo que representan una proporción mayor de la población adulta de edad avanzada: el 54% de las personas de 60 años o más son mujeres, una proporción que se sitúa en torno al 60% para el grupo etario de 75 años o más y al 70% para el de 90 años o más⁽⁸⁷⁾. Según la OMS, en 2017, ellas representaban el 54% de la población mundial de 60 años o más, y el 61% de la población de 80 años o más⁽³⁾. Entre 2020 y 2025, la esperanza de vida de las mujeres al nacer será tres años mayor que la de los hombres⁽³⁾.

Sin embargo nacen más hombres y esto se mantiene durante muchos años, hasta que la mayor mortalidad diferencial masculina elimina esa ventaja inicial⁽⁴⁾. Es decir, nos

encontramos con una feminización de la vejez, más acentuada cuando más avanzada es la edad, superando en un 32% las mujeres a los hombres⁽⁴⁾.

También la edad y el sexo constituyen un factor diferenciador de la salud subjetiva en la valoración del estado de salud. Las personas mayores, en general, perciben su salud peor que el resto de la población, es decir, las percepciones negativas aumentan con la edad⁽⁴⁾. Entre las personas mayores de 65 años, tanto la Encuesta de Salud en España 2017 como indicadores estadísticos españoles de envejecimiento de 2019, recogen que los hombres tienen una percepción de su salud mejor que ellas^(4,88). Concretamente a esa edad, el 59,0% del tiempo por vivir en los hombres lo es en buenas condiciones, mientras que sólo el 48,1% en el caso de las mujeres^(4,88).

La valoración del estado de salud está determinada por distintos factores: enfermedades padecidas, características personales, factores sociales, económicos y del entorno de la propia persona⁽⁴⁾. Hombres y mujeres difieren, por motivos biológicos y socioculturales, en todos estos factores como se describe en el punto 1.2.2. Los determinantes sociales de la salud.

De manera que la esperanza de vida es mayor en ellas, pero tienen peor percepción de su estado de salud y más problemas de salud: diabetes, enfermedad cerebrovascular, osteoporosis, incontinencia urinaria, artritis reumatoide y trastornos depresivos⁽⁷⁰⁾, debidos, entre otros motivos, a la exposición a diversos factores de riesgo durante la juventud y etapas anteriores de la edad adulta, como el sedentarismo^(87,89).

Para comprender estas diferencias, se crea el concepto de esperanza de vida saludable, que añade a la esperanza de vida la dimensión de calidad y no sólo la cantidad de ésta. Se construye sobre datos de morbilidad crónica y salud autopercibida⁽⁴⁾. En España, según el Informe de 2020 sobre las personas mayores de 65 años, las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres (23,5 sobre 19,5 años respectivamente), pero con peor esperanza de vida saludable⁽⁴⁾. Si se tiene en cuenta el tiempo que se vive con buena salud a partir de los 65 años, el 59,0% del tiempo por vivir en los hombres lo es en buenas condiciones, mientras que sólo es así para el 48,1% de las mujeres⁽⁴⁾.

Respecto a la práctica de actividad física, también encontramos diferencias entre sexos y distintos grupos de edad. Según la OMS, en todo el mundo, alrededor de una de cada tres mujeres y uno de cada cuatro hombres no realizan suficiente actividad física

para mantenerse sanos⁽⁹⁰⁾. Por su parte, la encuesta del Eurobarómetro de 2018 sobre el deporte y la actividad física, revela que hay demasiadas personas en la Unión Europea que no alcanzan los niveles mínimos de actividad física recomendados por la OMS⁽⁹¹⁾, siendo especialmente preocupante en mujeres y personas adultas mayores^(16,92). Como confirman diversos estudios, ellas, en general, son más sedentarias y más inactivas físicamente que los hombres^(21,88,93-97), y las personas mayores son más inactivas que las más jóvenes.

Las mujeres mayores son, por tanto, el grupo más inactivo físicamente. Esta circunstancia las pone en clara desventaja a la hora de conseguir los beneficios que proporciona el ejercicio para su salud, bienestar, calidad de vida y envejecimiento. Otra consecuencia de esta falta de actividad, es una menor tasa de mortalidad prematura evitada en los hombres, como recoge el estudio de Tessa et al.⁽²³⁾.

En cambio, cuando se mide la actividad física en su concepto más puro, es decir, referido a cualquier movimiento como ir al trabajo (ver conceptos en apartado 1.1), y medido con escalas que incluyen actividades desarrolladas durante la rutina diaria, se igualan los datos entre sexos o ellas resultan ser más activas físicamente^(93,98). Esto puede hacernos suponer que el consumo de METs por la actividad física realizada cotidianamente por las mujeres (habitualmente por labores domésticas) llega a ser igual o superior al de los hombres, cuyos METs no son tanto por actividades caseras, sino por actividades de ocio fuera del ámbito familiar.

Respecto a la práctica de actividad física por grupos de edad, la mayoría de los estudios encuentran diferencias entre personas más jóvenes respecto a las más mayores, siendo éstas últimas más sedentarias e inactivas físicamente^(96,98-102). La Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España recogía así las desigualdades en la actividad física a lo largo del ciclo vital⁽⁵⁹⁾:

También existen desigualdades según género y clase social en las conductas relacionadas con la salud, como la actividad física, unas desigualdades que en ocasiones empiezan desde la infancia.

Dentro del grupo de mayores encontramos variedad de resultados. En el grupo de mayores de 60 años, Sun et al.⁽¹⁰¹⁾ refieren que las mujeres son más inactivas que los hombres, y que las personas de edad más avanzada son más inactivas que los mayores más jóvenes. Milanovic et al.⁽¹⁰³⁾ demuestran, en un estudio comparativo del nivel de

actividad física medido con IPAQ, entre el grupo de 60 a 69 años con el grupo de 70 a 80 años, que tanto ellos como ellas se vuelven cada vez menos activos con el aumento de la edad, lo cual afecta negativamente a su fuerza muscular, resistencia y estructura corporal. Sin embargo Menezes et al.⁽⁹⁹⁾ recogen, en un estudio de población brasileña mayor de 60 años, que las mujeres mayores son más activas que los hombres mayores.

Para paliar estas desigualdades, es necesario favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres evitando que, por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre ellos y ellas, como promulga la Ley de Igualdad, en su artículo 27 “Integración del principio de igualdad en la política de salud”⁽⁸⁶⁾.

1.2.3. Situación actual de la práctica de actividad física en las mujeres mayores.

Dificultades y motivaciones para la práctica de ejercicio físico (aquí estaría lo relacionado con los 2 primeros artículos: el de las mujeres de Vistabella y el del ACTIVA)

Teniendo en cuenta que la mujer es más vulnerable a ciertos procesos físicos asociados con la edad como la osteoporosis, o emocionales como la depresión, y que se puede beneficiar más de la práctica de la actividad física como en la mejora de la memoria, es urgente poner en marcha políticas y estrategias encaminadas a la promoción de la actividad física en mujeres mayores. Tortosa Martínez J, Vega Ramírez L. Mujeres mayores y actividad física. Feminismo/s. 2013

Como hemos descrito anteriormente, las mujeres mayores son el grupo más inactivo y sedentario de toda la población. Esta inactividad tendría su origen tanto en factores físicos como en los factores sociales.

Para Danielle R. Brittain et al.⁽¹⁰⁴⁾, los motivos principales para no practicar más ejercicio físico en las mujeres de 50 a 75 años son la falta de tiempo libre, el trabajo (productivo), las obligaciones familiares, la fatiga y falta de energía.

La falta de tiempo, particular de cada mujer y de su situación familiar, atribuida a la carga doméstica y al cuidado familiar, es también reconocida por Juan Tortosa et al.⁽¹⁰⁵⁾ como uno de los principales motivos para no realizar toda la actividad física que les gustaría a las mujeres entre 55 y 74 años, aun realizando más actividades domésticas que los hombres. Atribuye también la menor participación a la falta de modelos deportivos femeninos y de cobertura mediática. Correlaciona positivamente la

percepción de la salud con la cantidad de actividad física semanal y con la condición física percibida.

La “Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2015”⁽¹⁰⁶⁾, señalaba que para las personas mayores de 55 años, la salud es el principal determinante a la hora de practicar EF (29,45%). En los mayores de 65 años, los principales motivos por los que no se practica deporte son la edad (36,3%) y problemas de salud (28,85%).

Según el estudio del Instituto de la Mujer en “Actitudes y prácticas deportivas de las mujeres en España 1990-2005”, los obstáculos para el deporte femenino son⁽¹⁰⁷⁾:

- la falta de tiempo libre: es el principal obstáculo debido a la tradicional distinción de roles dentro del ámbito familiar que implica, aún en la actualidad, una mayor carga de trabajo doméstico y obligaciones familiares (hijos, principalmente) para el sexo femenino.
- Menor disponibilidad económica: la discriminación sexual en materia de salarios sigue siendo una realidad que también puede influir negativamente en la práctica deportiva, al disponer de menos dinero para actividades de ocio.
- Falta de refuerzo social: no existe el mismo reconocimiento al talento deportivo de la mujer.
- Falta del sentido lúdico: a la mujer se le asigna mayor «responsabilidad» en la conducción de la familia y, por tanto, mayores cargas. Aunque la progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral ha favorecido en alguna medida el reparto de las tareas domésticas dentro del hogar entre hombres y mujeres, la igualdad en muchos casos está aún lejana e incluso, el tiempo disponible para el ocio se ha visto reducido.
- Diferentes formas de socialización como consecuencia de una educación diferente: los motivos para practicar deporte son factores que diferencian la ocupación del tiempo libre en hombres y mujeres. La mayoría de estas últimas alegan que realizan ejercicio para alcanzar una mejora en su bienestar físico y psicológico, mientras que, para ellos, el factor social tiene un mayor peso.
- Menor espacio dedicado al deporte femenino en los medios de comunicación: la divulgación y seguimiento de eventos deportivos femeninos es considerablemente inferior a la de deportes masculinos.

El estudio publicado en The Lancet en 2018 sobre la práctica de actividad física⁽¹⁶⁾, atribuye la menor participación de las mujeres y las niñas en la actividad física a las normas culturales, los roles tradicionales o la falta de apoyo social y comunitario e insta a comprender y abordar estos obstáculos a la hora de planificar y llevar a cabo acciones para apoyar un cambio de comportamiento.

En otro estudio, de Adriana Perez et al.⁽¹⁰⁸⁾, se alude a que las mujeres mayores hispanas son más sensibles a involucrarse en programas de actividad física cuando se desarrollan en su ámbito comunitario, como asociaciones laborales, eclesiásticas o de cuidado de la salud existentes, donde se sienten seguras y aceptadas. Es decir, no disponer de apoyo social, especialmente el familiar, y la soledad, condicionan las probabilidades de hacer actividad física en el tiempo libre de las personas mayores⁽¹⁰⁹⁾.

Chastin et al.⁽¹⁹⁾, en un estudio cualitativo sobre los determinantes del sedentarismo en mujeres mayores, recogen que el dolor y la falta de energía las lleva a sentarse. Revela que el encasillado social y ambiental de que las personas mayores deben sentarse y descansar, así como la carencia de instalaciones apropiadas en el entorno comunitario, las impulsa a no realizar actividad física. También, la Dra. Carme Valls Llobet y la “Evaluación de la Estrategia Nacional para el Abordaje de la Cronicidad”^(61,110), atribuyen mayor prevalencia de dolor en las mujeres lo que provoca ciertas incapacidades físicas y explica el comportamiento sedentario.

Otro estudio, sobre un análisis narrativo de la participación en un programa de ejercicios para mayores durante 32 semanas⁽¹¹¹⁾, revela que las mujeres que participaron se sentían más felices, tenían más vínculos sociales y más recompensas para la salud física. Aunque concluye que, si bien perciben el ejercicio de forma positiva y manifiestan cierta autoconfianza y sentido de la responsabilidad personal en los beneficios, de sus narrativas, sobre el declive relacionado con el envejecimiento, se desprende que se resisten a incorporar la actividad física entre sus hábitos de salud, y advierte a profesionales de la importancia de atender y reconocer las dificultades relacionadas con esta resistencia a la hora de promover conductas de actividad física.

En este marco, interesa mencionar el concepto de salud relacionada con la libertad y la capacidad, tal como lo define Fabienne Peter. Para esta autora, la salud es la capacidad de toma de decisiones, de empoderamiento, de acceso a los recursos y de potenciación de energías para mejorar el rendimiento físico e intelectual^(61,112). Es un

concepto de salud relacionado también con la calidad de vida, con el disfrute y la experimentación^(61,67).

Desde esta perspectiva, las políticas y programas deben favorecer la capacidad de las mujeres mayores para decidir y elegir sus prácticas saludables, como el ejercicio físico, superando las desigualdades por motivos de edad y género.

Así mismo, debe cuestionarse si, en el proceso de planificación, desarrollo y evaluación de las recomendaciones y las políticas institucionales, se contempla cuál es el rol de estas mujeres en la sociedad, es decir, si incluyen la perspectiva de género con enfoque en el envejecimiento.

1.3. Marco teórico.

1.3.1. La perspectiva de género en salud

Las intervenciones que exploren y promuevan formas afirmativas de "hacer género" pueden constituir, en última instancia, "la mejor compra" para la salud y la sociedad. Snow R. Sex, gender, and vulnerability. Glob Public Health. 2008.

Sexo y género no son sinónimos, aunque a veces la literatura anglosajona pueda sustituir una palabra por otra⁽⁶¹⁾. La perspectiva de género y la palabra género han nacido de las ciencias sociales para identificar cómo los estereotipos llegan a condicionar las conductas, y de las ciencias psicológicas, que han explicado cómo las construcciones de la subjetividad de hombres y mujeres se han sesgado por los estereotipos en que han vivido, sumergidos en el seno de las familias, de las escuelas y de la sociedad⁽⁶¹⁾.

Como sabemos, la salud de cada persona depende de factores biológicos, ambientales y socioculturales. La salud es también producto de los estereotipos de género, es decir, de las exigencias sociales sobre cuál ha de ser la forma de pensar y actuar femenina o masculina⁽¹¹³⁾. La perspectiva de género en salud permite, desde este marco sociocultural, la identificación de los riesgos y los daños que sufren mujeres y hombres de manera particular por su condición⁽¹¹³⁾.

Las diferencias en salud por sexo son diferencias biológicas relacionadas con características genéticas o hereditarias, no son modificables. Las diferencias relacionadas con el género denominadas "desigualdades de género en salud", son sistemáticas, innecesarias, injustas y evitables. (véase apartado 1.2.2). Interesante resulta, al respecto, la reflexión de Vivian M. Perojo et al.⁽¹¹⁴⁾:

La cuestión está en conocer las diferencias y eliminar aquellas evitables entre hombres y mujeres, en relación con oportunidades de obtener y mantener la salud, así como las posibilidades de enfermar, o sufrir algún daño mayor pudiendo prevenir sus causas.

Por su parte, el Informe “La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla” de 2007 de Sen, George, Östlin para la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS⁽⁷³⁾, explica el papel del sexo y del género en las diferencias y desigualdades de género en salud:

Las diferencias en la exposición y vulnerabilidad masculino-femeninas en la salud varían en magnitud según las diferentes condiciones de salud. Algunas condiciones de salud están determinadas principalmente por diferencias biológicas de sexo. Otros son el resultado de cómo las sociedades socializan a mujeres y hombres en roles de género apoyados por normas sobre masculinidad y feminidad, y relaciones de poder que otorgan privilegios a los hombres, pero que afectan adversamente la salud de mujeres y hombres. Sin embargo, muchas condiciones de salud reflejan una combinación de diferencias biológicas de sexo y determinantes sociales de género. Comprender los roles que juegan la diferencia biológica y el sesgo social es importante para comprender la exposición y vulnerabilidad diferenciales.

Este Informe explica el papel del género como determinante de la salud subrayando el estudio de las causas, factores y consecuencias de las desigualdades en salud entre los sexos, e incorpora el género como elemento que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que conllevan la exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo diferenciales⁽⁶⁶⁾.

Las desigualdades implican distintas oportunidades en salud y tienen un alto impacto en la misma, ya que condicionan la vulnerabilidad para enfermar, la mortalidad, la discapacidad, la carga de enfermedad y el acceso y la calidad de la atención sanitaria^(59,66). Es, a las políticas de equidad, a las que corresponde el análisis de las desigualdades y las intervenciones en cada eje de desigualdad para eliminarlas⁽⁵⁹⁾. Así lo menciona el Instituto Europeo de la Igualdad de Género⁽¹¹⁵⁾:

Las mujeres tienen un enorme potencial que sigue sin aprovecharse debido a las importantes desigualdades existentes entre mujeres y hombres en toda la

Unión Europea. Si queremos crear una Europa más fuerte, más justa y unida, necesitamos eliminar estas desigualdades.

La igualdad de género quiere decir que las mujeres tienen las mismas oportunidades en la vida que los hombres, que disponen de todos los medios y recursos para llevar una vida sana, independientemente del rol de género, y que, mujeres y hombres, niñas y niños se encuentran en igualdad de condiciones para desarrollar plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos⁽⁸⁴⁾.

La igualdad de género supone también reconocer los desequilibrios tradicionales del sistema de salud, hacer que éste responda mejor a las necesidades de salud de las mujeres y significa equidad en el acceso, el tratamiento y los resultados para hombres, mujeres, niñas y niños⁽⁸⁴⁾.

En definitiva, la igualdad de género se refiere a la igualdad de oportunidades, mientras que la equidad de género se refiere a la justicia para lograr esta última, es decir, la equidad es el medio para lograr la igualdad.

