



Universitat
de les Illes Balears

Título: *Beneficios, facilitadores y barreras percibidas para la realización de Ejercicio Físico en mujeres mayores de 65 años*

AUTOR: *M^a José Sastre Perea*

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Investigación en Salud y Calidad de Vida

(Especialidad/Itinerario Estilos de Vida y Salud Pública)

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2015-2016

Fecha: 14 de septiembre de 2016

Nombre Tutor del Trabajo Concha Zaforteza Lallemand

Nombre Cotutor (si es necesario) Andreu Bover Bover

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Reflexividad y posicionalidad.....	4
1.2. Contextualización y justificación.....	7
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA	10
2.1. Ejercicio físico.....	11
2.2. Beneficios del ejercicio físico.....	12
2.3. Ejercicio físico en la población.....	14
2.4. Barreras para realizar ejercicio físico.....	16
2.5. Facilitadores o motivadores para realizar ejercicio físico.....	20
2.6. Beneficios percibidos.....	23
3. MARCO TEÓRICO	26
3.1. Paradigma crítico social.....	27
3.2. Teoría Postfeminista.....	28
3.2.1. Género.....	30
3.2.2. Generación.....	33
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	37
5. METODOLOGÍA	37
6. PARTICIPANTES Y MUESTREO	38
7. ESTRATEGIAS PARA LA RECOGIDA Y GENERACIÓN DE DATOS	41
8. ANÁLISIS DE DATOS	42
9. RIGOR DEL ESTUDIO	44
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	45
11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	46
12. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	48
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

Resumen

El envejecimiento de la población constituye el fenómeno demográfico más importante de las últimas décadas. Un rasgo que caracteriza el envejecimiento en las sociedades desarrolladas es el proceso de feminización. El envejecimiento tiene varias consecuencias para la salud, la prevalencia de enfermedades crónicas por grupos de edad aumenta de manera considerable a partir de los 65 años.

Las recomendaciones para esta situación son los programas de ejercicio físico basados en modelo de envejecimiento activo. Sin embargo, aunque los beneficios del ejercicio físico están ampliamente demostrados, la tasa de participación sigue siendo baja. Los estudios también demuestran una menor práctica de las mujeres en comparación a los hombres, y a medida que envejecen, su participación disminuye.

La investigación se enmarca bajo el paradigma crítico social y desde la perspectiva postfeminista, y explora como los discursos sociales dominantes de género y generación modulan la forma de entender y realizar ejercicio físico. El método utilizado es de tipo cualitativo. La pregunta de investigación es ¿cómo perciben la realización de ejercicio físico las mujeres mayores de 65 años de Palma de Mallorca? Los objetivos son: 1) Conocer como definen el ejercicio físico las mujeres mayores de 65 años, 2) Explorar el valor que tiene el ejercicio físico en su vida diaria, 3) Identificar las barreras para la realización de ejercicio físico, 4) Identificar los motivadores o facilitadores para la realización de ejercicio físico en la población de estudio.

Los resultados del estudio pueden ayudar a diseñar estrategias en contextos similares para facilitar la práctica del ejercicio físico en mujeres mayores, disminuir las barreras que dificultan la realización de ejercicio físico y realizar intervenciones dirigidas a la integración de actividades que se realicen en la comunidad.

Palabras clave

Ejercicio físico, motivación, barreras, mujeres, ancianos, facilitadores, beneficios para la salud y percepción.

Abstract

The aging population is the most important demographic phenomenon in recent decades. A characteristic of aging in developed societies is the process of feminization. Aging has several health consequences, the prevalence of chronic diseases by age group increases substantially from age 65.

The recommendations for this situation are exercise programs based on active aging model. However, although the benefits of physical exercise have been amply demonstrated, the participation rate remains low. Studies also show a lower practice in women compared to men, and as they age, their participation decreases.

The research is framed under the critical social paradigm and from post-feminist perspective and explores how these dominant social discourses, of gender and generation, modulate the understanding and physical exercise. The method used in this study is qualitative. The research question is ¿How to perceive the achievement of physical exercise of women older than 65 years of Palma de Mallorca? The specific objectives of the study are: 1) To know as the women older than 65 years define the physical exercise, 2) To explore the value that has the physical exercise for the women older than 65 years in its daily life, 3) To identify the barriers for the achievement of physical exercise 4) To identify the facilitators or motivators for the achievement of physical exercise of the population of study.

The results of the study can help us to design strategies in similar contexts to facilitate the practice of the physical exercise in women older than 65 years, reduce barriers to physical exercise and interventions aimed at integration activities undertaken in community.

Key words

Physical activity, motivation, barriers, women, aged, facilitators, health benefits and perception.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Reflexividad y posicionalidad

La reflexividad es el proceso de considerar y hacer explícitos los valores, asunciones y experiencias del investigador que influyen en la toma de decisiones que guían la investigación. En la investigación cualitativa, el investigador es el principal instrumento de recolecta y análisis de datos, siendo fundamental narrar las principales formas de pensar y hacer la investigación de tal forma que los usuarios de los resultados del estudio puedan criticarlo y posiblemente trasladarlo a otros contextos. La reflexividad de los sujetos y la interacción entre los participantes del proceso de investigación crean una operación reflexiva que afecta ambas partes (Jiménez, 2007).

Las motivaciones que me han llevado a desarrollar a este estudio parten de una reflexión sobre una experiencia ocurrida a nivel profesional. De ella han surgido toda una serie de cuestiones que han contribuido al planteamiento y diseño de este trabajo.

Las enfermeras de Atención Primaria realizamos recomendaciones sobre hábitos saludables y ejercicio físico a todos los pacientes sin preguntarles sobre sus necesidades, sobre qué ejercicios les gustaría hacer, con qué recursos cuenta en su comunidad, etc.

En el centro de salud dónde yo trabajo, se detectó desde hace tiempo, que existía un importante grupo de personas mayores con hábitos sedentarios, al proponer a nivel individual la conveniencia de realizar ejercicio físico, una de sus más importantes limitaciones era la falta de red social, amigos etc. con los que realizar ejercicio físico y un grupo de profesionales del centro nos planteamos que adherirnos a un proyecto ya existente que podría tener un doble beneficio, incrementar el ejercicio físico en personas sedentarias y por otro lado y no menos importante, fomentar el contacto social en personas en riesgo importante de soledad.

Un colectivo que me preocupaba especialmente son las mujeres que ha dedican o han dedicado la mayor parte de su vida al cuidado de su familia, Las mujeres asumen principalmente el cuidado de menores, de personas con limitaciones o discapacidad y las tareas del hogar, un trabajo que no está reconocido socialmente y no da derecho al ocio. La mayoría de ellas comentan que sus parejas realizan diversas actividades como salir a pasera, jugar a petanca, futbol, etc., mientras que ellas se dedican al cuidado del hogar.

Está claro que existen desigualdades, especialmente en aquellas mujeres con grandes responsabilidades familiares y que como consecuencia de su vida familiar no pueden incorporar el ejercicio físico a sus estilos de vida. Las responsabilidades familiares son una de las principales barreras al ejercicio físico para las mujeres que querrían practicar pero no pueden hacerlo por falta de tiempo. Además cuando los hijos se independizan o fallece su pareja, se encuentran con un círculo muy reducido de amistades en un barrio donde cada vez se pierde más el contacto vecinal.

