

Yolanda López-Benavente<sup>1</sup>  
 Tania Ros-Sánchez<sup>2</sup>  
 Eva Abad-Corpa<sup>3,\*</sup>  
 M. Beatriz Lidón-Cerezuela<sup>4</sup>

1. Doctora en Ciencias de la Salud por la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia. Enfermera. Pedagoga. Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria. Área VII de Salud. Servicio Murciano de Salud. Murcia, España.
  2. Enfermera. Área IV de Salud. Servicio Murciano de Salud. Doctoranda del Programa de Ciencias de la Salud de la Escuela Internacional de Doctorado. Universidad de Murcia. Murcia, España.
  3. Doctora en Enfermería. Enfermera Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria de Cuidados Paliativos. Área VII del Servicio Murciano de Salud. Profesora del Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia. Investigadora Investén-isciii y CIBERFES. Murcia, España.
  4. Doctora en Enfermería. Profesora del Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Grupo ENFERAVANZA, Instituto Murciano de Investigación Sanitaria (IMIB-Arrixaca), Murcia, España.

\*Autora para correspondencia.  
 Correo electrónico: eva.abad@um.es (Eva Abad-Corpa).

Recibido el 3 de febrero de 2021; aceptado el 25 de mayo de 2021

## Promoción de la actividad física en mujeres mayores. Un estudio cualitativo con perspectiva de género

### *Promoting physical activity in older women. A qualitative study with a gender perspective*

#### RESUMEN ABSTRACT

**Objetivos:** 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 3 grupos focales y 2 entrevistas en profundidad. Participaron 26 profesionales del ámbito de atención primaria y monitores de actividades físicas (el 54% enfermeras).

Análisis interpretativo de contenido y uso del programa informático MAXQDA-18. **Resultados:** Surgieron 2 categorías y 7 subcategorías. Los/las profesionales definieron el vínculo que existe entre la actividad física y las mujeres mayores a partir de los estereotipos de género que perciben que 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/las 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/las profesionales a conseguir la satisfacción y adherencia en las mujeres mayores con la práctica.

**PALABRAS CLAVE:** Actividad física, promoción de la salud, salud de las mujeres, envejecimiento saludable, perspectiva de género, investigación cualitativa.

**Objectives:** To understand the professional strategies used to promote and adherence to the physical activity practice among older women. **Methodology:** Qualitative study with a feminist socio-critical approach and gender perspective through three focus groups and two in-depth interviews. Twenty-six primary care professionals and fitness instructor participated (54% nurses). Interpretative content analysis and use of the MAXQDA-18 software. **Results:** Two categories and seven subcategories emerged. Professionals defined the link between physical activity and older women based on the gender stereotypes they perceived to have been historically and culturally constructed focusing mainly on the role of caregivers and social identity among equals. They use strategies to encourage physical activity practice based on communication, experimentation, personalisation, enhancing community networks and their empowerment. **Conclusions:** Current older women present a link with physical activity marked by traditional gender stereotypes that are more distant from physical benefits but closer to social and identity interests. Participants draw on these women's experiences of self-care awareness through physical activity and socialisation. These findings, which link physical activity with female stereotypes of peer socialisation as well as responsibility and care for one's own health, can help practitioners to achieve older women's satisfaction and adherence with the practice.

**KEYWORDS:** Physical activity, health promotion, women's health, healthy aging, gender perspective, qualitative research.

## ■ INTRODUCCIÓN

Mujeres y hombres, debido a sus diferencias biológicas y a los roles de género asignados socioculturalmente, experimentan necesidades, obstáculos y oportunidades distintas con respecto a su salud. Las mujeres mayores son el grupo de población más inactivo físicamente<sup>1,2</sup>, lo que supone menores oportunidades para obtener los beneficios de la actividad física (AF), para alcanzar un envejecimiento saludable y reducir el riesgo de enfermedades<sup>3,4</sup>.