No obstante, el género no actúa aisladamente en la complejidad social de la salud. Otros determinantes sociales de la salud interactúan de un modo aditivo o multiplicador de la desigualdad de género en salud. Por eso conviene reconocer y profundizar en la diversidad de situaciones y experiencias de mujeres según edad, clase social, grupo étnico, orientación sexual, y capacidad funcional, entre otros aspectos⁽⁶⁶⁾.

El Instituto Europeo para la Igualdad de Género (EIGE)⁽¹¹⁶⁾, organismo autónomo de la Unión Europea (UE), trabaja para que la igualdad de género sea una realidad, dentro y fuera de la UE, detectando brechas entre hombres y mujeres y recogiendo y analizando datos relativos a las desigualdades de género. Al facilitar información práctica y basada en datos, refuerza la promoción de la igualdad de género en todas las políticas de la UE y las nacionales, contribuye en la lucha contra la discriminación por motivos de sexo, y participa en la sensibilización de la ciudadanía europea en la igualdad de género.

El Instituto establece una serie de indicadores para medir y comparar la situación de unas y otros a lo largo del tiempo, permitiendo el monitoreo y la evaluación continua del cumplimiento de objetivos políticos en igualdad de género. Cuenta con el Índice de Igualdad de Género, un indicador que mide el complejo concepto de igualdad de género, apoya la elaboración y aplicación de políticas y leyes de igualdad de género y muestra

los diferentes resultados de esas políticas⁽¹¹⁷⁾. El indicador se mide en una escala de 0 a 100, cuanto más bajo, más desigualdades de género (excepto en el indicador de violencia de género que, a mayor valor, mayor violencia). Consta de siete ámbitos entre los que se encuentra la salud.

En el ámbito de la salud, la igualdad de género se mide en tres aspectos: estado de salud, comportamiento sanitario y acceso a los servicios de salud⁽¹¹⁸⁾. El primero examina las diferencias en la esperanza de vida de las mujeres y los hombres, junto con la salud autopercebida y los años de vida sana (también llamada esperanza de vida sin discapacidad)⁽¹¹⁸⁾. Se complementa con un conjunto de factores de comportamiento sanitario, basados en las recomendaciones de la OMS sobre un comportamiento saludable como el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física, el tabaquismo y el consumo de alcohol⁽¹¹⁸⁾. El acceso a los servicios de salud se mide por el porcentaje de personas que reportan necesidades médicas y/o dentales no cubiertas⁽¹¹⁸⁾.

Según el Informe del Instituto Europeo para la Igualdad de Género en España 2019⁽¹¹⁹⁾, la puntuación en la dimensión de la salud es de 90,1 (en una escala de 1 a 100), mostrando un progreso de 2 puntos desde 2005 y de 0,5 puntos desde 2015. La brecha de género es mayor entre mujeres y hombres solteros, y mujeres y hombres con bajo nivel de estudios, en detrimento de ellas en ambos casos.

El EIGE identifica entre las principales diferencias y desigualdades de género en los sectores de la política sanitaria, las diferencias de género en el estado de salud y los comportamientos, así como las desigualdades y barreras de género en el acceso a los servicios sanitarios⁽¹¹⁸⁾.

Dicho Instituto define la igualdad de oportunidades como “la ausencia de barreras a la participación económica, política y social por razón de sexo y género y otras características. Estas barreras son a menudo indirectas, difíciles de discernir y causadas y mantenidas por fenómenos estructurales y representaciones sociales que han demostrado ser especialmente resistentes al cambio. La igualdad de oportunidades, como uno de los objetivos de la igualdad de género, se basa en la idea de que es necesaria toda una serie de estrategias, acciones y medidas para corregir las desigualdades arraigadas y persistentes”⁽¹²⁰⁾.

1.3.2.El feminismo como marco teórico en salud y género

La propuesta de género feminista implica una redistribución de los poderes sociales, la transformación de los mecanismos de creación y reproducción de esos poderes, para deconstruir la opresión y la enajenación de género y crear poderes democráticos, la construcción de procesos para mejorar la calidad de vida de mujeres y hombres y para desarrollar opciones sociales dignas y una cultura que se corresponda con el nuevo paradigma que pone en el centro lo humano compuesto por las mujeres y los hombres, la igualdad y la equidad como los principios de las relaciones de género y la construcción de calidad de vida y libertad. Marcela Lagarde y los de Ríos. Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia. 2018

Aplicar la perspectiva de género en salud es todo un reto. Precisa incorporar marcos teóricos y enfoques que abarquen el concepto de salud de manera integral y que consideren la salud como un proceso en el que influye, no solo la biología, sino también los contextos sociales, estereotipos de género y las experiencias subjetivas vividas.

Un análisis de la salud desde un enfoque de género se enmarca en base a distintos feminismos, pues no existe una única teoría feminista como un enfoque delimitado e inequívoco. Existen posiciones epistemológicas alineadas con una ideología feminista capaces de describir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres, de interpretar la construcción del proceso salud-enfermedad bajo la influencia del género y, a partir de aquí, transformar los contextos sociales para favorecer una salud más equitativa e igualitaria para ellos y ellas^(69,121-123).

El feminismo se concibe como un movimiento político, teórico y social que lucha por la liberación de las mujeres de la opresión y de la limitación de oportunidades.

El modelo biomédico no da respuestas a las desigualdades en salud. Se hace necesario un “modelo social” de salud capaz de comprender los factores socioculturales que determinan la causalidad de la salud y la enfermedad, y de relacionar estos factores con la estructura social más amplia ⁽¹¹²⁾. Aunque los problemas de salud de las mujeres no pueden dejar de abordarse desde perspectivas bio-psico-sociales, las teorías de género incorporan enfoques para entender a unas y otros en sus contextos y normas de género⁽¹²¹⁾.

Si las reflexiones de género se refieren a las construcciones sociales de la femineidad y la masculinidad, a las relaciones entre los sexos, así como a la forma en que, funciones, comportamientos, actividades, atributos y oportunidades de ellos y ellas, se basan en diferentes niveles de poder^(124,125), un marco teórico feminista nos permite analizar,

explicar, interpretar y reflexionar acerca de la influencia de estas reflexiones de género en la salud de las mujeres.

Todos los feminismos comparten, como punto de partida, la situación de discriminación y/o subordinación de las mujeres por la hegemonía masculina sobre el sexo femenino y cómo esta organización social de dominación basada en estereotipos y roles de género, llamada patriarcado, se debe a un proceso histórico construido socialmente y no a un proceso natural biológico^(122-124,126,127). Lo explican así Rosa Cobo⁽¹²⁶⁾ y Amelia Valcárcel⁽¹²⁸⁾ respectivamente:

El objetivo de la teoría feminista ha sido la creación de un marco interpretativo que haga visible el género como una estructura de poder. Al hilo de esta reflexión se acuñan en los años setenta los conceptos de género y patriarcado. Ambos remiten a una jerarquía de poder generalizada y a un sistema de dominación masculina.

En realidad, el feminismo afirma que el verdadero quid es la propia jerarquía sexual, no algunas de sus indeseables consecuencias. Esa misma jerarquía es, aunque universalmente extendida, ilegítima; éticamente ilegítima y en la actualidad y en democracia, políticamente disfuncional. Esa jerarquía de toda índole, es la invariante de fondo a cuyo sistema de estructura el feminismo llama patriarcado, justo lo que se ha propuesto abolir.

Desde sus inicios como fenómeno social en el siglo XVIII, el feminismo describió el género como una construcción social y estructura de poder origen de desigualdades, al igual que lo es la clase social, pretendiendo cimentar una sociedad donde las mujeres puedan ejercer autónoma, independiente y críticamente y donde puedan alcanzar mejores niveles de vida en el ámbito educativo, laboral, social, doméstico e incluso el íntimo y sexual^(70,122,123,126).

Epistemológicamente, el feminismo ha ido evolucionando paralelamente a los movimientos políticos y corrientes teóricas^(69,126,128), identificándose en diferentes corrientes feministas como liberal, socialista, radical, cultural, ecofeminismo, etc., y ha ido impregnando con sus principios a la concepción de la salud⁽⁶⁹⁾.

Haciendo un repaso por algunas de las corrientes feministas más destacables, paralelas a los movimientos sociales y políticos del momento, y su implicación en la salud, encontramos la teoría socialista, que distingue entre los determinantes sociales

de la salud, la situación laboral, la distribución del trabajo productivo (público para el hombre) y reproductivo (en el ámbito de lo privado, lo doméstico para la mujer), la estructura de clases sociales y las relaciones de poder⁽⁶⁹⁾. Y es que el nivel socioeducativo bajo, la situación laboral precaria y el cuidado familiar y doméstico, más propios de las mujeres que de los hombres, supone una situación de desigualdad^(2,129). Según el enfoque estructuralista, las relaciones de poder del sistema sanitario sustentan la medicalización de acontecimientos vitales y la iatrogenia, evitando el empoderamiento y la autonomía de las y los pacientes⁽⁶⁹⁾. Por su parte, la teoría ecosocial critica las estructuras jerárquicas y relaciones de poder que victimizan a las personas por sus estilos de vida, perpetuando las desigualdades en salud, y se centra en buscar estrategias de cambio de las condiciones sociales para que favorezcan actitudes y comportamientos en salud informados, responsables y firmes⁽⁶⁹⁾.

Fuera de todas las corrientes epistemológicas y políticas, el transcurrir del feminismo ha girado, principalmente, en torno a un doble debate: el del feminismo de la igualdad que reivindica lo que se les ha usurpado a las mujeres, y el del feminismo de la diferencia que defiende la riqueza de la diversidad.

El feminismo de la igualdad considera a las mujeres como un grupo sociocultural con rasgos propios, que es excluido del espacio público y social, del ámbito económico y político y de la distribución de los bienes sociales. El origen de dicha exclusión está en el patriarcado, la división sexual del trabajo y la rigidez de los roles de género⁽¹²⁶⁾. Reconoce una identidad propia con principios e intereses comunes mediante un pacto entre mujeres, y cuestiona la naturaleza diferente y complementaria de los sexos^(126,130). Busca la inclusión en el discurso político con el objetivo de eliminar las diferencias, instituir la igualdad y abolir los géneros para alcanzar una participación y redistribución igualitarias y la igualdad de oportunidades^(69,126). Ana de Miguel lo expresaba de la siguiente manera⁽¹³⁰⁾:

Excluidas del ámbito público y de la ciudadanía de forma sistemática, los primeros movimientos, la teoría y la práctica feministas, se centraron en legitimar y organizar lo que podemos denominar las políticas de la inclusión en la esfera de lo público.

Por su parte, el feminismo de la diferencia también considera a las mujeres como un grupo sociocultural definido, pero sostiene además que como grupo poseen entre sí otras características que las diferencian de los hombres⁽¹²⁶⁾. El feminismo de la diferencia

critica la uniformidad de la identidad excluyendo experiencias, opiniones e intereses que no forman parte de lo que se considera la identidad colectiva⁽¹²⁶⁾. Pretende el reconocimiento de la diferencia entre las propias mujeres⁽¹²⁸⁾. Así mismo, rechaza el patriarcado por posicionarse como única forma de dominación, la masculina⁽¹²⁶⁾. Es en estas diferencias internas y propias donde se posiciona la vindicación feminista: en señalar las múltiples y diversas identidades.

Para Nuria Valera⁽¹²⁷⁾, el objetivo fundamental del feminismo es acabar con el patriarcado como forma de organización política. Para Samara de las Heras⁽¹²²⁾, el fin último de todos los feminismos es reivindicar la igualdad, eliminar el sistema social de subordinación de las mujeres e incluir a éstas en espacios tradicionalmente masculinos, suprimir las diferencias que producen las desigualdades y favorecer el reconocimiento y la revalorización de las diferentes identidades que derivan de la experiencia personal y de los valores femeninos. Así lo describe esta autora⁽¹²²⁾:

En ese sentido, quizá el reto más grande que tiene que enfrentar el Feminismo es una verdadera y plena concienciación de la ciudadanía, que favorezca que tanto mujeres como hombres comprendan y defiendan que la sociedad será más justa e infinitamente mejor, si todos y cada uno de los seres humanos pueden gozar de la misma autonomía y libertad para realizar sus planes de vida.

En cualquier caso, todos los feminismos reclaman que las voces de las mujeres tienen que ser escuchadas en todos los ámbitos, ser conocida la historia y experiencia femenina⁽¹²²⁾. Según Rosa Cobo⁽¹²⁶⁾, éstas deben construirse como sujetos que reflexionen sobre cómo la construcción de la feminidad coarta su autonomía y libertad, y se cuestionen los espacios sociales asignados. Como dice Nuria Valera⁽¹²⁷⁾:

El feminismo es un discurso político que se basa en la justicia. Es una teoría y práctica política articulada por mujeres que tras analizar la realidad en la que viven toman conciencia de las discriminaciones que sufren por la única razón de ser mujeres y deciden organizarse para acabar con ellas, para cambiar la sociedad. Partiendo de esa realidad, el feminismo se articula como filosofía política y, al mismo tiempo, como movimiento social.

En concreto en el ámbito de la salud, desde el feminismo, promover la salud de las mujeres es hacerlas protagonistas de la misma, recuperando tanto sus derechos como

su capacidad de decisión, sin encorsetarlas ni normativizarlas⁽⁶¹⁾. Se trata de examinar sus experiencias vividas sobre la salud, la enfermedad y la discapacidad.

El feminismo también ha cuestionado la forma de abordar la salud y de hacer investigación sanitaria: es la mirada del feminismo académico que pone el acento de la crítica en la visión androcentrista de la salud y la investigación.

Ya en la década de los 70, se puso de relieve que la salud de las mujeres no sólo depende de factores biológicos, sino, que en muchos casos, dependían de factores sociales y culturales, de la discriminación y la violencia que habían sufrido, y por lo tanto se consideraban problemas sociales⁽⁶¹⁾. En la década de los 90, se evidencia cómo ellas eran excluidas de la investigación sanitaria, cuyo objeto de estudio eran, mayoritariamente, hombres, y que los resultados de estos estudios eran extrapolados a las mujeres, que no habían formado parte de los mismos y, por ende, no habían sido consideradas ni sus particularidades fisiológicas ni e inmunológicas⁽⁷⁰⁾.

Carmen Valls-Llobet refiere que el cuerpo femenino supone una limitación para el acceso a los derechos y privilegios que la sociedad otorga a los hombres y que la medicina ha estado marcada por una visión negativa del mismo y de su “especificidad” (ciclicidad, menstruación, embarazo, maternidad, lactancia⁽⁶¹⁾).

Es en esta década cuando, en España, se empieza a desarrollar la perspectiva de género en la medicina, exigiendo estudios de morbilidad diferencial que contemplaran la especificidad de las mujeres en el proceso salud-enfermedad y las diferencias en la sintomatología de las enfermedades.⁽¹³¹⁾ M^a del Mar García-Calvente recoge así la idea de la investigación feminista en salud⁽⁶⁶⁾:

El feminismo no sólo se pregunta sobre los modos de entender el conocimiento científico, sino que también orienta su reflexión hacia los modos de realizar la práctica de la investigación. La metodología feminista proporciona un marco útil, relevante e innovador para la incorporación de la perspectiva de género en la investigación en salud.

Este enfoque feminista de libertad y liberador, poder y fortaleza, descrito en este apartado, es el que da sentido a esta tesis sobre el ejercicio físico en mujeres mayores.

1.3.3. Investigación con perspectiva de género.

Un análisis de salud sin perspectiva de género no da cuenta de la realidad y no es coherente para enfrentar las desigualdades en salud. García-Calvente M del M, Jiménez Rodrigo ML, Martínez Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. 2010

Antes de comenzar este apartado, se ha de matizar que, al momento de finalizar este documento, los estudios, la bibliografía y las evidencias dan un giro en la denominación y conceptualización de la investigación en perspectiva de género, y comienzan a referirse a ésta como “investigación con perspectiva de igualdad de género”, enfatizando que la “perspectiva de género” tiene el objetivo de la igualdad de género. A lo largo de este documento se usará la terminología habitual hasta ahora, debido a que el transcurso de esta tesis se ha desarrollado antes de esta nueva e incipiente acepción.

La investigación es una actividad comprometida con la transformación del mundo a través de la producción de conocimiento. El abordaje de la práctica de actividad física en las mujeres mayores planteado en esta tesis compete a la investigación con perspectiva de género en cuanto al reto de reconocer y analizar las diferencias en dicha práctica entre hombres y mujeres por motivos socioculturales y estereotipos sexuales. Con esto se prevé, a su vez, producir un conocimiento que favorezca la igualdad de oportunidades e impulse una transformación social equitativa y una buena convivencia social^(66,132).

La investigación feminista pone en valor el análisis de las diferencias dando visibilidad a las experiencias e intereses de las mujeres, a las desigualdades que ocasiona el patriarcado en la vida cotidiana y al carácter androcéntrico y sexista de la producción del conocimiento científico^(132–134).

Varios marcos normativos instan a la investigación con perspectiva de género:

El “Programa Europeo Horizonte 2020-Marco de Investigación e Innovación”⁽¹³⁵⁾, recoge la integración de la dimensión de género en los contenidos de investigación e innovación como objetivo para la igualdad de género:

Las actividades desarrolladas en Horizonte 2020 deben promover la igualdad entre hombres y mujeres en la investigación y la innovación, abordando, en particular, las causas subyacentes del desequilibrio entre hombres y mujeres, explotando todo el potencial de los investigadores e investigadoras, e integrando

la dimensión de género en el contenido de investigación e innovación, así como prestando especial atención a garantizar el equilibrio de género, atendiendo a la situación existente sobre el terreno de la investigación e innovación en cuestión, en los grupos de evaluación y otros órganos técnicos y de asesoramiento pertinentes, con el fin de mejorar la calidad de la investigación y fomentar la innovación. Las actividades tendrán también por objetivo la aplicación de los principios relativos a la igualdad entre hombres y mujeres (art.25).