Se nos explicó que para iniciar el proyecto, este no debía nacer del interés unilateral de los profesionales de la salud, si no que debíamos ponernos en contacto con las asociaciones tanto de vecinos como de personas mayores y personas clave en nuestra zona básica de salud y que fuera junto con ellos que planteáramos diseñar la ruta y además decidir qué grado de implicación tendrían todas las partes.

Se convocó una reunión donde esperábamos la participación de la mayoría de las asociaciones convocadas, aunque no conseguimos hablar con casi ninguna de ellas, solo con dos que nos confirmaron su asistencia. Tengo claro que ha habido una serie de errores que han acompañado el intento de iniciar el proyecto.

Hay muchos factores que intervienen en la realización de ejercicio físico y que deberían ser tenidos en cuenta, entre ellos:

- ✓ Los determinantes sociales que afectan a la realización de ejercicio físico, en este caso el género y la generación a la que pertenecen.
- ✓ Necesidad de conocer lo que opina la población, puede que para nada sea de su interés y que tengan otras necesidades que les motiven más que las que los profesionales les proponemos.

Posicionalidad de la investigadora

La investigadora principal es alumna de la asignatura de Investigación cualitativa del Máster de Investigación y Calidad de Vida. Es enfermera de Atención Primaria y conoce y trabaja con la población de estudio.

En cuanto a la posición social de la investigadora principal: es una mujer de 44 años, diplomada en enfermería y de renta media.

La posición social media de las participantes en el estudio son: mujeres mayores de 65 años, de renta baja o muy baja, con un nivel de estudios no reconocido y un gran porcentaje de analfabetismo. Muchas de estas mujeres son cuidadoras de nietos y/o personas mayores.

Cuestiones éticas y metodológicas consideradas derivadas de la posicionalidad: diferentes posiciones sociales, diferente generación de la investigadora principal y las participantes en el estudio.

1.2. Contextualización y Justificación

En la actualidad, se está produciendo un envejecimiento demográfico de la población tanto en España como en el ámbito internacional. Este hecho se aprecia especialmente en los países desarrollados. Entre 2000 y 2050, la población mundial mayor de 60 años se triplicará y pasará de 600 millones a 2000 millones (OMS, 2011). Según el Instituto Nacional de estadística (INE, 2012a), las personas mayores superan los 8,4 millones. El índice de envejecimiento en España es del 17% y alcanzará en 2049 el 37% (INE, 2012b). En las Illes Balears, en 2012, las cifras oficiales de población residente de 65 o más años era del 14% (ibestat 2012).

Dos factores clave influyen en el envejecimiento de la población. El primero es el aumento de la esperanza de vida, debido a la mejora de las condiciones de vida, el incremento de la investigación científica y los avances en la medicina (L. García, 2013), en promedio, las personas de todo el mundo ahora viven más tiempo. La segunda razón del envejecimiento de la población es la caída de las tasas de fecundidad (OMS, 2016).

Un rasgo que caracteriza el envejecimiento en las sociedades desarrolladas es el proceso de feminización, las mujeres viven más tiempo que los hombres, esto se refleja en la proporción mayor de mujeres que de hombres en los grupos de edad avanzada (OMS, 2002). Más del 57% de las personas mayores son mujeres. Las mujeres viven más años que los hombres, la esperanza de vida de las nacidas en 2012 es de 85 años, frente a los 79,3 años de los varones (IMSERSO, 2014).

Aunque las mujeres cuentan con la ventaja de vivir más años, tienen más posibilidades de sufrir desigualdades, que implica que sean más proclives a sufrir discapacidad en la vejez. Muchas de ellas tienen ingresos muy escasos o carecen de ellos, debido a tantos años dedicados a los papeles de cuidadoras sin remuneración. El cuidado de la familia se consigue, a menudo, en detrimento de la seguridad económica y la buena salud de la cuidadora en la ancianidad (OMS, 2002).

Las variables sociodemográficas son las más consistentes, los hombres, frente a las mujeres, las personas con más renta y las de más alta educación son las que parecen envejecer mejor, lo cual expresa también la importancia de las desigualdades socioeconómicas en las formas de envejecer y en la supervivencia y longevidad (R. F.-B. García et al., 2010).

El envejecimiento tiene varias consecuencias para la salud, como son el deterioro de los sistemas y funciones, menor adaptabilidad, mayor riesgo de enfermar, pérdida de autonomía, tendencia al aislamiento, etc. El envejecimiento poblacional se inserta como uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedades crónicas. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la causa del 60% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el 75% del gasto sanitario público. Se calcula que antes del 2020, las enfermedades crónicas supondrán el 60% de la carga global de la enfermedad y serán la primera causa de discapacidad y responsables del 73% de las muertes en todo el mundo (OMS, 2010b), de ahí la importancia de conocer, prevenir o retrasar estas enfermedades.

El envejecimiento se traduce en una disminución de la capacidad funcional del individuo que, si bien no implica intrínsecamente enfermedad, implica una mayor vulnerabilidad a los cambios y a entornos desfavorables. A medida que las personas se van haciendo mayores, el peso de los procesos agudos sobre la morbilidad y la mortalidad va disminuyendo, de manera que los procesos crónicos son cada vez más frecuentes (MSSSI, 2012). La prevalencia de enfermedades crónicas por grupos de edad aumenta, en todos los casos, de manera considerable a partir de los 65 años, siendo este incremento más acusado en la diabetes y en las patologías osteoarticulares. Asimismo, en la mayoría de las patologías se observa un aumento de la prevalencia a partir de los 85 años de edad, especialmente en el caso de las demencias neurodegenerativas (Osakidetza, 2011).

En el ámbito de la protección social, las consecuencias de la transición demográfica han sido el empeoramiento de la tasa de dependencia y un incremento del gasto sanitario atribuible al incremento de la población con más edad y peor salud. El ratio de dependencia ha ido aumentando progresivamente en los últimos años y se estima que

seguirá haciéndolo, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares de apoyo disponibles (MSSSI, 2012).

Respecto de las recomendaciones para esta situación, la OMS, en el año 2002, publica el documento “Envejecimiento activo: un marco político”, donde identifica la práctica de la actividad física como predictor de calidad de vida, y define el envejecimiento activo como: *“el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados”* (OMS, 2002).

Los programas de ejercicio físico basados en el modelo de envejecimiento activo proporcionan cambios en la aptitud física especialmente en la fuerza de resistencia, la resistencia aeróbica, la agilidad motora, la flexibilidad y la composición corporal (Correa-Bautista et al, 2012). Gozar de buena salud es fundamental para que las personas mayores mantengan su independencia y puedan tener un lugar en la vida familiar y en su comunidad. Cuidar la salud a lo largo de la vida puede evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas y no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer (OMS, 2011).

Aunque la evidencia sobre los beneficios que tiene el ejercicio físico para la salud ha estado disponible desde la década de 1950 existe una alta prevalencia de inactividad física. Los datos disponibles sugieren que el 31% de la población mundial no está cumpliendo con las recomendaciones mínimas. La inactividad aumenta con la edad y es mayor en las mujeres que en los hombres (Kohl et al., 2012).