Las normas culturales y los roles tradicionales de género contribuyen a una menor participación en la AF entre estas mujeres, ya que las actitudes de mujeres y hombres hacia la salud están vinculadas a las expectativas sociales que corresponden para cada uno de los modelos sociales de feminidad y masculinidad<sup>5-7</sup>. Así, la visión cultural de la mujer se centra en su función cuidadora y reproductiva, y la del hombre en el de persona fuerte capaz de asumir funciones de seguridad, protección y ejercicio del poder<sup>5</sup>. Para ellas, el mandato del cuidado, de la supervivencia y de la seguridad del entorno familiar a expensas de la propia salud<sup>5,8</sup>, deja en un segundo plano gozar de tiempo propio para la AF<sup>2,7-10</sup>.

Otros factores que influyen en su menor participación es la falta de apoyo social y comunitario<sup>17</sup>, mientras que la actividad en grupo favorece la adherencia<sup>8,11</sup>. Por otro lado, y siguiendo el modelo de promoción de la salud de Nola Pender<sup>12</sup>, las conductas previas, las experiencias anteriores y la sensibilidad cultural también condicionan las creencias, los comportamientos de salud y la probabilidad de participar de la AF<sup>2</sup>.

Incorporar la perspectiva de género significa abordar estas barreras y comprender las causas socioculturales que originan las construcciones de la subjetividad para planificar y desarrollar actuaciones sensibles que apoyen el cambio de comportamiento hacia el autocuidado y la AF<sup>1,13</sup>.

Las enfermeras tienen un papel clave en el fomento de la AF entre las personas mayores<sup>14</sup>. Para adaptar la promoción y participación en AF de manera equitativa, reduciendo las diferencias respecto a los hombres, se hace necesario comprender la influencia del género y cómo los valores socioculturales tradicionales y actuales modulan las relaciones de género caracterizando la práctica de ejercicio en las mujeres mayores<sup>1,8,15,16</sup>.

## ■ OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer las estrategias utilizadas por los/las profesionales de atención primaria (AP) y los/las monitores/as de ejercicio en la motivación, promoción y adherencia a la AF entre las mujeres mayores para alcanzar la igualdad efectiva en oportunidades en salud.

## ■ METODOLOGÍA

Investigación cualitativa enmarcada en el paradigma sociocrítico con enfoque feminista<sup>17,18</sup>. Se realizaron 3 grupos focales (GF), en Murcia, Madrid y Córdoba, entre noviembre de 2018 y marzo de 2019. También se hicieron 2 entrevistas en profundidad (EP) en Cataluña y otra en Murcia entre agosto y noviembre de 2019.

La selección de participantes se realizó mediante un muestreo intencional con informantes estratégicos y máxima variación para lograr la diversidad del discurso<sup>19</sup>. Los GF estuvieron constituidos por 24 profesionales de AP y de AF, de una edad media de 45,9 años (tabla 1). Los criterios de inclusión fueron: profesionales del ámbito de AP que promueven la AF en los centros de salud (CS) entre la población, incluyendo mujeres mayores, así como monitores de AF desarrollada en centros deportivos y/o al aire libre y dirigida a mujeres mayores o que las incluye.

Los GF fueron grabados en audio y vídeo, previa información y firma de consentimiento informado, para su posterior transcripción y análisis de datos. Tuvieron una duración media de 85 min. Fueron moderados por la investigadora principal con el apoyo de otra investigadora. Posteriormente se realizaron las EP para completar aspectos que habían quedado sin profundizar en los GF. Se entrevistó a una médica asistencial y experta en género y salud y a una monitora de AF para mujeres mayores. Fueron grabadas en audio previa información y firma de consentimiento informado. Tuvieron una duración media de 40 min.

Se llevó a cabo un análisis interpretativo de contenido mediante la codificación y organización de los datos en códigos incipientes, y su posterior categorización y agrupación en unidades analíticas de significado más amplias<sup>17,20</sup>. Finalmente se realizó una ordenación interpretativa de los hallazgos que llegó a la saturación de los datos<sup>17</sup>. El análisis de datos se realizó con el programa informático MAXQDA 18.

Para garantizar la confirmabilidad y credibilidad se realizó la triangulación de técnicas de recogida de datos y se solicitó a los/las participantes la corroboración de un informe preanalítico con el análisis interpretativo de los datos<sup>20</sup>, obteniendo un *feed-back* parcial de estos.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

## ■ RESULTADOS

De los textos surgieron 2 categorías principales y 7 subcategorías secundarias.