La Unión Europea desde hace años plantea la igualdad entre sexos como un derecho fundamental y un valor común a todos los Estados miembro. Entre las acciones clave para erradicar las discriminaciones, en 2006, la Comisión al Consejo y el Parlamento Europeo urgía a mejorar las estadísticas y la calidad de las investigaciones⁽¹³²⁾.

Ya en la Conferencia de Beijing de 1995 se ponía en evidencia la ausencia de estadísticas de salud desglosadas por edad, sexo y situación socioeconómica, así como de datos fiables sobre la mortalidad y la morbilidad de la mujer que permitieran un análisis sistemático de variables de vulnerabilidad⁽⁸⁴⁾.

La Constitución Española, en el artículo 14, proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo, y el artículo 9.2 consagra la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas⁽¹³⁶⁾.

La Ley de Igualdad⁽⁸⁶⁾, tiene por objeto hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades, en particular mediante la eliminación de la discriminación de la mujer, sea cual fuere su circunstancia o condición, en cualesquiera de los ámbitos de la vida y, singularmente, en las esferas política, civil, laboral, económica, social y cultural. El artículo 27.3 Integración del principio de igualdad en la política de salud recoge:

"Las Administraciones públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán, de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades, las siguientes actuaciones:

a) La adopción sistemática, dentro de las acciones de educación sanitaria, de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.

b) El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo

referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales”.

Así pues, la investigación con perspectiva de género lo considera como una categoría de análisis determinante de las desigualdades entre hombres y mujeres^(66,70,113). Orientar la investigación en salud, situando el género como categoría de análisis transversal al resto de variables de estudio, permite generar conocimiento para aclarar, orientar, implementar y evaluar las intervenciones de promoción de la salud^(67,113).

Como determinante social de la salud, interactúa con otros factores biológicos (incluido el sexo), sociales, económicos, psicológicos e incluso históricos, condicionando los comportamientos, el acceso a los recursos y los riesgos a la enfermedad^(67,113). Se hace necesario pues, atender toda la complejidad social en salud y comprender que el género puede tener un efecto aditivo o multiplicador de las desigualdades en salud⁽⁶⁶⁾.

La investigación con perspectiva de género adecua los métodos para estudiar las interacciones del sexo y del género con otros determinantes que influyen en las prácticas de la salud⁽⁶⁷⁾. Puede situar el foco en la totalidad de las mujeres y hombres de un grupo de población, de un grupo de mujeres de una determinada edad, profesión, etnia, o bien de varios grupos de mujeres diferenciadas por otros determinantes como la cultura, zona de residencia, situación laboral, etc. Sin duda, el enfoque de género, es fundamental para contar con políticas y programas eficaces que garanticen equidad de género en salud y para mejorar las intervenciones en salud^(66,114).

El objetivo de la investigación con perspectiva de género es demostrar que la identidad y los roles de género, así como la posición social de menor poder (estatus de subordinación), son importantes determinantes y causas de las desigualdades en salud de las mujeres.

La perspectiva de género permite identificar, analizar y documentar las formas de desigualdad en salud por el hecho de tener cierto sexo en un contexto concreto⁽⁶⁶⁾. Mantiene que la elección de una cuestión de investigación, y el modo de abordarla, es subjetiva y condicionada por diversos y complejos factores sociales —clase social, género, edad, cultura científica— y por cuestiones ideológicas⁽⁶⁶⁾:

Dentro de la investigación el termino género puede tener dos sentidos interconectados: "género como categoría analítica, que permite aprehender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres

dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos" y género como sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas en las que se sitúa de forma diferente y desfavorable a las mujeres respecto a los varones⁽⁶⁶⁾.

En la actualidad existen distintas publicaciones en castellano que orientan la incorporación de la perspectiva de género en la investigación como la "Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud"⁽⁶⁶⁾, las guías SAGER (Sex and Gender Equity in Research)⁽¹³⁷⁾, el "Manual El Género en la Investigación"⁽¹³⁸⁾, "Cuestionando la perspectiva de género en la investigación"⁽¹³²⁾, "Género y Salud. Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud"⁽¹³⁹⁾ y "¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación?"⁽¹⁴⁰⁾.

A continuación, se presenta un resumen de los aspectos comunes más destacados de estos documentos.

Como norma básica y general, los datos deben estar desagregados por sexo y género. Esto afecta a todas las fases del proceso de investigación y en la presentación del estudio. Si el estudio es de un solo sexo, debe quedar claro el sexo al que se refiere. Si comprende ambos sexos, debe haber una representación homogénea de ambos. Así mismo, se insta a no usar indistintamente sexo y género, quedando claro qué aspectos de sexo y de género se estudian. El uso del lenguaje no sexista es también indiscutible.

El sexo es una variable de estudio y el género es la categoría analítica e interpretativa principal, es decir, las normas sociales, roles sexistas, relaciones heteropatriarcales o de poder y procesos de identidad, entre otros, son centrales en la investigación. A su vez, el género interactúa con otras variables o determinantes sociales, causas también de desigualdades en salud, y que deben ser analizados, en un enfoque intersectorial, para comprender la complejidad del problema y contribuir al avance en la igualdad y equidad y en salud.

Las diferencias o las similitudes según sexo deben ser explícitas, analizadas y explicadas adecuadamente, así como las desigualdades de género o las encontradas dentro de un mismo sexo debido a distintos determinantes sociales. Las diferencias tienen que estar contextualizadas histórica y socioculturalmente para que puedan ser visibilizadas como desigualdades de género en salud y sirvan de herramienta de cambio, acción social y avance en la igualdad y equidad. También en el diseño y formulación del

problema de investigación debe especificarse si se esperan diferencias de sexo o desigualdades de género.

En definitiva, la investigación con perspectiva de género implica un enfoque interpretativo y crítico de la diversidad de situaciones y experiencias que explican los fenómenos relacionados con el sexo y el género, incluidos factores sociales, culturales, biológicos y situacionales. Es por ello por lo que las teorías feministas y la metodología cualitativa son recursos y herramientas consistentes en este tipo de investigación^(66,132,133,141).

Un enfoque feminista posiciona al género y la construcción social de la feminidad como característica básica de la vida social y el centro categórico de la investigación^(133,142), y por lo tanto, al género como limitación de oportunidades de la práctica del ejercicio físico en las mujeres^(133,142). Es decir, ante la aparente igualdad en la oportunidad y acceso al hábito del ejercicio físico entre unos y otras, las diferencias de sedentarismo y niveles de actividad física son lo suficientemente dispares entre ambas partes, y lo suficientemente relacionadas estas diferencias con los determinantes sociales y culturales, como para explorar, con perspectiva de género, los elementos que condicionan su práctica.

En el estudio de la práctica de la actividad física en las mujeres mayores, la metodología con enfoque de género requiere analizar las estadísticas de sedentarismo y niveles de actividad física desagregados, al menos, por sexo y edad, y valorar la interacción con otros factores como la zona de residencia, nivel de estudios, situación sociolaboral, económica, etnia, responsabilidades sociofamiliares, situación de poder en el entorno sociofamiliar, explorar las creencias y vivencias de las propias mujeres, indagar sobre las dificultades profesionales para la promoción de la actividad física, analizar las políticas y programas en cuanto a su consideración del género como determinante de la práctica y asociar todo ello a los mandatos de género establecidos como generadores de desigualdades en salud.

1.3.4. Investigación en vejez, envejecimiento y personas mayores

La investigación sobre el envejecimiento saludable debe responder a las necesidades actuales de las personas mayores, anticipar los desafíos futuros, vincular las condiciones y determinantes sociales, biológicos, económicos y ambientales del envejecimiento saludable durante la primera y la segunda mitad de la vida y evaluar posibles intervenciones para mejorar

Históricamente, las estadísticas solían excluir a las personas mayores dejando de separar los datos a partir de los 60 o 65 años, contribuyendo así a la homogeneidad e invisibilidad de este grupo de edad^(3,143). Sin embargo, hoy en día es considerado como un grupo heterogéneo de población y los datos deben presentarse desglosados, al menos en tramos de cinco años, en lo relacionado con la recopilación, comparación, análisis y presentación de informes⁽³⁾. Esta distinción etaria permite comprender mejor su estado de salud, sus contribuciones sociales y económicas y el capital social que representan⁽³⁾.

La población envejece, es decir, aumenta la proporción de personas mayores - las que tienen 65 o más años respecto al resto-, el grupo de octogenarios y centenarios y la esperanza de vida es cada vez mayor⁽⁴⁾. Siguiendo a Anna Freixas⁽¹⁴⁴⁾, en países en los que la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, nos encontramos con un “envejecimiento de la vejez”, pasando de considerar persona mayor a quien tiene más de 65 años, a encontrarnos con personas de 65 a 80 años con buena salud física y mental, integradas social y culturalmente y consumidoras activas de bienes y servicios. Hay más personas mayores, más diversas, heterogéneas, con diferencias en sus estilos, gustos, necesidades, tareas vitales e inquietudes.

Esta heterogeneidad y diversidad social y cultural de la vejez se debe a los cambios producidos en el tejido social y económico de la sociedad contemporánea, las mejoras en la salud y en la longevidad, así como la acumulación de experiencias a lo largo de los años^(143,145). Las experiencias y vivencias de una persona de 75 años no tienen por qué ser iguales a las de una de 85, no todas las mayores son iguales por el hecho de ser mayores de 65. Sin embargo, los estudios sobre esta “nueva, amplia y diversa vejez de la vejez” no han transcurrido a la vez lo suficientemente como para abordar esta realidad. Así lo recoge Anna Freixas⁽¹⁴⁶⁾:

Necesitamos investigaciones que reflejen la diversidad en la vejez, las múltiples formas de vida y las importantes contribuciones de las personas mayores. Y sobre todo estudios que no denigren la vejez, que no nos impelan a parecer jóvenes y nos permitan sentirnos libres para elegir la forma de vida que más acorde esté con nuestros deseos, que nos permitan sentirnos en paz.

Como se ha descrito sobre el edadismo, existe un fuerte rechazo a las personas mayores y al envejecimiento por su asociación a estereotipos negativos que estigmatiza a este colectivo como personas enfermas, dependientes y frágiles⁽¹⁴⁷⁾. Un estudio reciente de Friederike Enßle et al.⁽¹⁴⁸⁾ sobre la imagen de la diversidad en la vejez, encuentra que existe una polarización de dicha imagen entre el envejecimiento exitoso, activo y saludable y el envejecimiento como declive y duelo, que no tiene en cuenta la pluralidad de experiencias en términos de género, orientación sexual, edad, clase social, historia migratoria y trayectorias vitales individuales. Concluye que es urgente realizar investigaciones que desafíen la actual hegemonía de las narrativas de la vejez a través de contraimágenes que den voz a historias no contadas que están por explorar, articular y conceptualizar y que den un reconocimiento público a la diversidad de la vejez⁽¹⁴⁸⁾.

Por otra parte, una reciente revisión sistemática en investigación psicológica europea sobre la vejez, el envejecimiento y/o las personas mayores también insiste en la necesidad de desarrollar investigaciones que no sólo se centren en el declive del envejecimiento, sino también en la ausencia de la enfermedad, en la heterogeneidad de esta etapa y en los elementos asociados al buen envejecer⁽¹⁴⁹⁾.

Todo esto requiere, en fin, investigaciones en las diversas formas de vivir y envejecer y en la desigualdad ocasionada por los determinantes culturales y económicos de las sociedades que envejecen⁽¹⁴³⁾. Se precisa un enfoque de curso vital que revise el envejecimiento en su complejidad y analice la relevancia tanto de las variables individuales como sociales de la vejez⁽¹⁴⁷⁾. Es necesario romper con la narrativa de homogeneización de las personas mayores en las que se ven privilegiados los grupos mayoritarios, sin considerar los minoritarios y las desigualdades asociadas⁽¹⁵⁰⁾.

La OMS recoge que la investigación en envejecimiento debe considerar la inclusión de las personas mayores en la sociedad, así como la diversidad de condicionantes de su salud, intersectorialidad, como el género, la discapacidad, la residencia urbana o rural, la situación socioeconómica, el nivel educativo, la etnia, la pertenencia a comunidades indígenas y otros factores de desigualdad⁽³⁾. Por su parte, el "Informe mundial sobre la discriminación por motivos de edad"⁽⁷⁵⁾ recoge entre sus recomendaciones *Mejorar los datos y la investigación para comprender mejor la discriminación por razón de edad y cómo reducirla*.

Con este fin, se creó el "Programa Europeo Horizonte 2020-Marco de Investigación e Innovación"⁽¹³⁵⁾ para el periodo 2014-2020, que justificaba y financiaba proyectos de

investigación en el envejecimiento de la población y sus determinantes de la salud, como la actividad física, el género, el medio ambiente, el nivel socioeconómico, el trabajo y el clima, y promovía trabajos para comprender el sentimiento de identidad y de pertenencia y para reducir las desigualdades en materia de salud, incluidas las de género y las intergeneracionales.

Por otra parte, la metodología de investigación, cuantitativa mayoritariamente, ha estado tradicionalmente centrada en el envejecimiento como declive y en las personas mayores como receptoras pasivas de su situación económica y biológica⁽¹⁴⁵⁾. Sin embargo, es la metodología cualitativa, herramienta especialmente sensible y fiable, la que nos permitirá descubrir los aspectos más significativos de las vidas de las personas mayores, conocer sus experiencias y realidades y dar sentido a la intersectorialidad en esta etapa de la vida.⁽¹⁴⁵⁾

La realidad es que existe una feminización de la vejez -hay un 32% más de mujeres mayores que de hombres-, más acentuada cuanto más avanza la edad y con peor salud⁽⁴⁾, y que la salud y la calidad de vida de este grupo de mujeres han sido escasamente estudiadas. Como refiere Mónica Ramos⁽¹⁴⁷⁾:

... a pesar de que cultura y género son dos determinantes que influyen en el proceso de envejecimiento, la antropología y la gerontología han estudiado escasamente cómo influyen en la calidad de vida de las mujeres mayores, cuando, especialmente el género, es una variable que condiciona todo el curso vital.

En este sentido, cabe el reto de la investigación gerontológica feminista que plantea Anna Freixas⁽¹⁵¹⁾ de dar cuenta de la complejidad del proceso de envejecimiento a través de la exploración de las identidades y significados de la vejez, así como de los cambios que aporta el paso del tiempo en las mujeres. Para la autora, se hace necesario una investigación ajustada a la realidad, que visibilice la invalidación patriarcal de las mujeres mayores, que se oponga a la noción de declive de la vejez, que considere las desigualdades económicas atribuyéndoles poder y reconocimiento, ofreciéndoles voz y espacios, y construyendo marcos positivos de representación de la vejez⁽¹⁵¹⁾:

La compleja y sutil vida de las mujeres mayores aparece como un amplio campo, abierto al pensamiento y la investigación crítica y reflexiva, en la que su voz y su experiencia se vislumbran como las herramientas necesarias. El objetivo

de los estudios de las mujeres sobre la edad debería ser promover la libertad de las mayores para elegir los estilos de vida y las maneras de envejecer que deseen.

Una revisión sistemática que analiza el papel del género en los estudios de investigación sobre el buen envejecer, encuentra escasos estudios que contemplen el género como categoría social de análisis y concluye que *aún queda recorrido científico para examinar y profundizar en el papel del género en la vejez y el envejecimiento y, consecuentemente, para la traslación de conocimiento a la actuación política y a la sociedad*⁽¹⁵²⁾. Propone así mismo, centrar los estudios en temas de especial relevancia para las mujeres como los relacionados con el maltrato, la violencia de género, la sexualidad e identidad de género, la autonomía sobre las decisiones, y el control sobre la propia vida⁽¹⁵²⁾.

También la OMS insta a desarrollar proyectos de investigación que atraigan financiación y colaboradores sobre cuestiones desatendidas o sobre nuevos problemas dentro del envejecimiento⁽³⁾, incluyendo la actividad física adecuada, marco y objeto de esta tesis.

Capítulo 2. Objetivos

1. Objetivo principal

El objetivo general de esta investigación es:

Analizar la práctica del ejercicio físico en mujeres mayores como elemento para la equidad y la promoción de la salud.

2. Objetivos específicos

A partir de este objetivo general, surgen los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las dificultades y motivaciones para la práctica de ejercicio físico teniendo en cuenta sus propias vivencias e idiosincrasias de salud, así como el contexto sociocultural y familiar de las mismas.
- Analizar con perspectiva de género las diferencias en la práctica de actividad física de mujeres y hombres según determinantes sociales de la salud.
- Conocer las estrategias utilizadas por las y los profesionales del ámbito comunitario para la promoción de la actividad física.
- Comprender la construcción sociocultural que influye en la práctica de actividad física.

Capítulo 3. Resultados

En este apartado se ha incluido una síntesis de los hallazgos más importantes de los tres artículos que conforman esta tesis por compendio de publicaciones.

A partir de los mismos se puede valorar el trabajo de investigación realizado sobre los constructos socioculturales que determinan el vínculo con la práctica del ejercicio físico en las mujeres mayores.

En primer lugar, describimos los resultados de la publicación **“Dificultades y motivaciones para el ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Un estudio cualitativo”**, cuyo estudio, partiendo de la percepción, como enfermera de Atención Primaria, de que estas mujeres presentaban ciertas resistencias y limitaciones para la práctica de ejercicio físico, buscó profundizar en esta circunstancia y exploró las dificultades y motivaciones que encuentran las mujeres mayores, tanto las que practican habitualmente ejercicio, como las que no.