Promover la práctica del ejercicio físico es fundamental para prevenir las complicaciones y lograr la independencia en sus actividades principalmente de autocuidado, que el anciano sea funcional. La meta es llegar a la vejez de la manera más saludable posible, retardando el tiempo de aparición de la discapacidad y con un enfoque en la calidad y la dignidad más que en la cantidad de años.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

La estrategia de búsqueda bibliográfica se ha realizado en inglés y español. Para la traducción de las palabras clave a lenguaje documental he utilizado el Medical Subject Headings (MeSH) para los términos en inglés. Para los términos en español he utilizado la base de datos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). También he consultado la literatura científica.

Principales descriptores o palabras clave: ejercicio físico, motivación, barreras, mujeres, ancianos, género, facilitadores, beneficios para la salud y percepción.

Key words: physical activity, motivation, barriers, women, aged, gender, facilitators, health benefits, and perception.

Para la búsqueda bibliográfica se ha utilizado el metabuscador EBSCOhost (CINAHL, MEDLINE) y las bases de datos PubMed, SciELO, Cochrane Library Plus y LILACS, dado que proporcionan el acceso a una extensa literatura científica sobre ciencias sociales y ciencias de la salud. En todas ellas se estableció, por una parte, el límite de búsqueda bibliográfica en idiomas inglés, castellano y portugués, y por otra parte, el límite de búsqueda bibliográfica en publicación entre los años 2006-2016, para optimizar la búsqueda bibliográfica primaria y proceder a la selección de los resultados.

Además, se revisaron las referencias bibliográficas de los documentos obtenidos para identificar otros posibles estudios susceptibles de ser incluidos, de modo que se realizó una revisión dirigida. En este caso, también a partir de la lectura crítica se seleccionaron nuevos artículos científicos que se incluyeron en la revisión de la literatura.

Para conocer los niveles de actividad física de la población de estudio he realizado un análisis de datos secundarios consultado las bases de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Instituto de Estadística de les Illes Balears, así como el informe sobre actividad física realizado por la Organización Mundial de la Salud en 2009.

2.1. Ejercicio físico

Actividad física y ejercicio no son términos intercambiables, aunque con cierta frecuencia se usen de manera indistinta. Según la Organización Mundial de la Salud, el ejercicio físico es aquella actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas y de actividades recreativas (OMS, 2010a).

A su vez, la inactividad física se define como el no cumplimiento de las recomendaciones mínimas internacionales de actividad física para la salud de la población (≥ 150 min de actividad física de intensidad moderada o vigorosa por semana)(Cristi-Montero et al., 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (2010), se entiende por actividad física moderada la que requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco. En cambio, una actividad física intensa requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardiaca. Aunque debemos tener en cuenta que la intensidad del ejercicio físico varía de una persona a otra, depende de lo ejercitado que esté cada uno y de su forma física.

Las recomendaciones generales de ejercicio físico para la salud en adultos mayores (Crespo-Salgado et al., 2015) son: realizar 150 minutos semanales de ejercicio físico moderado o 75 minutos de ejercicio físico intenso, así como, realizar actividades de fortalecimiento muscular dos o más días a la semana, ejercicios de equilibrio y flexibilidad tres días o más a la semana.

2.2. Beneficios del ejercicio físico.

El ejercicio físico aporta numerosos beneficios a la salud, tanto a lo que se refiere a las enfermedades respiratorias, metabólicas, etc. como para reducir alteraciones en el estado anímico (Boraita Pérez, 2008; Morales Salinas & Coca, 2010; Sabti et al., 2010; Subirats Bayego, Subirats Vila, & Soteras Martínez, 2012). El ejercicio físico realizado con una frecuencia, intensidad y duración adecuada se asocia con una disminución de la mortalidad global y un aumento de la esperanza de vida entre 2 y 3 años (Myers et al., 2002). La asociación es más fuerte en las mujeres y se producen beneficios incluso para niveles inferiores a los recomendados de ejercicio físico (Brown et al., 2012). Realizar ejercicio físico 15 minutos al día o 90 minutos a la semana produce una reducción de las tasas de mortalidad, así como un aumento de 3 años en la vida útil de las personas (Wen et al., 2011).

Un estudio realizado por profesionales de atención primaria “Efecto en el riesgo cardiovascular de una intervención para la promoción del ejercicio físico en sujetos sedentarios por el médico de familia”(García-Ortiz et al., 2010) demostró que a los 12 meses tras la intervención se produce un descenso significativo de las presión arterial sistólica y diastólica en los dos grupos respecto a la evaluación basal. Hubo incremento del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad y descenso del índice aterogénico respecto al basal y el riesgo cardiovascular disminuyó en el grupo control.

Los programas de ejercicio físico también son capaces de inducir modificaciones significativas en la glicemia en ayunas y los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) (Farias et al., 2015). Además, también puede afectar positivamente al mantenimiento del peso corporal así como disminuir el sobrepeso y la obesidad, mantener o incrementar la fuerza muscular y mejorar la movilidad (OMS, 2010a; Sauquillo, 2007). También se ha demostrado que puede contribuir a la prevención de enfermedades óseas como la osteoporosis o la osteoartritis. El ejercicio físico aumenta la densidad ósea y reduce el riesgo de fractura por osteoporosis, siendo evidente en las fracturas de cadera y en menor grado en las vertebrales. Aunque hay una relación entre la dosis y el beneficio, incluso el ejercicio físico moderado reduce la prevalencia de

osteoporosis. También mejora la fuerza y el equilibrio y reduce el riesgo de caídas y fracturas de cadera en los mayores de 65 años (Clemson et al., 2010; Iliffe et al., 2014; Marques, Mota, & Carvalho, 2012).

El ejercicio físico regular puede resultar beneficioso para personas con enfermedades respiratorias, algunos tipos de cáncer o diversos problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad o la demencia (Cooney et al., 2013; Sabti et al., 2010; WHO, 2010). Tanto el entrenamiento de resistencia, como sobretodo el combinado de fuerza y resistencia, producen beneficios en la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores sanos (Sillanpää et al., 2012).

Un mayor índice de ejercicio físico se relaciona con menor deterioro de las funciones cognitivas en adultos mayores sanos y con deterioro cognitivo ya manifiesto (Franco-Martín et al., 2013; Iliffe et al., 2010; Nouchi et al., 2012). Un alto nivel de ejercicio físico revierte las pérdidas de memoria asociadas al envejecimiento debido a factores como una mejorada perfusión de las áreas cerebrales y la más óptima creación de células nerviosas (Erickson et al., 2011).

En relación con la mejora de las relaciones sociales, está demostrado que la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y obstaculiza la aparición de cambios biopsicosociales significativos en esta etapa (Duran et al., 2008). El ejercicio físico en grupo mejora la sociabilidad de los integrantes de éste, tanto durante el ejercicio como fuera de él, creando vínculos de amistad que refuerzan el hábito de ejercicio físico (Chang, Wray, & Lin, 2014). De este modo, la interacción social se convierte en un factor de protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante. Además, genera el involucramiento en grupos sociales, permitiendo que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo, y contribuyendo así a mejorar su calidad de vida. De hecho, en el tercer período de la vida, el ejercicio físico juega un papel importante en el rol de socialización (Prevc & Topič, 2009).