### Estereotipología cultural e histórica del vínculo de las mujeres mayores con la actividad física

Los/las profesionales definen el vínculo que existe entre la AF y las mujeres mayores a partir de los estereotipos de género que perciben y que se han ido construyendo históricamente (tabla 2).

- *Sin vínculo histórico: la AF no ha sido un valor para la salud ni para el ocio de las mujeres.* Los/las profesionales afirman que las mujeres mayores de hoy en día no han sido incluidas en el mensaje del impacto de la AF en su salud integral como lo recibieron los hombres de su época ni como lo reciben hoy en día las mujeres más jóvenes, por lo que no se sienten atraídas ni consideran que pueda beneficiarlas.
- *Sin espacio propio: educadas para el cuidado de los demás.* La práctica de AF está condicionada por el desempeño del rol de cuidadoras. Para ellas, toda la actividad relacionada con las tareas domésticas y de atención a la familia, en muchos casos de la generación anterior y posterior, es prioritaria y se antepone al tiempo dedicado a sí mismas.
- *Con sentido de pertenencia: el caminar como práctica de AF determinante de socialización y encuentro entre iguales.* El caminar o pasear en grupo es la práctica física que los/las profesionales más identifican en las mujeres mayores. Refieren que supone principalmente un encuentro entre iguales para conversar de sus cosas, un compromiso con el grupo apoyado en su sentido de socialización.

### Estrategias profesionales para la motivación, promoción y adherencia a la actividad física de las mujeres mayores

Las participantes manifiestan ciertas estrategias que utilizan en la relación con las mujeres mayores para incentivar la práctica de AF y se agrupan en 4 subcategorías (tabla 2).

**Tabla 1.** Composición y características de los grupos focales

Grupo focal	Participantes	Profesión	Sexo	Edad	Años profes.	Años en AP/AF	Formación envejecimiento	Formación género	Experiencia promoción AF
Murcia	1	Enfermera	M	51	27	27	Sí	Sí	Sí
	2	Monitora AF	M	36	17	7	No	No	Sí
	3	Jubilado, monitor AF	H	67		5	No	No	Sí
	4	Enfermero	H	48	24	8	Sí	No	Sí
	5	Monitor AF	H	29					
	6	Médica	M	56	30	30	Sí	Sí	Sí
	7	Enfermera	M	44	24	5	Sí	Sí	Sí
	8	Enfermera	M	62	43	25	Sí	Sí	Sí
	9	Enfermera	M	42	18	7	Sí	Sí	Sí
	10	Médico y fisioterapeuta	H	33	7	7	No	No	Sí
Madrid	1	Enfermera	M	57	34	34	Sí	Sí	Sí
	2	Enfermera	M	50	30	30	Sí	No	Sí
	3	Enfermero	H	28	8	2	Sí	No	Sí
	4	Enfermero y fisioterapeuta	H	44	23	20		Sí	Sí
	5	Enfermera	M	26	4	3		Sí	Sí
	6	Médica	M	55	29	29		Sí	Sí
	7	Enfermero	M	27	4	4	No	No	Sí
Córdoba	1	Médica	M	56	30	30	Sí	Sí	No
	2	Enfermera	M	55	34	17	Sí	Sí	Sí
	3	Enfermero	H	57	35	10	Sí	No	Sí
	4	Enfermera	M	46	25	25	Sí	No	Sí
	5	Fisioterapeuta	M	50	26	18	Sí	Sí	Sí
	6	Fisioterapeuta	M	37	16	8	Sí	No	Sí
	7	Médico	H	46	19	17	Sí	Sí	Sí

AF: actividad física; AP: atención primaria; H: hombre; M: mujer.  
 Los vacíos en celdas se deben a ausencia de información.