Distinguimos tres principales motivaciones para el inicio y mantenimiento del ejercicio físico. Por un lado, destacaron que, la práctica les aporta la capacidad para controlar sus enfermedades y la fortaleza para afrontar el declive percibido en el proceso de envejecimiento, es decir, para afrontar esa percepción de deterioro físico y psíquico y de problemas en su estado de salud debidos a la edad. Por otro lado, la ausencia de exigencias familiares, laborales y sociales en esta etapa vital, les proporciona la libertad y autonomía que facilita la adherencia. Y, por último, con el ejercicio establecen relaciones sociales que les brindan distracción, acompañamiento y seguridad para comprometerse con el grupo y la práctica, siendo éste tan determinante como estímulo, si lo hay, o como impedimento, si no lo hay

A su vez, manifestaron también tres dificultades para el inicio y la adherencia al ejercicio. Por un lado, la percepción de mala salud, de deterioro físico y limitación de sus cuerpos y la inseguridad en las capacidades vinculadas a la edad y proceso de envejecimiento. Por otro, expresaron prejuicios y recelos a practicar ciertas actividades, sobre todo en público, por el hecho de ser viejas, lo cual les hace desconfiar y les entorpece para desenvolverse en una tarea y exigencia física más allá de las actividades rutinarias. Por último, encontramos que el rol tradicional del cuidado asociado a la mujer, interiorizado desde el comienzo de sus vidas y construido social y culturalmente, les dificulta desprenderse de la obligación doméstica y del cuidado de las demás

personas de su entorno para encontrar tiempo y espacios propios para iniciar y desarrollar ejercicio físico.

Durante el desarrollo de los grupos focales y entrevistas de esta investigación, se pudo comprobar la capacidad que tienen estas mujeres de interactuar, tomar conciencia y expresar las limitaciones y los beneficios que les aporta el ejercicio y las experiencias durante su práctica. Se comprendió así que en grupo se sienten cómodas y libres para reflexionar y hablar de sus situaciones vitales.

Estos resultados fueron determinantes para ahondar e incorporar la perspectiva de género en salud como herramienta de análisis y explicación de las diferencias y dificultades de la práctica de ejercicio físico de las mujeres mayores. Así que, con esta perspectiva y debido al acceso a la base de datos del Programa ACTIVA de un municipio de Murcia, se realizó un estudio que permitió identificar desigualdades de género en salud, asociadas a sexo, edad y situación laboral, en las personas participantes del Programa y cuyo artículo se titula **“Desigualdades de género, edad y situación sociolaboral. Programa de actividad física ACTIVA-Murcia”**.

Los datos del Programa reportaron que participaban más mujeres que hombres, lo cual tenía sentido ya que las derivaciones a este Programa provienen de profesionales Atención Primaria a cuyas consultas las mujeres acuden con mayor frecuencia, pero, sin embargo, presentaban un menor nivel de actividad física a cualquier edad en comparación con los hombres de su misma edad. También, las mujeres en general, presentaron mayor situación laboral parada frente a los hombres y que éstas tenían un menor nivel de actividad física que los hombres en la misma situación. De manera que se pudo comprobar que, ser mujer, mayor y estar en situación laboral parada, condiciona la menor actividad física.

En este estudio también se pudo constatar que las mujeres asistían menos a las sesiones programadas y que el principal motivo para no asistir a alguna de ellas era, al igual que para los hombres, pero especialmente en las mujeres, el de enfermedad. El segundo motivo para ellas, que no para ellos, fueron los motivos familiares.

Así pues, encontramos que, a pesar de que existe un impulso y deseo para iniciar el Programa, el mandato de género femenino, responsable del sostén familiar y preservado socialmente, les impide mantener la constancia al Programa en las mismas condiciones que a los hombres.

Tras los resultados y conclusiones de estas dos investigaciones ya comentadas, y para continuar con los objetivos de esta tesis, se procedió a conocer las perspectivas y estrategias utilizadas por los y las profesionales implicadas en la promoción del ejercicio físico, tanto para motivar, como para superar las barreras y dificultades de las mujeres mayores para realizar actividad física. Surgió así, el tercer y último estudio del compendio de publicaciones, cuyo artículo aceptado para publicar se titula **“Promoción de la actividad física en mujeres mayores. Un estudio cualitativo con perspectiva de género”**. Para este estudio se realizaron, en tres provincias de España, tres grupos focales de profesionales relacionados con la salud, promoción del ejercicio físico y realización de actividades físicas. También se realizaron dos entrevistas en profundidad con una experta en salud y género y una monitora licenciada en actividades físicas.

En estos encuentros con profesionales destacamos aspectos muy valiosos que ayudaron a comprender y ahondar en el arbolado sociocultural que sostiene el vínculo de las mujeres mayores con el ejercicio físico. Uno de ellos es que, estas mujeres y la sociedad, no consideran que el ejercicio sea una actividad que les corresponda, sino que se les ha excluido, desde las primeras etapas de sus vidas, del imperativo y oportunidad de su desarrollo para poder dedicarse al mandato de género que sí les concierne: el del cuidado y mantenimiento de la familia en sus diversas generaciones y condiciones, lo cual describen como “una vida sin satisfacciones personales”. Otro aspecto, igualmente destacable, es el carácter socializador que enraíza al ejercicio físico por la creación de redes sociales y el sentido de pertenencia entre iguales, de seguridad y compañía. De hecho, caminar se reveló como una actividad considerablemente afín a este grupo, ya que el vínculo y compromiso social generado, proporciona el estímulo fundamental para el inicio y el mantenimiento del ejercicio, más allá de los beneficios físicos.

Las estrategias profesionales utilizadas para conseguir que las mujeres mayores se vinculen a la práctica de ejercicio, se resumen en abordar las dificultades y motivaciones, favorecer la experimentación y el placer corporal, fomentar actividades en grupo, así como trabajar para el empoderamiento y fortalecimiento de su autoestima y romper con el mandato de género.

Así pues, consideran que es fundamental facilitar la comunicación y expresión de las motivaciones y dificultades y tener en cuenta los hábitos y preferencias para la actividad física, es decir, que sean ellas las que expongan en vez de dar indicaciones profesionales asépticas y generales. Por lo que destacaron la importancia de proporcionar planes

individualizados, adaptados y centrados en los logros y beneficios personales percibidos y manifestados por ellas.

Otra de las estrategias utilizadas consiste en propiciar actividades con las que disfruten, se diviertan y que despierten el placer de las sensaciones corporales, incluso habiendo limitaciones físicas, en cuyo caso inician y apoyan un proceso de aceptación y de adaptación a las mismas. Además, se sirven del entorno donde viven las mujeres para mantenerse en relación y comunicación con las redes comunitarias e informarlas de actividades atractivas y variadas que conecten mejor con sus inquietudes.

Conscientes de que la práctica de ejercicio físico les hace salir de sus casas, destacaron la puesta en valor de intervenciones relacionadas con la ruptura del mandato de género del cuidado familiar y doméstico, la promoción de la autoestima, el autocuidado, la capacidad y el empoderamiento para practicar ejercicio físico con libertad e independencia.

En definitiva, los resultados de los tres estudios indican que el mandato de género ha condicionado, a lo largo de la trayectoria vital de las mujeres mayores, su salud, condición física, situación laboral, tiempo y acceso a la práctica de ejercicio físico con libertad y autonomía.

Capítulo 4. Información sobre los artículos que conforman la tesis

- **Dificultades y motivaciones para el ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Un estudio cualitativo.** López-Benavente Y, Arnau-Sánchez J, Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela MB, Serrano-Noguera A, Medina-Abellán MD. Rev Lat Am Enfermagem. 2018 Jul 16;26:10. doi: 10.1590/1518-8345.2392.2989

<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2392.2989>

Resumen

Objetivo: Identificar dificultades y motivaciones para la práctica de ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Método: estudio cualitativo basado en la teoría fenomenológica con grupos focales y entrevistas en profundidad. La enfermería seleccionó 15 mujeres por muestreo intencional utilizando criterios de: edad, tiempo dedicado al ejercicio físico, independencia, sin deterioro cognitivo y sin contraindicación para esta actividad. Se formaron dos grupos focales (uno realizaba menos de 150 minutos semanales de ejercicio físico y el otro al menos 150 minutos semanales) además de realizar cinco entrevistas en profundidad. Análisis cualitativo de los datos mediante transcripción, codificación, categorización y verificación de resultados. Resultados: las dificultades para el inicio y desarrollo del ejercicio físico quedan circunscritas a la percepción de mala salud y falta de tiempo libre; que es resultado de la obligación de cuidar, representado como una imposición de género. Sin embargo, las motivaciones están relacionadas con percepción de fortaleza, necesidad de socialización, percepción de autonomía y libertad. Conclusiones: la representación ideológica de género determina la decisión para realizar ejercicio. Conocer el sentido y significado que las mujeres dan a la salud y su papel en el ámbito socio familiar permite a las enfermeras desarrollar relaciones e intervenciones para incentivar la práctica del ejercicio físico.

- **Desigualdades de género, edad y situación sociolaboral. Programa de actividad física ACTIVA-Murcia.** López-Benavente, Y., Abad-Corpa, E., Lidón-Cerezuela, M.B., Vivo-Molina, M.C., Menárguez- Puche, J.F., Ros-Sánchez, T., Meseguer-Liza, C. Rev Int Med y Ciencias la Act Física y el Deport. 2020;20(79):535–50. doi: 10.15366/rimcafd2020.79.010

- <https://doi.org/10.15366/rimcafd2020.79.010>

Resumen

El objetivo de este estudio fue describir las características diferenciales por sexo y edad en un Programa de actividad física (ACTIVA-Murcia) desde una perspectiva de género. Se realizó un estudio descriptivo mediante análisis secundario en 411 participantes de dos centros de salud de Murcia. El 62,3% fueron mujeres y el 71,8% tenían entre 45 y 64 años. Entre los hombres, el 57,8% estaban laboralmente activos y tenían una actividad física cuya mediana fue de 1.939,5 METs/semanales. Entre las mujeres, el 37,4% estaban activas laboralmente y realizaban una mediana de 1.386,0 METs/semanales. El motivo de ausencia a alguna sesión por enfermedad fue del 53,4% para las mujeres y el 30,4% para los hombres. Los profesionales deben considerar estas diferencias en la promoción de actividad física

- **Promoción de la actividad física en mujeres mayores. Un estudio cualitativo con perspectiva de género.** López-Benavente, Y., Ros-Sánchez, T., Abad-Corpa, E., Lidón-Cerezuela, M.B. Aceptado por la revista Gerokomos el 25/05/2021, ref. 992/21

Artículo aceptado pendiente de publicación.

Resumen

Objetivo: Conocer las estrategias profesionales utilizadas para la promoción y adherencia de la práctica de actividad física entre las mujeres mayores. Metodología: Estudio cualitativo con enfoque sociocrítico feminista y perspectiva de género mediante tres grupos focales y dos entrevistas en profundidad. Participaron 26 profesionales del ámbito de atención primaria y monitores de actividades físicas (54% enfermeras). Análisis interpretativo de contenido y uso del programa informático MAXQDA-18. Resultados: Surgieron dos categorías y siete subcategorías. Los profesionales definieron el vínculo que existe entre la actividad física y las mujeres mayores a partir de los estereotipos de género que perciben se han ido construyendo histórica y culturalmente alrededor de ellas, centrados principalmente en el rol de cuidadoras y en la identidad social entre iguales. Utilizan estrategias para incentivar la práctica de actividad física basadas en la comunicación, experimentación, personalización, fortalecimiento de redes comunitarias y su empoderamiento. Conclusiones: Las mujeres mayores actuales presentan un vínculo con la actividad física marcado por estereotipos de género tradicionales más alejados de beneficios físicos pero cercanos a intereses sociales y de identidad. Los participantes se apoyan en las experiencias de estas mujeres para la toma de

conciencia de su autocuidado a través de la actividad física y de la socialización. Estos hallazgos, que relacionan la actividad física con los estereotipos femeninos de socialización entre iguales, así como la responsabilidad y cuidado de su propia salud, son los que pueden ayudar a los y las profesionales a conseguir la satisfacción y adherencia en las mujeres mayores con la práctica.

Capítulo 5. Discusión

Los resultados de esta tesis nos han permitido conocer la desigualdad de oportunidades, debidas a la edad y al sexo, en el acceso y desarrollo de la práctica de ejercicio físico de las mujeres mayores que las pone en una posición de desventaja para disfrutar de un envejecimiento activo y saludable. También ha contribuido a describir estrategias profesionales dirigidas a facilitar una práctica de ejercicio libre de estereotipos, obligaciones y limitaciones.

Se ha podido constatar en el segundo y tercer artículo, que las mujeres mayores practican menos ejercicio físico que los hombres y las personas más jóvenes, como también lo recogen diversos estudios e informes institucionales^(16,21,98,100,119,153). Hemos observado en esta tesis que las diferencias en la práctica, por sexo y edad, radican, a lo largo de sus trayectorias vitales, en el encorsetamiento de género y edadismo de un sistema sociocultural que favorece a los hombres y a las personas más jóvenes. En este sentido, Inácio Crochemore-Silva et al.⁽¹⁵⁴⁾ refieren que, la práctica de ocio y actividad física es más un privilegio que un derecho, presentando así fuertes desigualdades, especialmente de género y nivel socioeconómico, lo cual no sería un problema si las diferencias existentes no fueran producto de una desventaja.

Nuestros hallazgos de las tres publicaciones ponen de relieve que las mujeres mayores no forman parte de la cultura del ejercicio físico, no pertenecen al grupo de personas a las que el ejercicio físico les compete, les concierne y les beneficie porque eso supone una dedicación para sí mismas que dejarían de atender otras cuestiones que no tienen que ver directamente con ellas. Como explica Ewa Malinowska et al.⁽¹⁵⁵⁾, el deporte y el ejercicio han sido áreas de dominio masculino. En el contexto español, las mujeres mayores de hoy en día fueron educadas en una cultura en la cual, como argumentan diversos autores^(156,157), ellas tenían un papel secundario dentro de un hogar convenientemente preparado para la triada “madre-esposa-ama de casa”. Así pues, eran educadas en el rol de mujeres humildes, obedientes, agradables, disciplinadas y sumisas a la autoridad paterno-marital^(128,156,157). Resulta claro entonces, que nuestro grupo de mujeres mayores formen parte del grupo de población del que se espera que contribuya a la sociedad, cuidando de otras personas, ayudando económicamente, y dando apoyo emocional, entre otros aspectos del cuidado, como recoge el Informe del perfil de las personas mayores en España 2020⁽⁴⁾. Esta circunstancia, es decir, las expectativas sociales y familiares sobre las mujeres mayores

como cuidadoras, limita la inversión en actividades para su salud y la actividad física^(16,107-109).

Ante esto, advertimos en esta investigación sobre la educación y valores que recibieron en su infancia y juventud y que las lleva a no considerar el ejercicio como parte de su estilo de vida y a organizar sus quehaceres ajenos a la práctica. Como argumentan Juan C. Manrique y Juan Tortosa et al.^(158,159), en la primera mitad del siglo XX en España y durante el franquismo, la actividad física y el deporte no eran un contenido formativo relevante para las mujeres en el Sistema Educativo, no recibían un modelo con rasgos competitivos y enérgicos, sino un modelo adaptado al ideal femenino de elegancia, refinamiento y agilidad acorde con la vida doméstica^(105,158). No es de extrañar, por tanto, que hallamos encontrado en los tres estudios que las mujeres mayores, no sólo tengan dificultades en desprenderse de la obligación del cuidado de las demás personas para encontrar tiempo para el ejercicio, sino que tienen excluido de su imaginario este hábito, es decir, que no tienen un vínculo construido ni educacional ni culturalmente en su trayectoria vital para este.

La desconfianza en los cuerpos envejecidos, el sentimiento de ridiculez por la exposición pública y la peor percepción de salud, son factores declarados, por algunas de las mujeres de la primera investigación, como una dificultad para la práctica. Sin embargo, este tipo de limitaciones que hemos apuntado no dejan de estar condicionadas por estereotipos edadistas que ellas mismas presentan, justificando aspectos como la falta de flexibilidad y equilibrio, sobrepeso y un aspecto corporal aviejado, como si de algo insalvable por edad fuera. Siguiendo a Silvia Martínez⁽¹⁶⁰⁾, es frecuente encontrar a mujeres que interiorizan creencias, a modo de sustrato identitario femenino, que anulan sus potencialidades, en lo personal y en lo comunitario. Es lo que, en la revisión de Bora Jin et al.⁽¹⁶¹⁾ denominan “estereotipo autoimpuesto” y que influye en la disminución de su participación de la actividad física. Así también lo recoge Sebastien FM Chastin et al.⁽¹⁹⁾ en su estudio sobre el comportamiento sedentario de las mujeres mayores, el cual parte del estigma social de este comportamiento asociado a la dependencia y envejecimiento, sobre todo por parte de familiares, amistades e instituciones que desalientan a las personas mayores para la actividad física, ofreciéndoles actividades que requieren estar sentadas. Aunque por otra parte, también recogen que no lo hacen a modo de un comportamiento sedentario, sino como una estrategia de afrontamiento del envejecimiento y una forma de evitar caerse o fatigarse

que les impida poder cumplir con los mandatos de género o suponer una carga familiar⁽¹⁹⁾. Por su parte, Erica V. Bennett et al.^(162,163) en distintas publicaciones, destacan que, si bien las mujeres mayores aceptan las limitaciones físicas del envejecimiento y su ansiedad y miedo al declive, a su vez, a modo de autocompasión, intentan resistirse a las consecuencias del inevitable deterioro. Para Ariane S. Massie et al.⁽¹⁶⁴⁾, los estereotipos edadistas de la vejez como decadencia, ponen límites a las actividades en la edad avanzada en términos de la configuración de las preferencias de ocio, las motivaciones, la participación, el disfrute y, en última instancia, el mantenimiento del envejecimiento activo. No obstante, como hemos señalado en las tres publicaciones sobre la dificultad para la práctica de ejercicio físico asociada al rol de cuidadoras, diversos estudios también explican que la carga asociada al cuidado a lo largo de sus vidas se traduce en cansancio, debilidad y unos niveles de salud más bajos^(104,147,165,166). Lo cual nos lleva a considerar con cautela los motivos edadistas para la práctica de ejercicio físico.