En general el ejercicio físico tiene beneficios para la población adulta, en un estudio realizado en Madrid en el que participaron 300 mujeres mayores de 60 años, las mujeres vinculadas al programa de recreación al adulto mayor, mejoraron significativamente aptitudes físicas como la fuerza en miembros inferiores y la capacidad aeróbica, disminuyendo de manera considerable los efectos propios de la edad. Es importante seguir trabajando con la población de manera que el ejercicio físico se convierta en un hábito para lograr mantener la condición física y mejorar aptitudes como la flexibilidad y por ende la calidad de vida (Bautista et al., 2011).

En las personas mayores se recomienda la realización de actividad física regular para reducir la incidencia de enfermedad cardiovascular, caídas y fracturas por osteoporosis. En presencia de enfermedades crónicas, alguna actividad física es mejor que ninguna y la participación en cualquier actividad física implica beneficios para la salud (Herrerros et al., 2012).

2.3. Ejercicio físico en la población

El estilo de vida sedentario, aunque relativamente moderno, tiene una importancia de tal magnitud en la salud que la Organización Mundial de la Salud estima que es la cuarta causa de mortalidad en el mundo, e influye de una manera importante en la carga mundial de morbilidad. Aproximadamente 3,2 millones de personas mueren cada año por tener un nivel insuficiente de actividad física. La inactividad física está aumentando en muchos países, lo que incrementa la carga de enfermedades no transmisibles, y afecta a la salud general en todo el mundo. Las personas con un nivel insuficiente de actividad física tienen entre el 20% y el 30% más de riesgo de muerte que las personas que realizan al menos 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de días de la semana (I.-M. Lee et al., 2012; WHO, 2009).

Los niveles de inactividad física han aumentado en todo el mundo. Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. A nivel mundial, aproximadamente el 31% de los adultos de 15 años y más no se mantienen suficientemente activos (un 28% de los hombres y un 34% de mujeres).

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (2009) también mostraron que la inactividad física es globalmente más frecuente entre las niñas y las mujeres que sus homólogos masculinos. Según la Organización Mundial de la Salud, hay muchos factores que dificultan la participación de las mujeres en la actividad física, incluidos ingresos más bajos, mayor carga de trabajo en el hogar, el cuidado de familiares y las restricciones culturales (WHO, 2009).

En los países de ingresos altos, el 41% de los hombres y el 48% de las mujeres no tenían un nivel suficiente de actividad física, en comparación con el 18% de los hombres y el 21% de las mujeres en los países de ingresos bajos (WHO, 2009).

La situación es aún más crítica con aumento de la edad ya que alrededor del 45% de las personas mayores de 60 no cumplen con el nivel recomendado de actividad física (Hallal et al., 2012). Aunque el ejercicio físico es un componente establecido en el tratamiento de muchas enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, los niveles tienden a disminuir progresivamente con la edad (Schutzer & Graves, 2004). La proporción de aquellos que no cumplen las directrices recomendadas aumenta a un 75% para los mayores de 75 años (Australian Institute of Health and Welfare, 2014). La prevalencia del sedentarismo en Europa es muy alta, y España es uno de los 4 países más sedentarios de Europa, alcanzándose cifras superiores al 60% de la población adulta (WHO, 2009).

Actualmente, según la Encuesta Nacional de Salud España 2011-2012 (Ministerio de Sanidad, 2014), cuatro de cada diez personas se declaran sedentarias en su tiempo libre. El 44,4% de la población de 15 y más años afirma que no hace ejercicio, 38,8% de los hombres y 49,8% de las mujeres. La inactividad física aumenta con la edad, con patrones diferentes para hombres y para mujeres. El 21,4% de los hombres entre 15 y 24 años se declara sedentario, y este estilo de vida poco saludable se va extendiendo con la edad, llegando al 46,3% en la población masculina de 45 a 54 años. Entre los 65 y los 74 años los hombres retoman algo la actividad, para abandonarla de nuevo progresivamente a partir de los 75. En mujeres, el nivel de sedentarismo se mantiene elevado y relativamente estable (entre 43% y 50% de las mujeres se declara sedentaria en los distintos grupos de edad) hasta los 75 años, edad en la que se observa un marcado

incremento. En el caso de niños y niñas también existen claras diferencias de género. Las niñas de 5-14 años que no realizan actividad física alguna en su tiempo libre son más que los niños (16,3% vs. 8,2%), y esta diferencia se acentúa con la edad y en las clases sociales más desfavorecidas.

Según la Encuesta de Salud de les Illes Balears del 2007, durante el tiempo libre solo el 57.2% de la población (58,8% de los hombres y 55,6% de las mujeres), realiza algún tipo de actividad física, además, las personas de clase social baja hacen más esfuerzos durante su jornada laboral pero menos en su tiempo libre. El 54.4% de la población adulta manifiesta que no realiza todo el ejercicio físico que desearía, principalmente por falta de tiempo (49.1%), superior en las mujeres (51,1%) que entre los hombres (46,8%) seguido de la falta de voluntad, lo que pone de manifiesto que mucha gente querría ser más activa, pero sus recursos económicos u otras barreras familiares o laborales se lo impiden. Dichos motivos variaban con la edad, así, un 36,5% de los jóvenes de 16-24 años manifestaban no tener fuerza de voluntad para realizar ejercicio físico, mientras que la falta de tiempo era el motivo más frecuente entre las personas de entre 25 y 44 años. En el caso de niños y niñas de edades comprendidas entre 5 y 15 años, el 11,3% no realizaba ningún tipo de actividad física en su tiempo libre, el 33,7% la realizaba de manera ocasional, el 29,6% regularmente y el 25,4% hacia algún deporte o actividad física varias veces a la semana. En esta franja de edad había también claras diferencias de género, ya que los niños practicaban más actividad física que las niñas. El porcentaje de niñas que no practicaban habitualmente ningún tipo de actividad era más del doble que el de los niños (Cabeza, E., Artigues, G., Pujol, A., Tortella, G., & Yañez, 2009).

2.4. Barreras para realizar ejercicio físico

En la población adulta en general, las barreras más comunes para realizar ejercicio físico suelen ser la falta de tiempo, carencia de instalaciones, pérdida de interés, la salud y, aunque en menor medida, no tener compañeros o dinero, el cuidado de los hijos o experiencias negativas en el pasado (Bauman et al., 2012; Justine, Azizan, Hassan, Salleh, & Manaf, 2013; Picorelli et al., 2014; Rodríguez-Romo, Boned-Pascual, & Garrido-Muñoz, 2009).

Las limitaciones físicas debido a las condiciones de salud es una barrera muy importante entre los adultos (Baert et al., 2015; Gellert et al., 2015). Una de las barreras más común en más de la mitad de las personas mayores que no se adhieren a un programa de ejercicio físico es el dolor (Picorelli et al., 2014). Otras barreras son la ausencia de conocimientos sobre el ejercicio físico recomendable, falta de apoyo familiar, no tener ropa deportiva adecuada, falta de orientación profesional, poca información sobre programas de ejercicio físico disponibles y la falta de conocimiento sobre los beneficios (Andrade Osorio, Padilla Raygoza, & Ruiz Paloalto, 2013; Bethancourt, Rosenberg, Beatty, & Arterburn, 2014).