- *Comunicación y experimentación para la motivación y la adherencia: toma de conciencia por la palabra y el placer de la práctica.* Se reseña el uso de habilidades de comunicación para ayudar a que sean las mujeres mayores las que encuentren su propia motivación, que tomen conciencia de lo saludable a partir del propio descubrimiento. Destacan no indicar prescripciones de ejercicio generales y no ser directivos, sino motivar la expresión de sus preferencias, hábitos, dificultades y beneficios encontrados. A su vez, otra estrategia para la adherencia es ofrecer actividades con las que disfrutar más allá de los resultados en salud, despertando el placer de la práctica a través de la propia experimentación de las sensaciones corporales de la actividad y aceptar las posibles limitaciones físicas.
- *Valorar, personalizar y evaluar: preguntar, preguntar y preguntar.* Los/las profesionales destacan la importancia del desarrollo de un plan a partir de una valoración individualizada, acordando planes adaptados a los que se haga un seguimiento continuo de los logros, los beneficios percibidos y los avances progresivos.
- *Red comunitaria, el grupo y la socialización: claves imprescindibles para potenciar la AF en las mujeres mayores.* Los/las participantes relatan que fomentan la AF a través de la metodología de grupo porque favorece la adherencia

y supone un refuerzo interno para superar las dificultades. Desatacan el componente de socialización como clave para evitar la sensación de soledad y resaltan la implicación de la familia en la motivación. Asimismo ven importante ofrecer grupos accesibles con variedad de actividades para dar alternativas, así como que estas actividades sean atractivas, que se sientan competentes y que no lo perciban como un sacrificio. Subrayan la importancia de conocer los distintos programas existentes en el barrio para derivar a las mujeres a las actividades más idóneas. También señalan como relevante ser los/las profesionales del CS los que promuevan la salud fuera del centro, es decir, en los espacios comunitarios donde ellas se relacionan. Disponer de redes comunitarias y establecer alianzas interprofesionales posibilita el trabajo colaborativo y todo el equipo profesional debe estar alineado en la promoción de la AF compartiendo recursos y materiales didácticos.

- *Romper la barrera del género hacia el empoderamiento de la mujer para realizar AF.* Algunas/os participantes manifiestan usar en cada consulta una pedagogía que pretende vencer los mandatos de género ayudándolas a cuestionarse qué hacen por su salud, cuál es su sitio en los cuidados familiares y cómo se reparten las tareas, y facilitando la toma de conciencia de la necesidad de cuidarse a sí mismas encontrando espacios