Por otro lado, lo revelado en nuestra investigación sobre las estrategias dirigidas a fomentar la autoestima y la capacidad para mejorar la adherencia al ejercicio, toma valor una intervención profesional que integre la valoración del significado que las mujeres mayores otorgan al modo de envejecer y a las pérdidas asociadas. También, destaca estrategias de fomento de actividades que despiertan las sensaciones corporales para incentivar, en las mujeres mayores, la aceptación de las limitaciones físicas y de los cuerpos envejecidos. Ariane S. Massie et al.⁽¹⁶⁴⁾ proponen intervenciones que consideren la inclusión de un componente de deconstrucción de estereotipos de edad o de reflexión crítica para ayudar a aclarar la diferencia entre el declive y la falta de compromiso atribuidos a la edad, frente a otros factores modificables. Igualmente, Carme Valls-Llobet refiere que, para cambiar las estrategias de promoción de la salud, es necesaria una nueva mirada libre de estereotipos⁽⁶¹⁾.

Otra de las estrategias destacadas en este estudio para revertir la falta de vínculo con el ejercicio físico, tiene que ver con la creación de espacios de confianza donde las mujeres puedan expresar sus preferencias, hábitos y barreras, así como tomar conciencia de los beneficios percibidos. Según Guthold et al.⁽¹⁶⁾, tanto las barreras como las normas culturales, los roles tradicionales o la falta de apoyo, deben ser comprendidas y abordadas para poder desarrollar intervenciones culturalmente sensibles hacia el cambio de comportamiento. También Rachel Cusatis⁽¹⁶⁷⁾ propone realizar una

valoración de las condiciones sociales ya que *los patrones de actividad de ocio están plagados de fuerzas sociales que inhiben el acceso y las oportunidades de las mujeres en comparación con los hombres, y de las personas de menor nivel socioeconómico en comparación con las personas de mayor nivel socioeconómico*. Por su parte, Erica Bennett et al.⁽¹⁶³⁾, ponen de relieve la importancia de explorar, en intervenciones de actividad física dirigidas a mejorar la salud y el bienestar de las mujeres de edad avanzada, cómo las emociones pueden encarnarse, sentirse y experimentarse en relación con el ejercicio, y comprender cómo éstas pueden servir para dar forma a las construcciones “del yo” a medida que experimentan cambios corporales relacionados con la edad.

Así pues, toman sentido nuestros hallazgos que ponen a las mujeres mayores en el centro de la estrategia de promoción de la actividad física para que sean ellas las que encuentren su propia motivación dentro de sus circunstancias, en vez de ser la actividad física en sí misma el centro de la intervención mediante prescripciones generales y objetivas, lo cual da relevancia a preguntar y escuchar a las mujeres, en detrimento de hablar y recomendar profesionalmente. Sin embargo, muchos estudios confieren una serie de recomendaciones estándares orientadas exclusivamente hacia la mejora de una enfermedad o sintomatología sin considerar a las personas, frecuente en el caso de la sarcopenia u osteoporosis en personas mayores^(168,169).

Las mujeres mayores que han participado de los grupos focales del primer estudio y que tienen incorporado el ejercicio en su vida diaria, manifiestan la sensación de competencia y fortaleza que les proporciona el entrenamiento frecuente, lo cual, a su vez, las mantiene en predisposición para continuar dicha práctica. Esto también ha sido destacado por nuestros profesionales, que fomentan, en la relación y actuación con ellas, actividades con las que ellas se sientan competentes para así continuar su práctica con agrado y confianza. Como recoge Ewa Malinowska et al.⁽¹⁷⁰⁾, las mujeres practican, sobre todo, actividades físicas para mantenerse sanas o para eliminar los problemas de salud; además estas actividades les hacen creer que pueden retrasar la aparición de determinadas enfermedades, e incluso, combatir la discapacidad física, es decir, existe un componente de creencia y expectativa. Nola Pender, en su Modelo de Promoción de la Salud⁽¹⁷¹⁾, fundamenta que esta conducta previa, heredada y/o adquirida influye en las creencias, el afecto y en la probabilidad de comprometerse con conductas de promoción de la salud. Brad A. Meisner et al.⁽¹⁷²⁾ lo describe como “el efecto de

correspondencia”, que se presenta en las personas mayores ante sus expectativas de un envejecimiento saludable y su predisposición para la realización de actividades físicas, tanto si las bajas expectativas actúan como un factor de riesgo de inactividad y declive funcional, como si las altas actúan como un factor promotor y de mantenimiento de la actividad^(164,172). Todo lo cual reafirma nuestros resultados en lo necesario y trascendente que es la valoración profesional de las conductas previas y creencias asociadas y la comprensión de las fortalezas inherentes a las perspectivas, valores y recursos culturales y contextuales de las mujeres^(108,171,173,174).

Por otra parte, las mujeres con hábito del ejercicio de nuestra primera investigación también describen esta etapa del ciclo vital como una etapa de libertad y autonomía propia de la etapa de jubilación y de tener no tener personas que sigan necesitadas de ellas y de sus cuidados, lo que les genera soltura, tiempo y estímulo para mantenerse activas y que a su vez es el objetivo de la propia práctica, la capacidad e independencia. La revisión sistemática sobre estudios del buen envejecer de Gloria Fernández-Mayoralas et al.⁽¹⁵²⁾, destaca, como medio para combatir el envejecimiento, que el mantenimiento de la autonomía y la funcionalidad son las motivaciones que las llevan a hacer deporte. A este respecto, Mónica Ramos⁽¹⁴⁷⁾ revela que muchas mujeres mayores ofrecen una vivencia del envejecer positiva, reinventando sus vidas, desarrollando nuevas aficiones, habilidades y relaciones y disfrutando de experiencias supuestamente reservadas para otros grupos de edad.

Disfrutar en actividades agradables y divertidas, con las que despertar y deleitar al cuerpo a través del movimiento, ha emergido entre las estrategias de nuestra investigación como clave para generar el vínculo y la motivación por el mismo. Así lo contemplan otros estudios, destacando que el placer de la práctica, más en grupo, supone una oportunidad para el mantenimiento de la misma^(35,163,173,175-177). No obstante, la bibliografía también recoge que, igual que hay mujeres que practican deportes específicos o participan en ejercicios en grupo (como clases de fitness o aeróbic), las hay que realizan ejercicios en casa o dan paseos en solitario⁽¹⁷⁰⁾. Nuestro resultado se relaciona con el concepto de *salud para disfrutar o salud para vivir*, que introduce Carme Valls-Llobet⁽⁶¹⁾, con el que explica que la salud está ligada a la capacidad para gozar del ocio o de las relaciones personales, en definitiva, se apunta en esta investigación hacia una promoción de la salud “desde y por” el disfrute de los placeres que posibilitan una vida más agradable y libre.

Otro aspecto destacado en el primer y último estudio de esta tesis como elemento vinculante de las mujeres mayores con el ejercicio físico, es el relacionado con la impronta social y socializadora de la práctica de este, es decir, el poder de las relaciones sociales para la adherencia al ejercicio. La bibliografía acredita su capacidad para crear e incrementar relaciones sociales, las cuales aportan un gran apoyo emocional, afectivo e instrumental y se convierten en un activo de libertad^(147,178). Estudios sobre actividad física y mujeres mayores, sostienen que la participación en actividades de ocio y ejercicio amplía las conexiones sociales, proporcionando una mejor sensación de bienestar físico, social y psicológico^(111,155,173,175). Nuestros resultados muestran que el compromiso con las personas con las que practican ejercicio las mujeres mayores, con las que se establece el vínculo social, conlleva salir del ámbito doméstico y desprenderse de cargas familiares. Como explica Mónica Ramos⁽¹⁴⁷⁾, la participación social tiene la capacidad de ocupar espacios públicos *como una conquista de libertad que amplía los límites del espacio doméstico en el que muchas de ellas han visto transcurrir sus vidas*⁽¹⁴⁷⁾. Así que, fomentar actividades en grupo, confiere el compromiso con el hábito de ejercicio físico, como hemos comprobado en los hallazgos del primer y último estudio con las mujeres participantes, cuya actividad física más habitual es caminar en grupo, y como así refiere Stephanie West et al.⁽¹⁷³⁾, caminar, debido a los beneficios sociales y emocionales, es una de las mejores actividades para promover y continuar la actividad física entre esta población.

Por otra parte, las y los profesionales participantes del tercer estudio han destacado intervenciones de fomento de la autonomía y confianza en las posibilidades de las mujeres mayores para promover que puedan y sepan buscar los espacios propios y adopten hábitos de autocuidado. Estas estrategias son acordes con las propuestas de empoderamiento que sugiere Silvia Martínez⁽¹⁶⁰⁾, que lleven a las mujeres del discurso del “no puedo” al “soy capaz”, que les permitan abandonar ciertos hábitos, liberarse de cargas adjudicadas históricamente y salir a otros espacios de participación. Están relacionadas con la autonomía personal, la autoestima, la asertividad y la autoafirmación y liderazgo interno (otorgarse poder y legitimidad a una misma)⁽¹⁶⁰⁾. Al respecto, el estudio de Ji H. Oh⁽¹⁷⁹⁾, basado en el Modelo de Promoción de la salud, encontró que, mantener hábitos saludables por las mujeres mayores, está estrechamente relacionado con un fuerte sentido de autoestima y una alta autoeficacia, lo cual debe ser tenido en cuenta por las enfermeras a la hora de promover actividades

sociales e interacciones sólidas dentro de entornos comunitarios motivadores para la actividad física.

En relación con la idea anterior, otra estrategia destacada por nuestros profesionales en los grupos focales es la de promover el empoderamiento de las mujeres mayores a través de espacios de escucha y de fortalecimiento de la autoestima para poder liberarse del mandato de género y permitirse actividades fuera del ámbito del hogar. En este sentido, Carme Valls-Llobet⁽⁶¹⁾, refiere el concepto de *la salud como libertad*, de la filósofa Fabienne Peter, poniendo el énfasis en *la necesidad de potenciar la capacidad de decisión personal, el empoderamiento de los individuos, del acceso a los recursos para tener unas vidas más saludables, más que en dar informaciones o medicaciones para combatir riesgos que podrían cambiar modificando hábitos de vida*. También la literatura feminista recoge la asociación entre el empoderamiento de las mujeres con la libertad y la ruptura con las cargas familiares. La filósofa, Amelia Valcárcel⁽¹²⁸⁾, señala que *las mujeres son la familia y esto explica su poca libertad*, en el sentido de que, mientras estén arraigadas al cuidado de la familia, no podrán liberarse para su propio cuidado, entre el que se encuentra un estilo de vida con ejercicio físico. A su vez, Silvia Martínez⁽¹⁶⁰⁾ refiere que la escasez de espacio y tiempo propio y social de las mujeres (como lo es para el objeto de nuestro estudio: la práctica del ejercicio), las desprovee de derecho a disentir e intervenir en las decisiones sociales, desarticulándose el binomio poder/libertad, y afirma que el empoderamiento transcurre por la reflexión sobre los estereotipos femeninos y masculinos, su crítica y desconstrucción⁽¹⁶⁰⁾, en definitiva romper con el estereotipo de que la actividad física no corresponde a las mujeres⁽¹⁵⁵⁾.

Con los hallazgos obtenidos en esta investigación y la bibliografía referida, podemos establecer un paralelismo entre el movimiento de las actividades físicas con el movimiento del feminismo hacia la conquista de las libertades de las mujeres^(127,130). Como dice Amelia Valcárcel⁽¹²⁸⁾, *las mujeres en todas partes están en movimiento*. Empoderarse, al igual que ejercitarse, es salir, moverse de la sumisión, tomar conciencia y tener iniciativas⁽¹⁶⁰⁾. En este sentido, como demuestran nuestros resultados, se desarrollan estrategias de promoción del ejercicio físico dirigidas a ayudarlas a tomar conciencia de sus vidas y sus hábitos, a expresar sus preferencias y sus dificultades y a que puedan experimentar las sensaciones agradables de su práctica. Es ayudarlas al movimiento de salir de los espacios privados y soltarse de las ataduras impuestas por los roles de género. En el marco de la perspectiva de género, Marcela Lagarde⁽¹⁸⁰⁾ recoge

que, es preciso desmontar críticamente la estructura de la concepción del mundo basada en estereotipos sociales y sus normas, lo cual *exige pensar de otra manera y desarrollar comportamientos distintos y un nuevo sentido de la vida, (...) Exige, de mujeres y hombres, toda la puesta en movimiento y cambios personales, íntimos y vitales que no son aceptados por muchas personas.* De igual forma lo contempla Ann Pederson et al.⁽¹⁸¹⁾ al referir que las intervenciones de promoción de la salud *implica enfoques que eviten la reproducción de normas o estereotipos de género perjudiciales y, en cambio, empoderen a las mujeres para que alcancen su potencial de salud.* Para ello, estas y otras autoras, coincidiendo con la línea de nuestros resultados, resaltan la necesidad de un enfoque de promoción basado en sus fortalezas inherentes a las perspectivas, cualidades, valores y recursos que las pueden hacer crecer y prosperar^(108,181).

La asociación de ejercicio físico y empoderamiento de nuestros resultados, entendido como la capacitación de las personas para ejercer el control de su salud y mejorarla⁽⁴⁸⁾, también lo recogen además distintos organismos internacionales. Así, la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” califica al deporte como facilitador del empoderamiento de las mujeres y de los objetivos en materia de salud⁽⁸⁵⁾. La “Red Europea de Acción sobre el Envejecimiento y la Actividad Física” subraya que el ejercicio es una fuente de alegría y energía, de empoderamiento y de dar vida a los años⁽⁴²⁾. Por consiguiente, y según nuestra investigación y distintos estudios^(160,173), empezar por la práctica de un ejercicio, que suponga un menor esfuerzo físico que asegure disfrutar y sentirse competente y un compromiso consigo mismas y con el grupo, es una buena oportunidad para las mujeres mayores de comenzar a configurar su identidad, experimentar las posibilidades del entorno comunitario y obtener cierta autonomía personal, en definitiva, una forma de empoderarse.

El estudio realizado en esta tesis da cuenta de la menor actividad física de las mujeres mayores respecto a hombres mayores, respecto a hombres y mujeres más jóvenes, así como de las mujeres en situación laboral parada respecto a hombres en la misma situación. Estas diferencias se han presentado como desigualdades en salud en cuanto a que las obligaciones familiares excluyen a las mujeres del acceso al mundo laboral y al ejercicio físico, disminuyendo las oportunidades de ingresos económicos, relaciones sociales fuera del hogar, mejorar su condición física, en definitiva, de obtener los mismos beneficios que los hombres en su misma condición y edad. Así pues, las desigualdades mostradas en este estudio no sólo se deben al género (propio del pensamiento

hegemónico de las desigualdades), sino que, las diferentes condiciones sociales interactúan entre sí influyendo en la práctica de ejercicio, incluso en el mismo sexo^(154,182-184). Las estrategias profesionales relatadas en el tercer estudio revelan una intervención que atiende las peculiaridades y condicionantes de cada mujer y considera las redes sociales y comunitarias de su entorno en dicha intervención, lo cual se vislumbra como una intervención equitativa cuyo objetivo es proporcionar un ejercicio que se adapte a ella.

En este sentido, diferentes estudios refieren actuaciones que consideren la intersección de los distintos determinantes sociales de la salud, en el caso de nuestro segundo estudio es el género y la situación laboral, como elemento de ponderación de las desigualdades existentes. Erika Blacksher et al.⁽¹⁷⁴⁾ defienden, para una promoción de la salud justa y eficaz en contextos de desventaja social y vulnerabilidad, un enfoque que atienda las barreras personales que impiden un comportamiento saludable y proponen un proceso participativo – de empoderamiento, autodeterminación y libertad - en el que las personas implicadas se convierten en expertas cuando, las políticas de salud pública, emanan y beben de sus historias, creencias y prioridades en la práctica de actividad física⁽¹⁷⁴⁾. Por su parte, Inácio Crochemore-Silva et al.⁽¹⁵⁴⁾, señalan que las políticas de equidad en el acceso a actividades físicas saludables deben identificar pautas de desigualdad y grupos prioritarios para promover la autonomía, preservar la dignidad humana y una mayor integración en la vida.

Sin embargo, no siempre las intervenciones inicialmente equitativas, finalmente superan las vulnerabilidades. Al respecto, Stephanie E. Coen⁽¹⁸³⁾ defiende una “perspectiva de equidad crítica” para evitar la “paradoja de la desigualdad”, es decir, la posibilidad de que intervenciones, en teoría equitativas, exacerben inadvertidamente las desigualdades ya existentes. Propone estudios que cuestionen el pensamiento hegemónico de las desigualdades, es decir, el conocimiento dominante excluyente de “otras explicaciones”, con metodologías cualitativas que visibilicen la diversidad e intersectorialidad de los factores socioambientales (como la etnia/raza, sexualidad, posición socioeconómica, etc.) facilitadores o entorpecedores de la participación en diversos entornos de ejercicio, en definitiva, se trata de “iluminar los procesos implicados en las desigualdades de la participación en la actividad física”. Además, pone de relieve en la metodología, la “traducción del conocimiento”, es decir, que el conocimiento generado sea dado a conocer, adaptado a audiencias y contextos

específicos y sirva “para desarrollar herramientas que puedan aplicarse en entornos de toma de decisiones y planificación de programas”. Solo así, la transversalidad del proceso afectará al cambio, a la equidad. En esta misma línea, Oli Williams et al.⁽¹⁸²⁾ añaden una metodología cualitativa enmarcada en un proceso de diálogo interdisciplinar, donde participen profesionales del deporte, ejercicio y salud, responsables políticos y técnicos sociales por igual, con lo que se busca “no sólo predicar a los conversos, sino llegar de forma significativa a aquellos para avanzar hacia un enfoque más equitativo y eficaz”.