El miedo a las caídas también es una barrera en las personas de edad avanzada, en algunos estudios sobre ejercicio físico en mayores, los participantes temían sufrir una caída y producirse una lesión grave. Algunos comentaron que el ejercicio físico aumentaría el riesgo de lesión debido a su estado frágil (Bauman et al., 2012; Boehm et al., 2013; Justine et al., 2013; L.-L. Lee et al., 2008).

Otra barrera importante es la falta de tiempo, las personas mayores siguen altamente comprometidas con obligaciones de atención y cuidado de familiares (nietos, padres u otros familiares de edad más elevada y dependientes física y/o socialmente) (Martínez del Castillo et al., 2007).

En la revisión también encontramos resultados que indican que las personas de edad avanzada no dan demasiada importancia al ejercicio físico, incluso sugieren que puede ser una pérdida de tiempo o no lo consideran una prioridad (Andrade Osorio et al., 2013; Justine et al., 2013). La percepción de la importancia del ejercicio físico podría atribuirse a factores externos e internos. Las barreras externas se refieren a factores más allá del control de un individuo, mientras que las barreras internas son factores determinados por decisión personal de un individuo (Justine, Azizan, Hassan, Salleh, & Manaf, 2013). En una revisión sistemática de estudios cualitativos, publicada este año, sobre la perspectiva de las personas mayores sobre el ejercicio físico, encontraron 32 estudios en los que los participantes creían que el ejercicio físico era innecesario para los mayores e incluso podía ser perjudicial, algunos consideraron que la salud

inevitablemente se deteriora con el paso del tiempo y que el ejercicio físico no puede frenar este proceso natural (Franco et al., 2015).

Las barreras ambientales también son importantes y se asocian a la inactividad física, barreras tales como la falta de instalaciones cercanas, transporte inadecuado, el clima, la seguridad del vecindario, falta de iluminación o de bancos para descansar (Bjornsdottir, Arnadottir, & Halldorsdottir, 2012; Tucker-Seeley, Subramanian, Li, & Sorensen, 2009). En zonas rurales la falta de opciones de transporte se identifica como una barrera importante (Andrade Osorio et al., 2013; Cerin, Leslie, Sugiyama, & Owen, 2010; Franco et al., 2015).

Los costes asociados a los programas de ejercicio físico también son un obstáculo importante para la participación en programas de ejercicio físico (Franco et al., 2015; Tucker-Seeley et al., 2009)

Las mujeres refieren aspectos relacionados con la falta de apoyo social. En particular de sus familiares y desaprobación de su pareja (Bjornsdottir, Arnadottir, & Halldorsdottir, 2012; Rodríguez-Romo et al., 2009). En un estudio sobre adherencia al ejercicio físico, encontramos que las barreras en mujeres de edad avanzada para adherirse a un programa de ejercicio físico son los problemas familiares, falta de motivación, y el dolor (Picorelli et al., 2014).

En una revisión de estudios cualitativos y cuantitativos sobre barreras para realizar ejercicio físico en mujeres encontraron que las razones más importantes para no practicar ejercicio físico de manera regular son la falta de apoyo social, la falta de tiempo y la fatiga. La fatiga era homogénea en toda la población de estudio y estaba asociada a los esfuerzos de los participantes para equilibrar el trabajo y las responsabilidades del hogar (Joseph, Ainsworth, Keller, & Dodgson, 2015). Las mujeres comentan con frecuencia que su papel como cuidadora principal del hogar y la responsabilidad de las diversas tareas del hogar limitaba su tiempo para participar en programas de ejercicio físico (Im, Chee, Lim, Liu, & Kim, 2008; Joseph et al., 2015). Además, algunas mujeres perciben que tener tiempo libre para realizar ejercicio físico

es un comportamiento "egoísta", ya que limita el tiempo que dedican a sus familias (Joseph et al., 2015).

En otro estudio realizado en Madrid, las barreras percibidas por las mujeres para poder realizar ejercicio físico y en concreto la actividad que les gustaría practicar, son: la falta de tiempo (para el 85%), seguido del empleo actual (el 79%), las tareas del hogar (74%), el cuidado de hijos y/o familiares mayores (52,5%) (J. M. del Castillo et al., 2007). En este mismo estudio se detalla, que en el caso del trabajo femenino que es el trabajo doméstico y no estaba remunerado deslegitimaba a la mujer para disponer de los recursos y disponer de un tiempo de ocio. *"... así, si nos referimos al ama de casa el problema no es tanto la cantidad de tiempo libre sino las características de ese tiempo libre, ya que éste no es autónomo sino dependiente de las necesidades familiares y, por tanto, discontinuo lo que lleva a una baja percepción del tiempo disponible. Si nos referimos a las mujeres que trabajan fuera de casa, la cantidad de tiempo libre es obviamente menor, al sumarse a su horario laboral las tareas domésticas, lo que se viene llamando la doble jornada."* El resto de barreras declaradas por parte de estas mujeres están directamente relacionadas con las características y situaciones personales de edad, salud o competencias motrices. Esas barreras son no sentirse hábiles en la actividad deseada, mal estado de salud, impedimento físico, temor a hacerse daño y sentirse mayores para la actividad deseada.

Las barreras personales percibidos parecen ser más importantes para las mujeres que para los hombres y podría reflejar que las mujeres dedican más tiempo a sus múltiples responsabilidades como trabajadores, amas de casa, madres y cuidadoras (Vaughn, 2009b). Las mujeres priorizaran el cuidado de la familia al ejercicio físico (Lin et al., 2016; Pan et al., 2009).

La falta de modelos sociales de conducta físicamente activos también es una barrera clave que ha surgido entre las participantes de estudios cualitativos (Allender, Cowburn, & Foster, 2006; Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, 2011; Joseph et al., 2015). Las participantes de estos estudios indicaron que la falta de un modelo femenino físicamente activo (celebridad, miembro de la comunidad o un familiar) influyó negativamente en su participación en actividades físicas.

Las barreras para realizar ejercicio físico varían según la edad, posición socioeconómica, situación laboral y familiar. En un estudio realizado en mujeres de mediana edad se encontró asociación entre ingresos mensuales y situación laboral con niveles de ejercicio físico, estos resultados podrían estar relacionados con la falta de acceso a programas de ejercicio (Lin et al., 2016). Las mujeres sin ingresos tienen menos probabilidades de lograr una mayor autonomía y desarrollo personal (Borodulin et al., 2016). Por otra parte, las mujeres con estudios secundarios tienen niveles más altos de participación en programas de ejercicio físico en comparación con las mujeres con menor nivel educativo (Lin et al., 2016).

Las barreras para el ejercicio físico se encuentran influidas por las variables de género, generacionales y culturales que finalmente inciden en el significado que cada persona le otorga al ejercicio físico (Alegría et al., 2013).

En esta revisión sobre las barreras para realizar ejercicio físico encontramos que las mujeres, en comparación con los hombres, suelen exponer un mayor número de razones para no practicar ejercicio físico, también hay diferencias en la barreras expuestas, para las mujeres las barreras personales, como el cuidado de familiares y las tareas del hogar, así como la falta de apoyo social parecen ser las más importantes.

2.5. Facilitadores o motivadores para realizar ejercicio físico

En cuanto a las motivaciones, para los más jóvenes (edad 18-30 años) las razones estéticas, el control de peso, la interacción social y la diversión son las principales razones para realizar ejercicio físico. Para los adultos de mediana edad (edad 30-60 años) un sentido de logro, desarrollo de habilidades, beneficios para la salud, la diversión y el apoyo social parecen ser motivadores (Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, 2011; O'Dougherty, Kurzer, & Schmitz, 2010; Vaughn, 2009b).