**Tabla 2.** Resultados

Estereotipología cultural e histórica del vínculo de las mujeres mayores con la actividad física
Sin vínculo histórico: la actividad física no ha sido un valor para la salud ni para el ocio de las mujeres
<i>GFMA04: lo viven como algo que no ha sido propio de su... de su forma de... de su forma de socializarse, o de su forma de practicar la actividad física... ¡No existe conciencia social de los beneficios en esa edad!</i>
<i>EEGS1: ... en su imaginario de... de este grupo, han vivido una represión hacia el ejercicio. O sea, ellas, en su juventud, cuando intentaban hacer ejercicio, estoy segura que recibieron mensajes como "¡eh!... esto es de... de caballotas, o sea, de mujeres que... que... en fin, no son la esencia de mujer", "no es bueno que hagas eso porque parecerías un hombre"... Entonces, cultivaron un estereotipo de género negativo hacia el ejercicio. Pero una mujer no tiene que salir a jugar... Se veían como... se veían como "medio hombres" las... las... las que hacían ejercicio</i>
Sin espacio propio. Educadas para el cuidado de los demás.
<i>GFMA09: Yo pienso que esa influencia sociocultural que tiene la mujer, en general, desde que nace, o sea... ella no tiene tiempo para ella, tiene tiempo para los demás... Socioculturalmente no le hemos dejado hacer ejercicio porque... ha estado a merced de la casa, de los hijos, de los nietos, de tal...</i>
<i>EMAF1: O sea, ellas, como tenemos un grupo de WhatsApp, lo ponen "hoy no he ido, porque mi marido me ha obligado a que me quede...". O sea, me ha obligado entre comillas. "Porque tenía que venir el fontanero y no podía estar él"... Casi siempre es por algo... por alguna obligación. Que tiene que llevar al marido al médico, que tiene que llevar al hijo a no sé dónde, que se tiene que quedar con los nietos...</i>
Con sentido de pertenencia: el caminar como práctica de AF determinante de socialización y encuentro entre iguales
<i>GFCo04:... Yo, el grupo que funciona en Lucano es porque han creado vínculo... Y permanecen porque necesitan pertenecer a un grupo... ¡Es el grupo!</i>
<i>GFMA09: Pero les motiva... les motiva el grupo, venir a andar y tal... Y les gusta</i>
<i>GFMA01: Tener un... ese grupo... esas relaciones sociales que tienen ellas, que suelen tener más... grupos sociales, ¿no?, que los hombres, por ejemplo... Y esa influencia hace también que arrastre...</i>
Estrategias e intervenciones profesionales para la motivación, promoción y adherencia a la actividad física de las mujeres mayores
Comunicación y experimentación para la motivación y la adherencia: toma de conciencia por la palabra y el placer de la práctica
<i>GFMA02:... en este grupo de mujeres, 65-70 años, que todavía están ahí, que no se han podido jubilar de sus casas... El... el que, a veces, el hacer una actividad física, el hacer ejercicio, es tener un espacio para ti... Y no vivir el ejercicio como una cosa que te recomiendo desde la salud, o que te recomiendo porque estás gorda y tienes que perder peso... porque a lo mejor te baja la tensión...</i>
<i>EEGS1: Claro, pero para eso tienen que ver que tienen... que les sirve... Y que, además, es gratificante en todos los aspectos. Y es respecto de que sea también placentero... Hemos de estimular como el placer de reencontrarse con su propio cuerpo... Estimular el placer que no han tenido nunca</i>
Valorar, personalizar y evaluar para motivar. Preguntar, preguntar y preguntar
<i>GFMA02: O sea, cuando tú a esa mujer ahí en ese... tú le estás dando, aunque sea una hoja, pero en la hoja pone su nombre... "y tú de estos, ¿a cuántos te comprometes?" y "tú vas a hacer este..." Que además lo has decidido tú, o sea... Tú te vas como "¡me ha tomado en serio!" (simulando a la paciente)... Y también con esa forma de pensar que tiene... esta mujer a esta edad... "Si me está tomando en serio, me tengo que comprometer con ella, porque... me ha dedicado su tiempo, ¡cuánto se lo agradezco!"</i>
<i>EEGS1: "El ejercicio físico mejora la salud", seguro que lo decimos. Pero si ponemos unas expectativas muy altas, rompemos la posibilidad de que las acepten. Es si empezamos a decir... "usted tiene que andar 4 km al día, 5 km al día", desanima a una persona. Yo digo "mire, usted propóngase andar unos minutos al día. Empiece por...", "¿quiere decir que con 15 tendría bastante?", "empiece por 15, ¿eh? ya irá a 20, ya irá a 25, media hora... media hora al día ya son 5 horas a la semana casi, ¿eh? Hágalo."</i>
Red comunitaria, el grupo y la socialización: claves imprescindibles para potenciar la AF en las mujeres mayores
<i>EMAF1: En el grupico que tengo de 15 o 20 personas es muy raro que fallen. Es por la relación que tienen, por el grupico que se forma. Sobre todo, en los centros estos que son de barrio... Lo principal, son las relaciones sociales. Si fuesen ellas solas, individual, me costaría mucho más trabajo. Pero al hacer el grupo, ellas están muy centradas</i>
<i>GFMA06: Creo que la población general necesita otros espacios, que no son el centro de salud, y que... nuestro trabajo, a lo mejor, va más por coordinarnos con esos espacios, por eh... mmm... favorecer que existan, favorecer la conexión y el... y que, muchas veces, eh... también tienen muy buena adherencia, porque trabajan otras cosas eh...</i>
Romper la barrera del género hacia el empoderamiento de la mujer para realizar actividades físicas
<i>GFMA01: Entonces, hay que ir... venciendo esos mandatos de género, que yo lo hago siempre... Vamos, yo le digo... "Yo veo bien que cuides a tus nietos, pero te tienes que buscar más sitio para ti". Hay que empoderar a la mujer y darle... y que cambie. Y poquito a poco se va consiguiendo, y a veces te viene el matrimonio... pues yo les estoy diciendo "es que tú tienes que ayudarlo" y ahora... pues algo consigo. Es un poco ir haciendo pedagogía de género. Si es que hay que hacerlo en todas las consultas</i>
<i>GFMA01: Yo, en consulta, para abordar este tema trabajo muchísimo desde la autoestima de la mujer. Porque cuando hago la valoración completa, me encuentro muchísimo, en... en este grupo de edad, insisto, toda la perspectiva de género, ¡mucho! El cuidado del marido, el cuidado del nieto, la limpieza de la casa, el no sé qué, ya no sé más... y... mmm..., cuando ya terminas de valorar y te cuentan, y tal, y cual, pregunto: "¿y tú dónde estás?"... "¿Qué tiempo tienes para ti? ¿Cómo te cuidas? ¿Cómo crees que podrías cuidarte?" ¿No? Y entonces, a partir de ahí, mmm... Intento lograr esa comunicación empática y ese enganche a la... a la conversación... Si veo que, de entrada, hacen más adherencia cuando las trabajo desde su autoconcepto, su rol, sus relaciones</i>