Capítulo 6. Conclusiones

Los resultados de la presente tesis han revelado la menor posibilidad de un comportamiento activo entre las mujeres mayores sólo por el hecho de ser mujeres y de ser mayores. Éstas se encuentran en una doble tesitura a la hora de realizar ejercicio físico, por un lado los estereotipos de género y edad, asimilados individual y socialmente, las desvinculan de la práctica porque tienen otras prioridades y responsabilidades asignadas; y por otro lado, el estímulo de sentirse bien, capaces de afrontar su vejez y estado de salud, de disfrutar del placer de la experiencia y de establecer redes sociales, que las impulsa a practicar e identificar el ejercicio como algo que les afecta, concierne y conviene.

Esta tesis ofrece un marco comprensivo del entramado sociocultural que define la menor práctica de estas mujeres, sus dificultades y motivaciones, y que permite hacer consciente que subyacen estereotipos que las posiciona en una situación de desventaja. Su acercamiento al ejercicio, su nivel de compromiso o las expectativas de su adherencia, no pueden ponerse en la misma balanza que el resto de población. Se ha mostrado que las estrategias profesionales efectivas no deben centrar la responsabilidad de la práctica exclusivamente en las mujeres mayores, sino que deben ser, por una parte, coherentes y respetuosas con su historia, curso vital y con el contexto sociofamiliar actual, y por otra, corresponsables con el resto de los activos comunitarios y alineados con políticas de igualdad de oportunidades.

Además, aporta la perspectiva de género, considerando aspectos necesarios del desarrollo del ejercicio físico para responder a la diversidad de situaciones y experiencias de las mujeres mayores. Esta perspectiva libera de los mandatos de género y de los estereotipos de edad para apartarse del espacio doméstico y salir a realizar ejercicio a los espacios públicos, hasta ahora reservados para los hombres y para las personas jóvenes. Salir y moverse fuera del hogar, visibiliza sus capacidades, cuerpos, inquietudes y libertades, normaliza las limitaciones y forma de relacionarse y valida el disfrutar del entorno, las amistades y las redes comunitarias. La perspectiva de género fomenta la autonomía y la participación activa en la vida.

Las conclusiones son detalladas a continuación para cada uno de los objetivos de esta tesis:

Objetivo general: Analizar la práctica del ejercicio físico en mujeres mayores como elemento para la equidad y la promoción de la salud

Los estereotipos de género y edad originan las diferencias en la práctica de actividad física en las mujeres mayores respecto al resto de la población, generando desigualdades en su salud y proceso de envejecimiento. La promoción del ejercicio físico en mujeres mayores desde una perspectiva de equidad precisa un compromiso con estas desigualdades en salud.

Las mujeres mayores no participan libremente de la actividad física por no poder desprenderse del mandato de género y estereotipos de edad y pueden ser -fácilmente- confundidos con resistencias, negatividad o pereza.

Las mujeres mayores no son “culpables” de su menor actividad física. La causa y responsabilidad se encuentra en un sistema patriarcal que privilegia a los hombres y personas jóvenes y permanece inerte e insensible a facilitar que, unas y otros, compartan las tareas familiares para así acceder del mismo modo a las mismas oportunidades.

Se precisa una mirada de género y ciclo vital para una promoción comprehensiva y equitativa pues, no sólo son necesarias estrategias de empoderamiento con el foco puesto, exclusiva y unidireccionalmente, en las mujeres, sino también, intervenciones transversales en distintos ámbitos donde deconstruir estereotipos y espacios de poder ocupados por los hombres y las personas jóvenes y adultas.

La actividad física es de hegemonía masculina. Un enfoque feminista en la promoción del ejercicio físico movilizaría el cambio hacia la liberación de la rigidez de los roles asignados y la práctica en espacios públicos hasta ahora no legitimados para ellas, en definitiva, hacia oportunidades exentas de condicionantes y estereotipos.

El entorno interactúa con las mujeres mayores condicionando la participación en el ejercicio físico y el movimiento. Se hace necesario valorar los apoyos sociales y comunitarios del lugar dónde la mujer mayor vive y se relaciona, así como el sistema familiar y las posibilidades de cambio dentro del contexto sociofamiliar.

Son oportunas intervenciones integrales de reflexión y confrontación de los estereotipos que condicionan el ejercicio físico, que incorporen la idea de que todas las mujeres pueden encontrar un ejercicio que se adapte a su edad, capacidad física y preferencias y puede desarrollarse en cualquier espacio y disponibilidad de tiempo.

Objetivo específico: Identificar las dificultades y motivaciones para la práctica de ejercicio físico en mujeres mayores teniendo en cuenta sus propias vivencias e idiosincrasias de salud, así como el contexto sociocultural y familiar de las mismas.

Las mujeres mayores reconocen que la actividad física que realizan por las tareas domésticas y familiares, aunque intensas, no forma parte del ejercicio físico recomendado para mantener un estado óptimo de salud. Estas rutinas les suponen tal sentido de responsabilidad y dedicación que les dificulta encontrar las energías y el tiempo para cuidarse y poner en práctica el ejercicio que saben sería beneficioso. Las prioridades familiares y las expectativas de cumplir con el mandato de género anulan su capacidad para desprenderse del ámbito privado y comprometerse con un hábito que requiere autodeterminación, constancia y reorganización de funciones asignadas, requisitos que no dependen exclusivamente de ellas pues el entorno familiar condiciona dicha capacidad.

También perciben y manifiestan que su edad conlleva físicamente ciertos condicionantes, como torpeza, enfermedades limitantes y/o incapacidad funcional, que les obstaculiza la práctica rutinaria. A pesar de la veracidad de esta situación, la realidad no está exenta de cierta benevolencia (tolerancia o permisividad) que impide, tanto a las mujeres, como al entorno sociofamiliar y profesional, buscar alternativas y actividades adaptadas.

Aquellas que practican asiduamente, disfrutan y aprovechan la libertad y autonomía que les aporta esta etapa de la vida, sin cargas laborales ni responsabilidades familiares, para mantenerse activas y elegir el ejercicio físico que les aporta bienestar. De hecho, los beneficios que encuentran por ello, como la percepción de fortaleza, el mantenimiento de un adecuado estado de salud y la capacidad para afrontar el envejecimiento, son a la vez, factores motivadores para mantener la práctica.

El ejercicio físico con otras personas, especialmente si también son mujeres, es destacado como un estímulo importante para iniciar y continuar la práctica por la percepción de compañía y de sentirse integradas en una red social con la que compartir, no sólo la experiencia de la actividad, sino también las vivencias de la vida y del día a día.

Objetivo específico: Analizar con perspectiva de género las diferencias en la práctica de actividad física de mujeres y hombres según determinantes sociales de la salud.

Las mujeres, en general, presentan menor nivel de actividad física y menor actividad laboral que los hombres, sobre todo en la edad comprendida entre los 45 y 65 años, así como mayores problemas para el mantenimiento de la asistencia a las sesiones del Programa de actividad, por causas de enfermedad principalmente, y también por motivos familiares.

Las mujeres en situación laboral parada practican menos ejercicio que hombres en la misma situación. Son mujeres cuya competencia es el cuidado familiar sin cabida para el cuidado personal. El ejercicio físico se convierte así en un bien, externo al ámbito privado, al alcance de aquellas personas cuyas obligaciones domésticas no son su prioridad, y las mujeres mayores no forman parte de este grupo privilegiado.

La convergencia con el género de otros determinantes sociales, como la edad avanzada y la situación laboral parada, es un elemento que impide oportunidades y beneficios del ejercicio. Es decir, las mujeres de mayor edad y mujeres sin trabajo tienen menos posibilidades de acceder a actividades físicas, lo que repercute negativamente en su proceso de envejecimiento. Esto requiere, por parte del sistema, reconocer la situación y facilitar programas de actividades variadas y flexibles que permitan a estas mujeres acomodar sus vidas.

Objetivo específico: Conocer las estrategias utilizadas por las y los profesionales del ámbito comunitario para la promoción de la actividad física en estas mujeres.

Los y las profesionales fomentan la actividad física en las mujeres mayores a través de la comunicación de sus creencias, hábitos, dificultades y necesidades donde ellas adquieren la palabra y se les ayuda a tomar conciencia tanto de sus posibilidades como de los beneficios percibidos.

La experimentación corporal, la aceptación de las limitaciones y el valor del placer, la diversión y el disfrute son también estrategias para que las mujeres descubran, por sí mismas, sus preferencias y capacidades.

Consideran fundamental poner en valor la posibilidad del ejercicio físico en cada mujer independientemente de sus circunstancias, a través de un plan consensuado y adaptado a sus condiciones físicas y vitales, con objetivos realistas y un seguimiento continuo de los beneficios, logros y progresos.

La motivación a través del componente social de la actividad en grupo destaca como estrategia esencial. Las mujeres se adhieren al ejercicio en la medida que supone un compromiso con personas con las que establecen un vínculo. Se promueven así, actividades en grupo variadas y atractivas, que les parezcan asequibles y donde ellas se sientan acompañadas y apoyadas.

Señalan la importancia de la red comunitaria donde viven las mujeres mayores para conocer y adaptar mejor las actividades a sus necesidades y objetivos y crear alianzas profesionales con estas redes para mantener la conexión y colaboración entre los distintos activos comunitarios.

Las y los profesionales utilizan estrategias de ayuda a las mujeres mayores a cuestionar los roles de género asignados que les dificulta encontrar tiempo y espacio para actividades que le generen placer y les reporte beneficios. Establecen una relación empática y utilizan el refuerzo positivo, fomento de la autovalía y autoestima para que repercuta en el cuidado de su salud y la práctica de ejercicio físico.

Objetivo específico: Comprender la construcción sociocultural que influye en la práctica de actividad física en las mujeres mayores.

Las mujeres mayores estiman que la actividad que realizan “en” y “por” su ámbito privado, es decir, durante el desarrollo de las tareas domésticas para el mantenimiento de las necesidades del hogar y del cuidado familiar, no es el suficiente como para considerarse “mujeres activas” y eximirse de otro tipo de actividad realizable fuera de ese ámbito privado.

Distintos aspectos sociales, culturales y educativos de las primeras etapas de la vida, como estereotipos de género, planes educativos, valores y expectativas vitales, fueron determinantes para que, en la actual etapa de la vejez, se vinculen, o no, al hábito de la actividad física, tanto por las oportunidades que se les presenta, como por sus posibilidades de elegir cómo, cuándo o cuál actividad.

No tienen interiorizada la actividad física como un hábito integral de autocuidado pues, en la niñez y juventud, el cuidado y mantenimiento físico del cuerpo no iba más allá de un cuerpo sano reproductible y fuerte para las funciones domésticas. No consideran que los beneficios del ejercicio les compense el sacrificio de dejar de hacer aquello para lo que sí están educadas e instruidas.

Los estereotipos de edad y género han limitado su capacidad de participación y socialización a través del ejercicio físico. En este sentido, el estereotipo edadista las ha marcado para permanecer “quietas”. La actividad física es contraria a los estereotipos femeninos y de edad por distintos motivos. Primero, implica cierta exposición pública, relaciones sociales y participación fuera del ámbito familiar, lo cual está reservado para los hombres y las personas jóvenes. Segundo, supone competencia, capacidad, libertad y autonomía, características no legitimadas, por el poder del patriarcado, en las mujeres, y menos aún, en las mujeres mayores. Y tercero, entraña divertirse y disfrutar, aspectos incongruentes con estereotipos de recatamiento, delicadeza, pasividad, dolencias y deterioro.

La práctica de ejercicio físico, en su concepto más puro, es un comportamiento voluntario, premeditado y planificado, y a su vez, un comportamiento condicionado por el sistema sociofamiliar en cuanto favorece, permite y apoya (o no) a las mujeres mayores para que lo realizan. Pero ellas no tienen control sobre su entorno y tienen dificultades para desprenderse de ligaduras estereotipadas (interminables), por género y edad, y ajustarse a una actividad programada que requiere compromiso y constancia.

Las mujeres mayores se vinculan fuertemente al ejercicio por el aspecto de sociabilidad, de grupo, de crear redes, de encontrar un lugar donde sentirse acogidas, entendidas y consideradas. El ejercicio en grupo supone un espacio de identidad compartida y participación activa.

La diversión y liberación percibida en el desarrollo de actividades implican otro estímulo relevante para el mantenimiento y adherencia. Las mujeres mayores buscan oportunidades que les permitan sentir y disfrutar de la vida, una vida que, en muchas ocasiones, ha estado marcada por obligaciones, preocupaciones y sufrimiento.

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

Implicaciones para la práctica

Los resultados de esta investigación ofrecen un marco acorde con la construcción sociocultural del vínculo de las mujeres mayores con el ejercicio físico y comprensivo de las desigualdades en salud ocasionadas por las menores oportunidades para la práctica a lo largo de sus vidas.

Presentan el valor del ejercicio físico para la salud y el envejecimiento de las mujeres a través de la liberación de estereotipos de edad y mandatos de género que impiden y su acceso y práctica. Implican un punto de partida de medidas equitativas que constituyen una oportunidad real, visible y libre para el autocuidado a través del ejercicio.

Estos resultados destacan, como implicaciones profesionales, que no sólo se precisa formación en cualidades físicas, planes de entrenamiento y didáctica de la actividad física, sino también, formación en perspectiva de género para comprender la influencia de los estereotipos y entorno sociofamiliar en las posibilidades y hábitos de ejercicio físico en las mujeres mayores. Se pone de relieve la importancia de explorar las trayectorias y connotaciones asignadas al ejercicio y las narrativas de los sentimientos asociados a los cambios en el cuerpo y la salud para desarrollar intervenciones que reconduzcan las percepciones de pérdida y vergüenza hacia la aceptación y la capacidad, así como que fortalezcan la autoestima y confianza en sus cuerpos tal como son y ofrezcan actividades adaptadas a sus preferencias y posibilidades.

Cada intervención profesional tiene un impacto en una mujer o en un grupo de mujeres para promover en ella/s la actividad física. Pero el alcance de la intervención llegará en la medida en que se alineen otras intervenciones o factores para generar oportunidades para la práctica, en este sentido, con las redes y recursos comunitarios, con los que mantengan una relación de colaboración y un proyecto común favorecedor a oportunidades variadas, flexibles y asequibles. De otra manera, no puede haber un impacto amplio, profundo y duradero y la equidad no será tan posible. Los resultados apuntan hacia el desarrollo de intervenciones integrales orientadas al empoderamiento de las mujeres mayores, especialmente en grupo.

Esta tesis señala que una promoción de la salud equitativa es también un compromiso y una responsabilidad política. La condición social de las mujeres mayores de ser las proveedoras principales de cuidados, de anteponer el sentido de otras vidas al sentido de la propia, conlleva consecuencias para su salud que deben conocerse e investigarse con perspectiva de género para evitar que se perpetúen y cronifiquen injustamente. Así pues, estos resultados suponen el cimiento para planes de estudios, formación continuada, investigaciones e indicadores de calidad que incluyan la perspectiva de género y edad en salud en sus contenidos y análisis, para todas las mujeres.

Además, implican un punto de partida para elaborar políticas corresponsables con la protección del bienestar, que reviertan los efectos del género, edadismo y jerarquías de poder en las oportunidades de salud de las mujeres mayores, incluyendo políticas equitativas de acceso a puestos de trabajo, de pensiones que faciliten desarrollar una vida activa física y social saludable, políticas urbanísticas de espacios proclives, seguros y visibilizadores de la práctica de ejercicio físico de las personas mayores, así como políticas de Salud Pública que integren la perspectiva de género y edad en el fomento de estilos de vida saludables.

En definitiva, la transformación real hacia el hábito del ejercicio físico en las mujeres mayores supone un compendio de supuestos equitativos que integren los resultados que aquí se presentan.

En cuanto a las implicaciones para la investigación, se trata de una tesis que ha utilizado diferentes paradigmas científicos y distintas metodologías (cuantitativas y cualitativas) los cuales han permitido comprender mejor la complejidad la realidad de la práctica de ejercicio físico en las mujeres mayores, trascendiendo lo meramente físico. Es preciso seguir fomentando este tipo de complementariedad metodológica en la investigación para garantizar la recogida de la heterogeneidad de los fenómenos objeto de estudio. Así mismo, la difusión de los resultados de dichas investigaciones requieren ser dados a conocer, no sólo en ámbitos científicos, sino también en aquellos espacios y entornos de los que se han recogido los datos, adaptando el lenguaje y el sentido del impacto de las evidencias al lugar donde se exponen.

En el apartado siguiente se recogen dichas implicaciones, quedando así esbozadas las líneas para la investigación en el futuro.

Líneas de investigación futuras

El estudio y resultados de esta tesis abren la vía para nuevas líneas de investigación que permitan profundizar en el campo de conocimiento y propuestas de actuación transversales en la promoción del ejercicio físico en las mujeres mayores desde una perspectiva de género y curso vital.