A medida que aumenta la edad, las razones físicas y estéticas van cediendo importancia en favor de otras, como descubrir cosas nuevas, reducir el estrés y evadirse de la rutina diaria. Igualmente, la salud y el sentirse mejor adquieren progresivamente una mayor

importancia hasta convertirse en las razones prioritarias de los adultos mayores (Rodríguez-Romo, Boned-Pascual, & Garrido-Muñoz, 2009). Los factores facilitadores en el adulto mayor son la motivación para mantener la salud física y mental, las experiencias previas, el acceso a instalaciones y opciones asequibles, recursos económicos y las redes de apoyo (Alegría et al., 2013; Bauman et al., 2012; Fox-Rushby et al., 2014).

Los motivadores más fuertes en el nivel intrapersonal son mantener la independencia, la reducción de riesgo de caídas, y la mejora del bienestar físico y psicológico (Baert et al., 2015). Además de mejorar la fuerza muscular, el equilibrio o la flexibilidad, la velocidad de la marcha y la calidad del sueño (Picorelli et al., 2014). El ejercicio físico puede mejorar la movilidad y retrasar el proceso de envejecimiento (Franco et al., 2015; Stephan, Boiché, & Scanff, 2010). Además, la percepción beneficios para la salud es aún más notable en las personas mayores (Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, 2011).

En su decisión de hacer ejercicios físicos, las personas de más edad también aducen razones de corte social, como el apoyo de familiares y amigos y la posibilidad de interactuar con otras personas, además de la recomendación de los profesionales sanitarios (Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, 2011; Franco et al., 2015; Jiménez-Beatty Navarro et al, 2007).

En cuanto a la posición social, un estudio desarrollado con una muestra representativa de la población española (Rodríguez-Romo et al., 2009) pone de manifiesto que entre las personas que señalan ocupar una posición social más desahogada, la evasión y el escapar de la rutina habitual, junto con el gusto por el deporte y la ejercitación física, adquieren más importancia como motivos de práctica que en el resto de grupos sociales. En cambio, entre las clases sociales más desfavorecidas, destaca en mayor medida la posibilidad de encontrarse con amigos.

En personas de edad avanzada que viven solas (a menudo aisladas socialmente) las interacciones sociales inherentes a la actividad de grupo puede ser eficaz para aumentar o mantener su participación en programas de ejercicio físico (Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, 2011; Jiménez-Beatty Navarro et al, 2007). La socialización, o la presencia

de otras personas de edad avanzada, puede ser un predictor de adherencia en el grupo de entrenamiento de la fuerza muscular. El intercambio de experiencias con personas con problemas y dificultades similares, el apoyo y otros componentes asociados a una actividad de grupo son todos muy importantes para el beneficio del ejercicio físico en grupo (Franco et al., 2015; Picorelli et al., 2014). Además, la presencia de otros participantes mejora la auto-eficacia y la seguridad (Hardy & Grogan, 2009).

Otras dimensiones del entorno social como la cohesión social, el capital social y el vecindario también están relacionadas con el ejercicio físico. Entornos físicos de apoyo percibidos también se asocian con un mayor nivel de ejercicio físico (Pan et al., 2009). La sociabilidad es un facilitador para realizar ejercicio físico y los resultados de algunos estudios indican que las mujeres parecen ser más dependientes que los hombres de una red social (Bjornsdottir, Arnadottir, Halldorsdottir, et al., 2012; Im et al., 2008; Moschny et al., 2011). Las costumbres sociales a largo plazo y los valores culturales podían afectar a los patrones actividad física en las comunidades y regiones. El valor social asociado al ejercicio físico puede variar ampliamente entre culturas y cambiar con el tiempo. El apoyo social tiene asociaciones consistentes con la actividad, y en los adultos, el apoyo familiar tiene una asociación positiva (Bauman et al., 2012). Las mujeres que realizan programas de ejercicio físico con sus parejas tienen una mayor tasa de adhesión que las que lo realizan sin sus parejas (Im et al., 2008).

En mujeres de edad avanzada, el contacto social, el aprendizaje de nuevas actividades y el aumento de la autoestima representan aspectos importantes para la adhesión a un programa de ejercicio físico (Gomes & Zazá, 2012; Stephan et al., 2010). Otros facilitadores para la participación de las mujeres en la actividad física son disminuir la sensación de estrés, la sensación de bienestar, el deseo de controlar las enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, perder peso, y haber experimentado un problema de salud (Vaughn, 2009a).

La influencia del entorno físico también es importante, en mujeres mayores, para la realización de ejercicio físico, disponer de instalaciones cercanas, transporte adecuado, la seguridad del vecindario, iluminación o la presencia de bancos para descansar son

facilitadores para el ejercicio físico (Bjornsdottir, Arnadottir, Halldorsdottir, et al., 2012; Im et al., 2008a; Im, Chee, Lim, Liu, & Kim, 2008b).

En cuanto a los facilitadores o motivadores, en la mujeres parecen más importantes los relacionados con el entorno social, la interacción social y el apoyo familiar, estos facilitadores están influidos por factores sociales, culturales, de género y generación que influyen en realización de ejercicio físico.

2.6. Beneficios percibidos

En los estudios revisados, los beneficios percibidos más citados por las personas mayores que han participado en un programa de ejercicio físico son: mejor manejo de enfermedades crónico-degenerativas y reducción de complicaciones; mejoría en el estado de ánimo; mayor confianza para hacer actividades nuevas, mantenerse activo y ocupado; sentirse útiles en una actividad; las relaciones interpersonales; mejoría en la capacidad física, mayor flexibilidad y equilibrio en sus movimientos. (Briones, M. R. M., & Hernández, 2010; Chastin, Fitzpatrick, Andrews, & DiCroce, 2014; Dye & Wilcox, 2006; Estevez, Javier, Pinto, Florencia 2014; Franco et al., 2015). Aumentar la resistencia, fuerza, equilibrio, coordinación y la forma física, afecta positivamente su funcionamiento físico y psicológico, y a su capacidad y confianza para la ejecución de otras actividades recreativas y de la vida diaria (Dionigi, 2007).

En el estudio de Jimenez-Beatty (2007) los beneficios percibidos por las personas mayores fueron: mejorar su salud, disminuir los efectos del envejecimiento, mejorar las relaciones sociales y disminuir las discapacidades asociadas con el envejecimiento. Uno de los beneficios más citados en este estudio es el alivio del dolor, que permite la realización de sus actividades diarias con mayor comodidad y una mejora de su calidad vida. Otros beneficios citados fueron: *“mejora la elasticidad de las articulaciones, aumenta la autoestima cuando se practica en grupo y contribuye a las relaciones psicosociales para el equilibrio emocional, reduce los dolores reumáticos y mejora mi circulación alivia, la fatiga en las piernas”* (Jiménez-Beatty Navarro et al., 2007).

Los beneficios más citados por las mujeres son: el desarrollo de habilidades sociales y capacidad de expresión, pérdida de peso, aumento de la fuerza muscular, más flexibilidad y resistencia, reducción de la presión arterial y superar los signos y síntomas de la menopausia (Briones, M. R. M., & Hernández, 2010; Chastin et al., 2014; Dye & Wilcox, 2006; Oviedo Caro & Bueno Antequera, 2015).