y actividades propias. Establecen una relación empática teniendo en cuenta los estereotipos culturales interiorizados respecto al ejercicio y al cuidado de su salud. Trabajan su autoestima fomentando un autoconcepto positivo desde su propia valía y sus capacidades.

## ■ DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten conocer las estrategias que utilizan los/las profesionales para estimular la AF entre las mujeres mayores y cómo consideran que se ha generado socioculturalmente en ellas su práctica habitual. La AF, históricamente, no ha formado parte del estereotipo femenino, centrándose en el rol de cuidadoras.

Cultural e históricamente, la práctica de la AF no ha formado parte del estereotipo de feminidad. El mandato de cuidador de otros supone una dedicación extensa en el tiempo y un cansancio añadido a un cuerpo envejecido que impide apreciar la necesidad “del propio cuidado” del que forma parte la AF<sup>2,7,21</sup>. Ellas perciben que “no paran”, que ya hacen ejercicio con las tareas domésticas y cotidianas<sup>8,21</sup>, por lo cual no es necesario hacer ejercicio, porque “ya se mueven”.

La AF de estas mujeres depende de sus hábitos basales aprendidos<sup>10,22</sup>. Por consiguiente, toda esta herencia educativa y socializadora ha ocasionado que, actualmente, la AF no esté integrada como un hábito saludable ni relacionada con un envejecimiento activo<sup>8,23</sup>.

En nuestro estudio, los/las profesionales consideran que las mujeres mayores encuentran en el caminar en grupo un espacio donde hallan identidades comunes con otras mujeres a través de la socialización, datos que coinciden con diversas investigaciones<sup>22,24,25</sup>. Adquiere significado en cuanto al valor de la conversación, del intercambio de experiencias y de consejos, propio del proceso de socialización de género de las mujeres<sup>5</sup>. Estas mujeres presentan 2 consideraciones culturales interdependientes, el género y la edad, que las sitúa en un proceso de formación de relaciones sociales con características propias que fortalece el modelo social de feminidad y vejez<sup>5</sup>. Así que este espacio común de “identidad de edad y género” del grupo de caminata, les aporta la motivación y el beneficio físico desde la identidad y oportunidad de conexión con otras mujeres, para construir relaciones relevantes y cuidar de sí mismas<sup>7,8,10,22</sup>.

Nuestros hallazgos revelan que los/las profesionales mencionan la importancia de ayudar a que sean las propias mujeres las que encuentren motivadora la AF; de acordar un plan adaptado, personalizado y progresivo; de implicar y colaborar con el entorno comunitario donde residen, y de establecer una relación que fomente el autocuidado y la liberación de los mandatos de género. Entre las estrategias profesionales para promover la AF, distintos autores resaltan la importancia de potenciar la conciencia, el autocuidado y la responsabilidad de mantener la AF a través de la comunicación y exploración de las dificultades, las preferencias, los resultados esperados, las emociones y los afectos que les genera<sup>22,25-27</sup>. Según diversos estudios, es clave orientar la promoción y adherencia de la AF hacia la diversidad de beneficios (físicos, sociales, mentales y emocionales) que ellas puedan experimentar, sin centrarlos exclusivamente en la salud<sup>2,8,22,26</sup>. Más allá de intereses físicos, el disfrute en actividades agradables y atractivas son motivos principales para la participación en la AF de las personas mayores<sup>10,22,25,27,28</sup>. Para ciertos autores, las mujeres mayores, que experimentan un cuerpo envejecido y limitante, no perciben el valor del placer y del disfrute propio, porque han vivido una conceptualización del cuerpo tradicionalmente destinado a albergar, satisfacer y cuidar de otros, alejado del ideal de salud y de la capacidad física<sup>5,27,29,30</sup>. Fomentar la AF desde el derecho a la experimentación corporal, a la satisfacción de encontrar espacios propios nuevos y a ejercer el control en sus vidas, son intervenciones que las posiciona activamente en la búsqueda de su salud y libertad<sup>5,9,15,16</sup>.