Es necesario seguir investigando sobre la intersectorialidad del género con otros determinantes sociales de la salud en la actividad física de mujeres mayores mediante metodologías cualitativas participativas en zonas geográficas diversas. Así mismo, desarrollar estudios para conocer las diferencias en el ejercicio físico en mujeres de distintas edades, etnias o creencias religiosas

Los resultados de esta tesis pueden ser contextualizados bajo el marco de Teorías Feministas y Modelos Teóricos de Enfermería, como el de Promoción de la Salud de Nola Pender, fundamentado en las condiciones e historias de vida, capacidades de las personas y la interacción y transformación del entorno.

Sería interesante desarrollar líneas de investigación-acción en entornos comunitarios localizados donde participaran personas implicadas en esos entornos, como profesionales de distintos ámbitos y responsabilidades (de la salud, del ejercicio, de la gestión, de la arquitectura urbana y de medios de comunicación, entre otros), mujeres mayores, familiares de las mujeres y otras que vivan en el lugar, que permitan estudiar integralmente los problemas y proponer cambios posibles.

Esta tesis abre la vía a realizar una investigación reflexiva teórico-contextual sobre el lenguaje de los cuerpos de las mujeres mayores y su relación con la práctica de ejercicio físico, donde “problematizar” las expectativas, percepciones y sentimientos.

El desarrollo de intervenciones de empoderamiento para la integración del ejercicio físico en la vida de las mujeres mayores, relacionadas con la creación de espacios de confianza donde las mujeres puedan expresar y tomar conciencia de sus hábitos y barreras a la práctica, así como que tenga en cuenta los estereotipos autoimpuestos y la autocompasión, es una línea que merece ser investigada dados los resultados de esta tesis y dado su impacto en la salud, en el envejecimiento, la calidad de vida y el autocuidado.

Limitaciones de la tesis

Esta tesis no está exenta de limitaciones en su proceso investigador.

Respecto al primer estudio de grupos focales con mujeres, una vez analizados los discursos, no se les dio un feedback de los resultados para considerarlos antes de ser enviados para publicar. Se exploró a mujeres de una sola Zona Básica de Salud de Murcia. Hubiera sido oportuno ampliar a otras Zonas, incluso otras Comunidades Autónomas, para dar cabida en el estudio a la diversidad de mujeres mayores, incluyendo diferentes etnias, entornos residenciales y trayectorias vitales, entre otras características.

Sobre el segundo estudio, la base de datos no era una base destinada a recogida de datos de investigación, por lo que algunas variables, como la situación laboral, no estaban fuertemente definidas. Otra de las limitaciones se debe a que los datos correspondían a los años 2011 y 2012, lo cual nos llevó a conclusiones enmarcadas temporalmente en esos años, pudiendo no reflejar fielmente las transformaciones sociales ocurridas hasta el momento. Tampoco se exploraron las diferencias internas entre las mujeres por edad y situación laboral.

Y del tercer y último estudio, cabe decir que se podrían haber explorado también las perspectivas de profesionales de la gestión, la política, los medios de comunicación y la enseñanza formal a adultos, así como de distintos entornos ambientales, por ejemplo, rurales, urbanos o centros residenciales. Así mismo, hubiera sido oportuno recoger datos de técnicas cualitativas observacionales no participantes durante el desarrollo de actividades con mujeres mayores para presenciar y apreciar en directo las estrategias, respuestas e interacciones entre las personas implicadas.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe 2012-2020 [Internet]. 2012. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2012 [cited 2018 Jul 11]. p. 80. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_A_BORDAJE_CRONICIDAD.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 [Internet]. 2020. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true
4. Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básicos. Inf Envejec en red [Internet]. 2020;25:1–39. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
5. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Envejecimiento Activo. Libro Blanco [Internet]. 2011. Available from: <http://www.imserso.es>
6. Martínez IL, Chaves PHM, Peláez M. Envejecimiento activo y participación social. In: Elsevier, editor. Tratado de Medicina Geriátrica Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2015. p. 36–9.
7. Ilha S, Argenta C, Silva MRS da, Cezar-Vaz MR, Pelzer MT, Backes DS. Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde Active aging: necessary reflections for nurse/health professionals. Rev pesqui Cuid fundam [Internet]. 2016;8(2):4231–42. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4231-4242>
8. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014;25(2):57–62. Available from: <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
9. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework [Internet]. 2002. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=D64942E233CA3A48425ADC07DC6AE9DD?sequence=1
10. Consejo de la Unión Europea. Declaración del Consejo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional (2012): estrategia futura [Internet]. Bruselas; 2012. Available from: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-17468-2012-INIT/es/pdf>
11. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS [Internet]. 2014. Available from:

- <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Vol. 53. 2015.
 13. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2021 – 2030 [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/news/news/2021/01/decade-of-healthy-ageing-2021-2030>
 14. Agost Felip MR, Libertad Martín A, Moreno Sandoval A. Políticas públicas sobre envejecimiento poblacional promulgadas en el contexto internacional, europeo y español entre 1982-2017. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2021;47(1):1–23. Available from: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2266>
 15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 6]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf
 16. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2018;6(10):e1077–86. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
 17. Crespo-Salgado JJ, Delgado-Martín JL, Blanco-Iglesias O, Aldecoa-Landesá S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2015;47(3):175–83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.004>
 18. Sedentary Behaviour Research Network. Sedentary Behaviour Research Network [Internet]. <https://www.sedentarybehaviour.org>. 2011 [cited 2020 Dec 26]. Available from: <https://www.sedentarybehaviour.org/sbrn-terminology-consensus-project/spanish-translation/>
 19. Chastin SF, Fitzpatrick N, Andrews M, DiCroce N. Determinants of sedentary behavior, motivation, barriers and strategies to reduce sitting time in older women: A qualitative investigation. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2014;11(1):773–91. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph110100773>
 20. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world [Internet]. World Health Organization, editor. *Journal of Policy Modeling*. Geneva; 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 21. Frutos GA. Impacto del sedentarismo sobre la práctica de actividad física y la salud. Análisis de la situación en España. *Rev Española Educ Física y Deport* [Internet]. 2016;(412):33–44. Available from: <http://hdl.handle.net/11268/6056>

22. Organización Mundial de la Salud. Actividad física. Datos y cifras [Internet]. <https://www.who.int>. 2020 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity#>
23. Strain T, Brage S, Sharp SJ, Richards J, Tainio M, Ding D, et al. Use of the prevented fraction for the population to determine deaths averted by existing prevalence of physical activity: a descriptive study. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2020;8(7):e920–30. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30211-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30211-4)
24. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. Physical activity and health in Europe [Internet]. Nick Cavill SK and FR, editor. 2006. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf
25. Martínez-González MÁ, Sánchez-Villegas A, Núñez-Córdoba JM. Actividad física y sedentarismo. In: *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas*. 2013.
26. A G-C, S V-M, R P-C, Villa-Vicente JG, Gusi N, Espino L G-G, M CJ, I A. La actividad física organizada en las personas mayores, una herramienta para mejorar la condición física en la senectud. *Rev Esp Salud Pública*. 2018;92:1–10.
27. Olejnik A, Kubińska Z, Pańczuk A, Kubińska J. Physical Activity as a Health Need. *Cent Eur J Sport Sci Med*. 2017;19(3):105–11.
28. World Health Organization. Physical activity promotion in socially disadvantaged groups: Principles for action [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2013. Available from: <https://scholar.google.es/scholar?hl=ca&q=Physical+activity+promotion+in+socially+disadvantaged+groups%3A+principles+for+action&btnG=#0>
29. Campbell JP, Turner JE. Debunking the myth of exercise-induced immune suppression: Redefining the impact of exercise on immunological health across the lifespan. *Front Immunol* [Internet]. 2018;9(APR):1–21. Available from: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.00648>
30. Trujillo Gittermann LM, Von Oetinger G. A, García León D. Ejercicio físico y covid-19: la importancia de mantenernos activos. *Rev Chil Enferm Respir* [Internet]. 2020;36:334–40. Available from: <https://revchilenfermrespir.cl/index.php/RChER/article/view/888>
31. Hamer M, Kivimäki M, Gale CR, Batty GD. Lifestyle risk factors, inflammatory mechanisms, and COVID-19 hospitalization: A community-based cohort study of 387,109 adults in UK. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020;87(May):184–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.059>
32. Jiménez-Pavón D, Carbonell-Baeza A, Lavie CJ. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis* [Internet]. 2020;63(3):386–388. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.03.009>
33. Zbinden-Foncea H, Francaux M, Deldicque L, Hawley JA. Does High Cardiorespiratory Fitness Confer Some Protection Against Proinflammatory Responses After Infection by SARS-CoV-2? *Obesity* [Internet]. 2020;28(8):1378–81. Available from: <https://doi.org/10.1002/oby.22849>

34. Muellmann S, Forberger S, Möllers T, Bröring E, Zeeb H, Pischke CR. Effectiveness of eHealth interventions for the promotion of physical activity in older adults: A systematic review [Internet]. Vol. 108, Preventive Medicine. Academic Press; 2018 [cited 2018 Apr 15]. p. 93–110. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.026>
35. McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty [Internet]. Vol. 17, Biogerontology. 2016. p. 567–80. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9641-0>
36. Ruiz Montero PJ, Chiva Bartoll O. Effects of Ageing in Physical Fitness. *Occup Med Heal Aff* [Internet]. 2016;4(4). Available from: <https://doi.org/10.4172/2329-6879.1000241>
37. Daskalopoulou C, Stubbs B, Kralj C, Koukounari A, Prince M, Prina AM. Physical activity and healthy ageing: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2017;38:6–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2017.06.003>
38. Hamer M, Lavoie KL, Bacon SL. Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *Br J Sports Med* [Internet]. 2014;48(3). Available from: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092993>
39. García González AJ, Froment F. Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Retos* [Internet]. 2018;2041(33):3–9. Available from: <https://doi.org/10.47197/retos.v0i33.50969>
40. Gómez-Morales A, de Miranda JMA, Pergola-Marconato AM, Mansano-Schlosser TC, Mendes FRP, Torres G de V. Influencia de las actividades en la calidad de vida de los ancianos: revisión sistemática. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019;24(1):189–202. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.05452017>
41. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud [Internet]. 2010 [cited 2018 Jul 11]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
42. EUNAAPA. Red Europea de Acción sobre el Envejecimiento y la Actividad Física [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 20]. Available from: <http://www.eunaapa.org/>
43. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macias Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción la Salud*. 2010;15(1):128–43.
44. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la promoción de la salud? [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
45. Flores R, Cosme A, Mendoza JM. Análisis crítico de las nociones de la Promoción de la Salud a partir de las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud. *Salud Probl*. 2017;20(10):71–83.
46. World Health Organization. The 1st International Conference on Health

- Promotion, Ottawa, 1986 [Internet]. [cited 2021 Mar 27]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
47. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorable a la salud [Internet]. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1991. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59967/1/WHO_HED_92.1_spa.pdf
 48. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 1997 [cited 2020 May 31]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm>
 49. Organización Mundial de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad [Internet]. 1997. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf
 50. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado [Internet]. orga. 2005. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
 51. World Health Organization. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, 2013 [Internet]. World Health Organization. [cited 2021 Mar 28]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/eighth-global-conference>
 52. World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action [Internet]. 8th Global Conference on Health Promotion. World Health Organization; 2014. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>
 53. World Health Organization. Shanghai Declaration on Promoting Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. Shanghai: World Health Organization; 2016. p. 2. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>
 54. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santa Fe de Bogotá. 1992;
 55. Hall A. Salud y bienestar. In: Elsevier Health Sciences Spain, editor. Fundamentos de enfermería (8a ed). 2015. p. 63–76.
 56. Gelb K, Pederson A, Greaves L. How have health promotion frameworks considered gender? Health Promot Int [Internet]. 2012;27(4):445–52. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dar087>
 57. Sowa A, Tobiasz-Adamczyk B, Topór-Mądry R, Poscia A, La Milia DI. Predictors of healthy ageing: Public health policy targets. BMC Health Serv Res [Internet]. 2016;16(Suppl 5). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1520-5>

58. Ferreira RW, Caputo EL, Häfele CA, Jerônimo JS, Florindo AA, Knuth AG, et al. Acceso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019;35(2):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00008618>
59. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]. 2015. Available from: http://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
60. Folguera, P., D'Angelo, V. M., Quiza, M. J. M., López, P. M., & Miranda MJ V. Género y Envejecimiento. XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar. Madrid IU de E de la MUA de, editor. 2013. 759 p.
61. Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. Cátedra. Madrid: Catedra; 2009.
62. Freixas A. Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anu Psicol* [Internet]. 1997;73:31–42. Available from: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61351/324657>
63. Muñoz F, Manuel J, Almendro E. Envejecimiento activo y desigualdades de género. *Atención Primaria* [Internet]. 2008;40(6):305–9. Available from: <https://doi.org/10.1157/13123684>
64. Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit* [Internet]. 2018;32:92–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006>
65. Sanidad MDE, Igualdad SSE. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. 2012. 141 p.
66. García Calvente M del M, Jiménez Rodrigo ML, Martínez Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. 2010 [cited 2018 Jul 11]. Available from: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2575/3/Garcia_GuiaIncorporarPerspectiva.pdf
67. Sánchez López MP. La salud de las Mujeres. Síntesis, editor. 2014. 244 p.
68. Connell R. *Gender In World Perspective*. Fourth edi. Polity Press., editor. Cambridge; 2021. 248 p.
69. Velasco S. *Sexos, género y salud*. Ediciones M, editor. Madrid; 2009.
70. Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2007;33(2):1–20. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0864-34662007000200011>
71. García-Calvente M del M, del Río-Lozano M, Marcos-Marcos J. Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes. Escuela Andaluza de Salud Pública, editor. Escuela Andaluza de Salud Pública.

- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2015. 100 p.
72. Uhlmann AJ, Bourdieu P, Nice R. Masculine Domination. *Contemp Sociol* [Internet]. 2002;31(4):407. Available from: <https://doi.org/10.2307/3089075>
 73. Sen G, Östlin P, George A. Unequal , Unfair , Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. [Internet]. World Health Organization on Social Determinants of Health. 2007 [cited 2021 Apr 18]. p. 1–145. Available from: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
 74. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional Europea. La Declaración de Madrid [Internet]. 2002. Available from: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/declaracionMadrid.pdf>
 75. World Health Organization. Global report on ageism [Internet]. 2021. 173 p. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/2021-dha-docs/9789240016866-eng.pdf?sfvrsn=7375d0b8_7&download=true
 76. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el edadismo - Resumen. 2021.
 77. World Health Organization. Combatting Ageism [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism>
 78. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. World Conference of the International Women’s Year [Internet]. UN Women. 1975 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/mexico.html>
 79. ONU Mujeres. Conferencias mundiales sobre la mujer [Internet]. [cited 2021 May 16]. Available from: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
 80. Ramos Toro M. Políticas y Programas para un nuevo envejecimiento desde la perspectiva de Género. In: *Mujer*. IU de E de la, editor. Género y Envejecimiento XIX Jornadas Internacionales de Investigación Interdisciplinar. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013. p. 269–86.
 81. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. World Conference of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace [Internet]. UN Women. 1980 [cited 2021 Aug 21]. Available from: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/copenhagen.html>
 82. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of. World Conference to review and appraise the achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace [Internet]. UN Women. 1985 [cited 2021 Aug 21]. Available from: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/nairobi.html>

83. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of. Fourth World Conference on Women. Action for Equality, Development and Peace [Internet]. 1995 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/official.htm>
84. ONU. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer [Internet]. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1996. Available from: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report_S.pdf
85. Unidas N. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015. Available from: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S
86. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. [Internet]. 2007. p. 289–350. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>
87. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer [Internet]. Nota descriptiva N°334. 2013 [cited 2017 Oct 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
88. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud España 2017. Resumen metodológico. 2017; Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf%0Ahttps://juanrevenga.com/wp-content/uploads/2018/06/ENSE17.pdf
89. Chan Margaret. Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana [Internet]. OMS. 2009 [cited 2017 Oct 25]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf;jsessionid=9F46CF375A69BCECC386C1841C97EAAE?sequence=1
90. Organización Mundial de la Salud. Actividad Física [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 21]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/physical-activity>
91. Comisión Europea. INFORME DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES relativo a la aplicación de la Recomendación del Consejo sobre la promoción de la actividad física beneficiosa para la salud en dist. Bruselas; 2019.
92. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud [Internet]. OMS. 2004. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
93. Azevedo MR, Araújo CLP, Reichert FF, Siqueira FV, da Silva MC, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health* [Internet]. 2007;52(1):8–15. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00038-006-5062-1>
94. Gerovasili V, Agaku IT, Vardavas CI, Filippidis FT. Levels of physical activity among adults 18-64 years old in 28 European countries. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2015;81(2015):87–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.08.005>