En el estudio realizado por Ramírez (2008) en mujeres mayores de 50 años, las participantes en el programa de ejercicio físico destacaron como beneficios percibidos, disminución del dolor, incremento del rol físico, emocional y mejor salud en general (Ramírez Vélez et al., 2008).

En el estudio de Gomes (2012) para conocer las principales razones de un grupo de mujeres de edad avanzada para realizar ejercicio físico, las frecuencias más altas asociadas con la adherencia de las personas mayores eran "mejorar o mantener la salud" (92,5%), "aumentar el contacto social" (85%), "prevenir enfermedades" (85%), "aprender nuevas actividades" (82,5%) y "aumentar la autoestima" (82,5%). Las frecuencias más bajas asociadas con la adhesión eran "perder peso" (37,5%), "mejorar la calidad del sueño" (20%) y "reducir el nivel de estrés" (17,5%). Los resultados de este estudio sugieren que los motivos relacionados con la salud representan un factor esencial para la adhesión a un programa de actividad física. Motivos relacionados con la dimensión social, el contacto social, el aprendizaje de nuevas actividades y aumento de la autoestima también representan aspectos de importancia similar para la adhesión de las mujeres de edad avanzada a un programa de ejercicio físico (Gomes & Zazá, 2012).

En cuanto a los beneficios esperados del ejercicio físico, las mujeres mayores tienden a dar una puntuación más alta a los beneficios relacionados con la salud, retrasar el envejecimiento, la percepción de bienestar, estar en forma, ocupar el tiempo libre, sentirse productiva y olvidarse de los problemas, teniendo poca importancia la competición, la mejora de la técnica deportiva y el aprecio de los demás (Martín, González, Campos, del Hierro, & Jiménez-Beatty, 2010; Oviedo Caro & Bueno Antequera, 2015).

Los beneficios a corto plazo, tales como el alivio y la gestión de la rigidez, el dolor o la depresión, parecen ser fuertes factores de motivación para las mujeres de mayor edad.

Practicar ejercicio físico de manera regular tiene importantes beneficios para la población adulta, sin embargo, no se han realizado estudios que describan exclusivamente las barreras, motivaciones y facilitadores en mujeres mayores. Conocer la percepción que tienen las mujeres mayores de 65 sobre los beneficios del ejercicio físico, explorar el valor que tiene el ejercicio físico en su vida diaria, identificar las barreras, motivaciones o facilitadores para la realización de ejercicio físico es muy importante para diseñar estrategias en la comunidad que faciliten la práctica del ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años, conocer y disminuir las barreras que dificultan la realización de ejercicio físico y realizar intervenciones dirigidas a la integración en actividades que se realicen en la comunidad.

3. MARCO TEÓRICO

En la planificación y diseño de una investigación hay una serie de cuestiones que son fundamentales. La primera es la cuestión ontológica, la naturaleza de la realidad del fenómeno de estudio, qué se quiere y puede conocer de ello (Mason, 2002). Esta cuestión ha sido argumentada en la reflexividad, la introducción y la revisión de la literatura.

La segunda cuestión fundamental, es la epistemológica, que conecta las cuestiones de perspectivas teóricas con la visión del autor/a sobre la naturaleza de la realidad. Incluye de qué manera la realidad puede ser conocida; la relación entre quien conoce y aquello conocido; y las características, fundamentos y presupuestos que orientan el proceso de conocimiento. Estos modelos teóricos que nos permiten la conexión entre las dos preguntas son conocidos como paradigmas (Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E & S, 2014)

Kunh considero los paradigmas como las realizaciones científicas que son universalmente reconocidas y que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica (Kuhn, 1963). Los paradigmas, también llamados “tradiciones”, son el conjunto de supuestos teórico-metodológicos que los investigadores utilizan para comprender-interpretar los fenómenos y la realidad en el contexto de una determinada sociedad. Reflejan la comprensión que los colectivos científicos tienen del mundo y del modo de conocerlo, y también de qué manera entienden la ciencia y a sí mismos en el proceso investigador (Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E & S, 2014).

Al centrar mi interés en los factores que afectan a la realización de ejercicio físico, el género y la generación a la que pertenecen, pretendo explorar la percepción sobre los beneficios, barreras y facilitadores. En esta investigación el paradigma que parece adaptarse mejor al tipo de cuestiones planteadas es el Crítico Social desde la perspectiva postfeminista.

3.1. Paradigma crítico social

El paradigma sociocrítico surgió a principios del siglo pasado en respuesta a las tradiciones positivistas e interpretativas y pretende superar el reduccionismo y el conservadurismo admitiendo la posibilidad de una ciencia social (Alvarado & García, 2008). El Paradigma Crítico Social parte de los principios básicos del constructivismo social, aunque va más allá en la crítica al positivismo denunciando que las estructuras y preconcepciones sociales pueden ser fuente de opresión y marginación para muchos colectivos sociales y abogan por luchar para el cambio de estas estructuras de poder y por la crítica del conocimiento que lo soporta y mantiene (Bover, 2004).

Las investigaciones enmarcadas en el Paradigma Crítico Social se suele usar una metodología dialógica y transformativa (Alvarado & García, 2008). Promueve el uso de metodologías participativas. La finalidad es el análisis de las transformaciones sociales y dar respuesta a determinados problemas generados por éstas partiendo de la acción reflexión de los integrantes de la comunidad. Se reflexiona desde la teoría para promover el cambio en la práctica, es decir, construir una teoría a partir de las reflexiones de la praxis, como análisis crítico del hacer (Arnal, 1992).

La perspectiva crítica sitúa los problemas de salud a nivel social y ambiental y, por lo tanto, sus estrategias de promoción se dirigen a facilitar el cambio social y comunitario. Desde este posicionamiento, la subjetividad de las personas se entiende constituida por los discursos sociales que conforman sus prácticas cotidianas.(Moreno & Alvarez, 2010).

En este trabajo pretendo realizar un análisis del discurso de las mujeres mayores de 65 años desde el **paradigma crítico social y desde la perspectiva postfeminista**, que pretende la creación de conocimiento que busca la transformación social en el reconocimiento de las diferencias construidas socialmente, como el género y la generación. Desde este posicionamiento, la subjetividad de las personas se entiende constituida por los discursos sociales que conforman sus prácticas cotidianas, como persona, ciudadano/a. En el caso de las mujeres mayores de 65 años se explora como

estos discursos sociales dominantes de género y generación modulan la forma de entender y realizar ejercicio físico. Factores sociales, culturales, de género y generación que influyen en las mujeres mayores de 65 años para la realización de ejercicio físico. Conectar el ejercicio físico y la salud con cuestiones sociales más amplias, es decir, con los problemas y condicionantes económicos, culturales y políticos que impiden tomar las decisiones más saludables. Transformar la realidad y crear en las mujeres hábitos de ejercicio físico, para que, por si solas logren disminuir el sedentarismo y así reducir la posibilidad de padecer una enfermedad mayor.

Realizaré a continuación una aproximación a la corriente teórica del postfeminismo ya que la identidad de género se articula con otros determinantes sociales como son los ligados a la generación.