Distintos estudios destacan la necesidad de evitar generalizaciones y de realizar un análisis de experiencias previas, prioridades, motivaciones, disponibilidad y expectativas personales (de salud, sociales u otras)<sup>16,22,31</sup>. Otros elementos clave son ayudar a determinar objetivos realistas y adaptados a sus necesidades y características<sup>31,32</sup>, proporcionar información y material del ejercicio a realizar según su capacidad, y progresivo en dificultad conforme adquiere objetivos y competencia<sup>22,25,26,31</sup>. Para mantener y reforzar la conducta es imprescindible la evaluación y monitorización continua de lo realizado en cada encuentro profesional<sup>2,10,26,27,31,32</sup>.

En cuanto a la socialización, la modalidad en grupo es estratégica para la captación y la adherencia de la AF<sup>11,22,25,30</sup>. También el apoyo familiar, el vínculo social y la implicación de amistades en la actividad son un componente motivador y satisfactorio por sentirse apoyada y considerada<sup>8,10,14,22</sup>. Las mujeres buscan espacios donde se sientan seguras, aceptadas y confiadas, y son las asociaciones de barrio, los centros locales y los grupos comunitarios con variedad de alternativas, oportunidades significativas para lograr objetivos de AF<sup>8</sup>. Los/las profesionales deben valorar el contexto social y trabajar con estas redes comunitarias para promover, desde la propia identidad cultural, conductas saludables con una buena adherencia<sup>4,8,22,26</sup>.

Integrar la perspectiva de género en la promoción y adherencia al ejercicio de las mujeres mayores permite tomar conciencia de los factores que determinan sus vidas en la toma de decisiones y la transformación de su salud<sup>6,9,33</sup>. Este enfoque empodera a las mujeres como agentes de cambio de sus vidas y protagonistas de su salud<sup>2,9,13,15</sup>. Nola Pender destaca que la enfermera puede ayudar a promover y mantener el cambio hacia la AF identificando barreras para su práctica, así como estrategias de superación de estas, como conocer nuevas amistades físicamente activas, unirse a grupos de barrio o seleccionar actividades que no requieran grandes habilidades ni medios<sup>2</sup>.

## ■ CONCLUSIONES

Las mujeres mayores actuales presentan un vínculo con la AF marcado por estereotipos de género tradicionales alejados de beneficios físicos, pero cercanos a intereses sociales y de identidad entre iguales. Los/las profesionales utilizan herramientas de comunicación y experimentación corporal centradas en las propias sensaciones percibidas por estas mujeres, para el reconocimiento y toma de conciencia de sus necesidades de autocuidado a través de la socialización y la AF.

Estos hallazgos, que relacionan la AF con los estereotipos femeninos de socialización entre iguales, así como la responsabilidad y cuidado de su propia salud, son los que pueden ayudar a las enfermeras a conseguir la satisfacción y adherencia de las mujeres mayores con la práctica.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la dificultad en encontrar monitores de la AF que participaran en los GF, así como la posibilidad de incluir a otros perfiles discursivos (profesionales de medios de comunicación o referentes de asociaciones donde la AF sea clave) que aportaran variedad al discurso, completándolo. Aunque se intentó optimizar la transferibilidad de los resultados mediante la realización de GF en diferentes entornos geográficos, pudiera ser necesaria la representación de otros contextos socioculturales (rurales, barrios, etc.) y diversos grupos sociales (culturas, etnias, etc.) ■

### Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

El equipo investigador agradece a las personas que facilitaron la configuración y los espacios de desarrollo de los grupos, así como a las que participaron en ellos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 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;6(10):e1077-86.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 8th ed. Prentice-Hall Health, Inc.; 2015.
- Gómez-Cabello A, Vila-Maldonado S, Pedrero-Chamizo R, Villa-Vicente JG, Gusi N, Espino L, et al. 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.
- Brandão de Carvalho AL, Dantas de Sá Tinôco J, Costa Andriola I, Santos Cossi M, Galvão Pinto ES, Brandão Batista dos Santos PF. Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos. *Gerokomos*. 2017; 28(3):127-30.
- Malinowska E, Dzwonkowska-Godula K, Garncarek E, Czernecka J, Brzezinska J. Gender, Age and Gendered Age in Relation to Attitudes to One's Own Appearance and Health. *Łódź University Press*; 2017.
- Velasco S. *Sexos, género y salud*. Madrid: Ediciones M; 2009.
- López-Benavente Y, Arnau-Sánchez J, Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuela MB, Serrano-Noguera A, Medina-Abellán MD. Dificultades y motivaciones para el ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Un estudio cualitativo. *Rev Latino-Am Enferm*. 2018;26:10.
- Perez A, Fleury J. Using a Cultural Framework to Assess Motivation for Physical Activity Among Older Hispanic Women. *Fam Community Health*. 2018;41(1):10-7.
- Valls-Llobet C. *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra; 2009.
- Maula A, LaFond N, Orton E, Illiffe 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*. 2019;19(1):349.
- Hwang J, Wang L, Siever J, Del Medico T, Jones CA. Loneliness and social isolation among older adults in a community exercise program: a qualitative study. *Aging Ment Health*. 2018;23(6):736-42.
- Sakraida TJ. Modelo de Promoción de la Salud. En: *Modelos y teorías en enfermería*. 8.ª ed. Elsevier Health Sciences Spain; 2014. p. 385-404.
- Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32:92-7.
- Mostacero E, Martínez ML. Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable. Revisión narrativa. *Gerokomos*. 2019;30(4): 181-9.
- Pederson A, Greaves L, Poole N. Gender-transformative health promotion for women: A framework for action. *Health Promot Int*. 2014;30(1):140-50.
- Schraiber L, Oliveira AD. La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. *Salud Colect*. 2014;10(3):301-12.
- Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar AM. *Investigación cualitativa*. Elsevier España; 2014.
- Hesse-Biber SJN, editor. *Feminist research practice: A primer*. SAGE Publications; 2013.
- Barbour R. *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata; 2013.
- Gibbs G. *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata; 2012.
- Moss L, Moss M, McInnes L. Why Won't They Exercise More? Development of a Tool to Assess Motivators and Barriers to Exercise in Older Adults. *Int J Psychol Stud*. 2018;10(1):1.
- McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. 2016;17:567-80.
- 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*. 2017;38:6-17.
- Amireault S, Baier JM, Spencer JR. Physical Activity Preferences Among Older Adults: A Systematic Review. *J Aging Phys Act*. 2019; 27(1):128-39.
- Olanrewaju Ok, Kelly S, Cowan A, Brayne C, Lafortune L. Physical activity in community dwelling older people: A systematic review of reviews of interventions and context. *PLoS One*. 2016;11(12): e0168614.
- Bauman A, Merom D, Bull FC, Buchner DM, Fiatarone MA. Updating the Evidence for Physical Activity: Summative Reviews of the Epidemiological Evidence, Prevalence, and Interventions to Promote "Active Aging." *Gerontologist*. 2016;56(Suppl 2):S268-80.
- Bennett EV, 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*. 2017;33:113-22.
- Boulton E, Horne M, Todd C. Multiple influences on participating in physical activity in older age: Developing a social ecological approach. *Heal Expect*. 2018;21(1):239-48.
- Fougner M, Berglund A, Lund A, Debesay J. Aging and Exercise: Perceptions of the Active Lived-Body. *Physiother Theory Pract*. 2019; 35(7):651-62.
- 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*. 2017;21:71-80.
- Arnautovska U, O'Callaghan F, Hamilton K. Behaviour change techniques to facilitate physical activity in older adults: What and how. *Ageing Soc*. 2018;38(12):2590-616.
- Room J, Hannink E, Dawes H, Barker K. What interventions are used to improve exercise adherence in older people and what behavioural techniques are they based on? A systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(12):e019221.
- Manandhar M, Hawkes S, Buse K, Nosrati E, Magar V. Gender, health and the 2030 Agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ*. 2018;96(9):644-53.