95. Brugnara L, Murillo S, Novials A, Rojo-Martínez G, Soriguer F, Goday A, et al. Low physical activity and its association with diabetes and other cardiovascular risk factors: A nationwide, population-based study. *PLoS One* [Internet]. 2016;11(8):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160959>
96. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* [Internet]. 2012;380(9838):247–57. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
97. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Hábitos de vida. Informe Anual del Sistema Nacional 2016 [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 17]. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anuar_SNS_2016_completo.pdf
98. Lera-López F, Garrues Irisarri MA, Suárez Fernández MJ. The correlates of physical activity among the population aged 50-70 years. *Retos* [Internet]. 2017;31:181–7. Available from: <https://doi.org/10.47197/retos.v0i31.50018>
99. Menezes, A.S.; dos-Santos-Silva, R.J.; Tribess, S.; Romo-Perez, V. y Virtuoso-Júnior J. Inactividad física y factores asociados en personas mayores en Brasil. *Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte* [Internet]. 2015;15:773–84. Available from: <https://doi.org/10.15366/rimcafd2015.60.010>
100. Martins TCR, de Pinho L, Brito MFSF, Pena GDG, Silva RRV, Guimarães ALS, et al. Influence of socioeconomic status, age, body fat, and depressive symptoms on level of physical activity in adults: A path analysis. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020;25(10):3847–56. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.24742018>
101. Sun F, Norman IJ, While AE. Physical activity in older people: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13(1):449. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-449>
102. Mabry RM, Morsi M, Owen N. Descriptive epidemiology of sitting time in Omani men and women: A known risk factor for non-communicable diseases. *Oman Med J* [Internet]. 2017;32(3):233–9. Available from: <https://doi.org/10.5001/omj.2017.43>
103. Milanovic Z, Pantelic S, Trajkovic N, Sporis G, Kostic R, James N. Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2013;8:549–56. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S44112>
104. Brittain DR, Dinger MK, Classen JJ, Camero Garcia M a., Sage LD, Han J. Perceived Barriers, Coping Strategies, and Self-Regulatory Efficacy to Cope: An Examination of Sufficiently and Insufficiently Physically Active Middle-Aged and Older Women. *Act Adapt Aging* [Internet]. 2012;36(1):11–28. Available from: <https://doi.org/10.1080/01924788.2011.647493>
105. Tortosa Martínez J, Vega Ramírez L. Mujeres mayores y actividad física. *Feminismo/s* [Internet]. 2013;(21):241–61. Available from:

<https://doi.org/10.14198/fem.2013.21.13>

106. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Encuesta Hábitos deportivos en España 2015 [Internet]. 2015. Available from: http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/deporte/ehd/Encuesta_de_Habitos_Deportivos_2015.pdf
107. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Actitudes y Prácticas Deportivas de las Mujeres en España (1990-2005) [Internet]. 2006. 258 p. Available from: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/92practdeportivas.pdf>
108. Perez A, Fleury J. Using a Cultural Framework to Assess Motivation for Physical Activity Among Older Hispanic Women. *Fam Community Health* [Internet]. 2018;41(1):10–7. Available from: <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000176>
109. Lindsay Smith G, Banting L, Eime R, O’Sullivan G, van Uffelen JGZ. The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review [Internet]. Vol. 14, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2017. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0509-8>
110. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación [Internet]. 2019. Available from: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E._Cronicidad_Final.pdf
111. Hudson E, Day M, Oliver E. A “new life” story or “delaying the inevitable”? Exploring older people’s narratives during exercise uptake. *Psychol Sport Exerc* [Internet]. 2015;16:112–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.09.004>
112. Peter F. Health equity and social justice. *J Appl Philos* [Internet]. 2001;18(2):159–70. Available from: <https://doi.org/10.1111/1468-5930.00183>
113. Castañeda Abascal IE. El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2014;40(2):246–54. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200009
114. Perojo Páez VM, Savournin González E. Equidad de Género en Salud. Apuntes para una reflexión. *INFODIR* [Internet]. 2015;2015(21):81–6. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2015/ifd1521i.pdf>
115. Género IE de la I de. Instituto Europeo de la Igualdad de Género: síntesis para 2018 [Internet]. Instituto Europeo de la Igualdad de Género. 2019 [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://eige.europa.eu/es/in-brief>
116. European Institute for Gender Equality. Health Indicators [Internet]. 2015. 2014 [cited 2018 Jul 11]. Available from: <http://eige.europa.eu/>

117. European Institute for Gender Equality. Gender Equality Index 2017. Measuring gender equality in the European Union 2005-2015 [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 15]. Available from: https://ravnopravnost.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/EIGE_GENDER_EQUALITY_INDEX_2017.pdf
118. European Institute of Gender Equality. Gender Equality Index. Health [Internet]. 2015. 2014 [cited 2021 Apr 18]. Available from: <https://eige.europa.eu/gender-mainstreaming/policy-areas/health>
119. European Institute for Gender Equality. Gender Equality Index. Health in Spain 2020 [Internet]. European Institute for Gender Equality. 2020 [cited 2021 Aug 16]. Available from: <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2020/domain/health/ES>
120. European Institute for Gender Equality. Work indicators in EU-28 [Internet]. European Institute for Gender Equality. 2015 [cited 2021 Apr 18]. Available from: <http://eige.europa.eu/>
121. A H, G H. How gender theories are used in contemporary public health research. *Int J Equity Health* [Internet]. 2018; Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-017-0712-x>
122. de las Heras Aguilera S. Una aproximación a las teorías feministas. *Univ Rev Filos Derecho y Política*. 2009;45–82.
123. Acker S. *Género y Educación. Reflexiones sociológicas sobre las mujeres, la enseñanza y el feminismo*. Narcea Ediciones, editor. Madrid; 1995.
124. Trujillo Flores MM, Rivas Tovar LA, Lámbarry Vilchis F. Estudio de la relación de las variables inteligencia emocional y género. In: XIII Congreso Internacional de Investigación en Ciencias Administrativas La administración frente a la globalización: Gobernabilidad y desarrollo [Internet]. 2009. p. 1–24. Available from: <http://acacia.org.mx/busqueda/pdf/M02P05-1.pdf>
125. Manandhar M, Hawkes S, Buse K, Nosrati E, Magar V. Gender, health and the 2030 Agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2018;96(9):644–53. Available from: <https://doi.org/10.2471/BLT.18.211607>
126. Cobo Bedia R. Género y Teoría Social. *Rev Int Sociol* [Internet]. 2000;58(25):5–20. Available from: <https://doi.org/10.3989/ris.2000.i25.780>
127. Valera N. *Feminismo para principiantes*. Ediciones B, editor. Barcelona; 2014.
128. Valcárcel A. *Feminismo en el mundo global*. Ediciones Cátedra; 2013.
129. Espelt A, Contente X, Domingo Salvany A, Domínguez Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2016;30:38–44. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.011>
130. de Miguel Álvarez A. La dialéctica de la Teoría Feminista: lo que nos une, lo que nos separa, lo que nos hace avanzar. *Daimon Rev Int Filos* [Internet]. 2014;(63):191–204. Available from: <https://doi.org/10.6018/daimon/199711>

131. Sánchez T. Políticas sanitarias e igualdad entre mujeres y hombres. *Rev Bioética y Derecho* [Internet]. 2018;43. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872018000200013&script=sci_arttext&tlng=en
132. Biglia B, Vergés-Bosch N. Cuestionando la perspectiva de género en la investigación. *REIRE Rev d'Innovació i Recer en Educ* [Internet]. 2016;9(2):12–29. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Barbara-Biglia/publication/305787159_Questionant_la_perspectiva_de_genere_en_la_recerca/links/57a85b5d08ae455e854875c3/Queestionant-la-perspectiva-de-genere-en-la-recerca.pdf
133. Hesse-Biber SJN. *Feminist research practice: A primer*. Hesse-Biber SJN, editor. Sage Publications; 2013. 456 p.
134. Castanedo Córdoba IM, Ruíz Fernández M, Ceballos Benito I. Protocolo de investigación de enfermería: Perspectiva de género en las características de los cuidados y Sobrecarga en personas cuidadoras principales informales que acuden a Urgencias. *Fund Index-Biblioteca LasCasas*. 2017;13:1–21.
135. Unión Europea. REGLAMENTO (UE) N°1291/2013 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 11 de diciembre de 2013 por el que se establece Horizonte 2020, Programa Marco de Investigación e Innovación. [Internet]. 2013. Available from: <https://www.boe.es/doue/2013/347/L00104-00173.pdf>
136. Constitución española [Internet]. 1978. Available from: <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>
137. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso. *Gac Sanit*. 2019;33(2):203–10.
138. Ministerio de Ciencia e Innovación. *Manual El Género en la Investigación* [Internet]. Research and Innovation EC. 2011. 144 p. Available from: http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Investigacion/FICHEROS/El_genero_en_la_investigacion.pdf
139. Organización Mundial de la Salud. *Género y Salud. Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud* [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 9]. Available from: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1&ua=1>
140. Ariño MD, Tomás C, Eguiluz M, Samitier ML, Oliveros T, Yago T, et al. ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *Gac Sanit*. 2011;25(2):146–50.
141. Eguiluz López M, Samitier Leredegui ML, Yago Simon T, Tomas Aznar C, Ariño Martin D, Oliveros Briz T, et al. Una mirada al género en la investigación. *Análisis cualitativo*. *Aten Primaria*. 2011;43(10):531–5.
142. Cook JA, Fonow MM. Knowledge and Women's Interests: Issues of Epistemology and Methodology in Feminist Sociological Research. *Sociol Inq* [Internet]. 1986;56(1):2–29. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1986.tb00073.x>

143. Givskov C, Deuze M. Researching new media and social diversity in later life. *New Media Soc* [Internet]. 2018;20(1):399–412. Available from: <https://doi.org/10.1177/1461444816663949>
144. Freixas Farré A. Vivimos muchos años. In: Espasa Libros, editor. *Tan frescas Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI*. 4ª. Barcelona: Paidós; 2015. p. 27–36.
145. Leontowitsch M. Researching Later Life and Ageing. *Expanding Qualitative Research Horizons*. UK PM, editor. Springer; 2016.
146. Farré AF. El feminismo, una carta de navegar. In: Libros E, editor. *Tan frescas Las nuevas mujeres mayores del siglo XXI*. 4ª. Barcelona: Paidós; 2015. p. 37–41.
147. Ramos Toro M. Estudio Etnográfico sobre el envejecer de las mujeres mayores desde una perspectiva de género y de curso vital. *Prism Soc*. 2018;(21):75–107.
148. Enßle F, Helbrecht I. Understanding diversity in later life through images of old age. *Ageing Soc* [Internet]. 2020;(2020):1–20. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000379>
149. Cáceres Pérez C, Menéndez Álvarez-Dardet S. La investigación psicológica europea sobre la vejez, el envejecimiento y/o las personas mayores: una revisión sistemática de alcance de revisiones sistemáticas. *Apunt Psicol* [Internet]. 2020;38:115–31. Available from: <https://idus.us.es/handle/11441/111527>
150. Westwood S. *Ageing, Diversity and Equality: Social Justice Perspectives*. Routledge Advances in Sociology Time. 2018. 395 p.
151. Freixas A. La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológica feminista. *Anu Psicol UB J Psychol* [Internet]. 2008;39(1):41–57. Available from: <https://doi.org/10.1344/%25x>
152. Fernández-Mayoralas G, Schettini R, Sánchez-Román M, Rojo-Pérez F, Agulló MS, João Forjaz M. El papel del género en el buen envejecer. Una revisión sistemática desde la perspectiva científica. *Rev Prism Soc* [Internet]. 2018;(21 SE-Sección temática):149–76. Available from: <https://revistaprismasocial.es/article/view/2422>
153. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2020. Más personas activas para un mundo sano [Internet]. Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2020. Más personas activas para un mundo sano. Washington, D.C; 2019. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50904/9789275320600_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
154. Crochemore-Silva I, Knuth AG, Mielke GI, Loch MR. Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020;36(6):e00155119. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00155119>
155. Malinowska E, Dzwonkowska-Godula K, Garncarek E, Czernecka J, Brzezińska J. Gender, Age and Gendered Age in Relation to Attitudes to One's Own Appearance and Health. 2017. 258 p.

156. Dios Fernández E de. Domesticidad y familia: ambigüedad y contradicción en los modelos de feminidad en el franquismo. *Feminismo/s* [Internet]. 2014;(23):23–46. Available from: <https://doi.org/10.14198/fem.2014.23.02>
157. Manrique Arribas JC. Incidencia del ideal de mujer durante el franquismo en el ámbito de la familia y la actividad física. *Feminismo/s* [Internet]. 2014;(23):47–68. Available from: <https://doi.org/10.14198/fem.2014.23.03>
158. Manrique Arribas JC. La Actividad Físico-Deportiva Franquista como intento socializador de la juventud y la mujer. *Rev.int.med.cienc.act.fís.deporte* [Internet]. 2018;18(70):303–29. Available from: <https://doi.org/10.15366/rimcafd2018.70.007>
159. Torreadella-Flix X. La historia de la educación física escolar en España. Una revisión bibliográfica transversal para incitar a una historia social y crítica de la educación física. *Espac Tiempo y Educ* [Internet]. 2016;3(June):1–41. Available from: <https://doi.org/10.14516/ete.2017.004.001.76>
160. Martínez Cano S. Procesos de empoderamiento y liderazgo de las mujeres a través de la sororidad y la creatividad. *Dossiers Fem* [Internet]. 2017;(22):49–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.4>
161. Jin B, Harvey IS. Ageism in the fitness and health industry: A review of the literature. *J Aging Phys Act* [Internet]. 2021;29(1):99–115. Available from: <https://doi.org/10.1123/japa.2019-0230>
162. Bennett E V, Clarke LH, Kowalski KC, Crocker PR. “I’ll Do Anything to Maintain My Health”: How Women Aged 65-94 Perceive, Experience, and Cope With Their Aging Bodies. *Body Image* [Internet]. 2017;21:71–80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.03.002>
163. Bennett E V, Hurd Clarke L, Kowalski KC, Crocker PR. From pleasure and pride to the fear of decline: Exploring the emotions in older women’s physical activity narratives. *Psychol Sport Exerc* [Internet]. 2017;33:113–22. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.08.012>
164. Massie AS, Meisner BA. Perceptions of aging and experiences of ageism as constraining factors of moderate to vigorous leisure-time physical activity in later life. *Loisir Soc* [Internet]. 2019;42(1):24–42. Available from: <https://doi.org/10.1080/07053436.2019.1582903>
165. Fernández Torralbo CM, Cueto Torres I, Grande Gascón ML. Diferencias de carga en el cuidado asociadas al género. *Ene* [Internet]. 2020;14(1):1–14. Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/906/carga>
166. Martínez Marcos M, De La Cuesta Benjumea C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Aten Primaria* [Internet]. 2016;48(2):77–84. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>
167. Cusatis R. Which activities count? Gender and socioeconomic differences in the conceptualization of physical activity: The role of leisure, housework and dependent care, and paid work. [Internet]. Vol. 79, Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. 2017. Available from:

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc15&NEWS=N&AN=2018-00722-050>

168. McMillan LB, Zengin A, Ebeling PR, Scott D. Prescribing Physical Activity for the Prevention and Treatment of Osteoporosis in Older Adults. *Healthcare* [Internet]. 2017;5(85):15. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare5040085>
169. Solano-García W, Carazo-Vargas P. INTERVENCIONES CON EJERCICIO CONTRA RESISTENCIA EN LA PERSONA ADULTA MAYOR DIAGNOSTICADA CON SARCOPENIA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *PENSAR EN Mov Rev Ciencias del Ejerc y la Salud* [Internet]. 2018;16(1). Available from: <https://doi.org/10.15517/pensarmov.v16i1.3000>
170. Malinowska E, Dzwonkowska-Godula K, Garncarek E, Czernecka J, Brzezińska J. The Attitudes of Women and Men of Different Ages to Their Physical Appearance. In: *Gender, Age and Gendered Age in Relation to Attitudes to One's Own Appearance and Health*. 2017. p. 55–132.
171. Sakraida TJ. Modelo de Promoción de la Salud. In: Elsevier Health Sciences Spain, editor. *Modelos y teorías en enfermería*. 8th ed. 2014. p. 385–404.
172. Meisner BA, Weir PL, Baker J. The relationship between aging expectations and various modes of physical activity among aging adults. *Psychol Sport Exerc* [Internet]. 2013;14(4):569–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.02.007>
173. West S, Naar JJ, Son JS, Liechty T. Promoting Team Sport Participation among Older Women. *J Park Recreat Admi* [Internet]. 2019;37(4):33–50. Available from: <https://doi.org/10.18666/JPra-2019-9118>
174. Blacksher E, Lovasi GS. Place-focused physical activity research, human agency, and social justice in public health: Taking agency seriously in studies of the built environment. *Heal Place* [Internet]. 2012;18(2):172–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.08.019>
175. Maula A, LaFond N, Orton E, Iliffe S, Audsley S, Vedhara K, et al. Use it or lose it: a qualitative study of the maintenance of physical activity in older adults. *BMC Geriatr* [Internet]. 2019;19(1):349. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1366-x>
176. Boulton E, Horne M, Todd C. Multiple influences on participating in physical activity in older age: Developing a social ecological approach. *Heal Expect* [Internet]. 2018;21(1):239–48. Available from: <https://doi.org/10.1111/hex.12608>
177. Farrance C, Tsofliou F, Clark C. Adherence to community based group exercise interventions for older people: A mixed-methods systematic review. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2016;87:155–66. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.02.037>
178. Freixas Farré A. Los vínculos son nuestra especialidad. In: *Tan frescas*. Grupo Planeta Spain; 2013.
179. Oh JH. Factors Affecting Health-Promoting Lifestyle Among Older Women With

- Chronic Disease. *J Gerontol Nurs* [Internet]. 2019;45(10):29–38. Available from: <https://doi.org/10.3928/00989134-20190912-04>
180. Lagarde y de los Ríos M. El género. In: *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. México: Siglo XXI Editores; 2018.
 181. Pederson A, Greaves L, Poole N. Gender-transformative health promotion for women: A framework for action. *Health Promot Int* [Internet]. 2014;30(1):140–50. Available from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dau083>
 182. Williams O, Gibson K. Exercise as a poisoned elixir: Inactivity, inequality and intervention. *Qual Res Sport Exerc Heal* [Internet]. 2018;10(4):412–28. Available from: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1346698>
 183. Coen SE. Connecting qualitative research on exercise and environment to public health agendas requires an equity lens. *Health Place* [Internet]. 2018;53(September):264–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.09.005>
 184. Cusatis R, Garbarski D. Different domains of physical activity: The role of leisure, housework/care work, and paid work in socioeconomic differences in reported physical activity. *SSM - Popul Heal* [Internet]. 2019;7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100387>