3.2. Teoría postfeminista

La tercera ola o feminismo de la diferencia no fue una consecución del feminismo de la igualdad. Estas dos corrientes han coexistido durante estas últimas décadas, cada una de sus autoras y autores defensores han mantenido una interesante e intensa relación que ha ido desde una buena comunicación e incluso complementación de los fines hasta a enfrentamientos totalmente polarizados sobre el propósito del feminismo en la sociedad actual y el papel de las mujeres en la transformación social que ambas corrientes esperan (Bover, 2004). Hay similitudes importantes entre el feminismo de la tercera ola y postfeminismo. Ambos términos pueden ser usados para señalar una ruptura epistemológica que desafía el predominio del feminismo anglo-americano (Jess Butler, 2013).

Las feministas de la igualdad, denominadas también reformistas, enfatizan la igualdad de género en el sistema existente, mientras que las feministas de la diferencia o revolucionarias quieren transformar el sistema con el fin de acabar con el patriarcado y el sexismo (Hooks, 2000). El feminismo de la diferencia plantea la igualdad entre mujeres y hombres, pero nunca la igualdad con los hombres porque eso implicaría la aceptación del modelo de privilegios y de inequidades actual (Sendón de León, 2000).

Las autoras de la diferencia se encontraron con un nuevo panorama paradigmático que prefiguraba la postmodernidad y que planteaba la crisis del sujeto como elemento central del nuevo paradigma. Autores como Foucault, Deleuze, Guattari y Derrida fueron determinantes dentro de esta corriente feminista (Sendón de León, 2000). La corriente postfeminista, secuencia del feminismo dentro del postmodernismo, recoge de estos autores la concepción de un sujeto constituido desde múltiples posiciones sociales e influenciadas por las relaciones de poder existentes entre los individuos y grupos. Sin embargo, otras teorías feministas incorporaron la crítica foucaultiana, sosteniendo que donde hay poder también existen formas de resistencias, aunque éstas puedan tener efectos ambiguos, no necesariamente de transformación (Zambrini & Iadevito, 2009).

El feminismo postmoderno denuncia los dualismos del pensamiento occidental: sujeto/objeto, naturaleza/cultura, racional/irracional, etc y no privilegia ninguno de los términos que componen el binomio. Se encarga de dismantelar la concepción ilustrada de un sujeto racional unitario y centrado, tarea a la que se adscriben junto al postmodernismo y el deconstruccionismo (Aguilar García, 2011).

Butler (1998) dice que el género no es una identidad estable, por el contrario, es una identidad débilmente constituida en el tiempo, una identidad instituida por una repetición estilizada de actos. *“Más aún, el género, al ser instituido por la estilización del cuerpo, debe ser entendido como la manera mundana en que los gestos corporales, los movimientos y las normas de todo tipo, constituyen la ilusión de un yo generalizado permanente”* *“el género es instituido por actos internamente discontinuos, la apariencia de sustancia es entonces precisamente eso, una identidad construida...”* Butler toma de Foucault la idea de que no hay dos elementos que puedan distinguirse: el sexo como lo biológico y el género como lo construido, sino por el contrario solo hay cuerpos que ya están contruidos culturalmente (J. Butler, 1998).

Las teorías de Judith Butler nos conducen a pensar una subjetividad generalizada, en la cual intervienen tanto la dimensión discursiva como la dimensión de las prácticas concretas de los sujetos. Desde el enfoque teórico que desarrolla esta autora puede inferirse una noción de un sujeto producto de una experiencia histórica. La noción de subjetividad esgrimida por Butler supone el concepto de posicionalidad: el proceso de

construcción identitario siempre es relativo a un contexto sociocultural. Las ideas centrales desarrolladas por Judith Butler permiten reflexionar acerca de la perspectiva de género como herramienta teórica, epistemológica y metodológica en los estudios de los procesos de construcción de las identidades. (Zambrini & Iadevito, 2009).

Olesen (2000) explica que el postfeminismo enfatiza que múltiples identidades (y subjetividades) son tentativamente construidas en épocas y contextos históricos particulares. Ello nos conduce a conectar la experiencia de género de los individuos según el momento histórico en que se desarrolla la construcción de su identidad en referencia al género. Así, las diferentes generaciones desarrolladas en contextos temporales específicos y diversos, pueden presentar diferencias en la forma de conceptualizar género y su representatividad en el medio social (Bover, 2004).

Los factores del género y generación a la que pertenecen las personas mayores pueden ser influyentes en la forma de percibir el ejercicio físico. Por ello, profundizaré en estos conceptos para permitir una visión de la posición teórica adoptada y de cómo estos elementos claves del estudio se sitúan en ella.

3.2.1. Género

El género se refiere a las conductas de identificación sexual asociadas a miembros de una sociedad, es la condición social, hombre o mujer, asociada a las personas en función de su sexo. El concepto de género hace referencia a la construcción sociocultural de la identidad de mujeres y hombres en un contexto social determinado, modificable en función de costumbres, creencias y del momento histórico, político y social. Junto a los caracteres naturales implícitos a cada sexo, la sociedad impone además unos estereotipos de feminidad y masculinidad (Mosquera, M. J., & Puig, 2002), con unas características psicosociales específicas. En contraposición al origen natural de las características biológicas, las características de género son construidas por la sociedad (Mosquera, M. J., & Puig, 2002) y varían de una cultura o a otra, de una época a otra, incluso, de una persona a otra debido al proceso de individualización (Puig i Barata, 2000).

La construcción social de género está modulada por valores culturales generacionales. El género como una representación social de lo masculino o femenino que condiciona las percepciones y estrategias individuales y sociales adoptadas en el desarrollo del ejercicio físico.

- Discursos dominantes que han frenado la participación de las mujeres en el deporte, debido a que durante muchos siglos, los mensajes en relación a la práctica deportiva de las mujeres siempre fueron negativos: el deporte masculiniza a la mujer, el deporte es perjudicial para la salud de la mujer, las mujeres no tienen aptitudes para el deporte, las mujeres no tienen interés en el deporte, etc. Históricamente el ejercicio físico intenso se ha considerado perjudicial para la actividad reproductora de la mujer (Im et al., 2008). Durante el franquismo se prohibía a la mujer realizar: remo, fútbol, boxeo o ciclismo (López Villar, 2008).
- Los estereotipos de género son los que limitan al deporte como una actividad masculina e inhiben, por considerarla inapropiada, la participación de la mujer (Miranda, N; Antunez, 2006). En Gran Bretaña, el informe “The education girls”, del British Medical Journal (1922) advertía: *“los juegos y el deporte tienden a fomentar la afición al entretenimiento, en detrimento del hogar y otros intereses y a perjudicar las cualidades de la mujer...”*(Scraton, 1995). Jennifer Hargreaves (2002) expone que el ejercicio físico era muy criticado desde el campo de la medicina en el s. XIX, debido a las alteraciones que podían causar en las mujeres: desequilibrios hormonales, transformación sexual, etc. Se desaconsejaba la práctica de ejercicio físico de la mujer por su perjudicial influencia sobre la maternidad y el proceso de masculinización. Esta creencia, efectivamente, ha guiado el comportamiento de la mujer hacia el deporte, al haber categorizado desde muy pequeña el deporte como algo ajeno a ella. (J. Hargreaves, 2002).
- La construcción social del género motiva que la relación entre hombres y ejercicio físico sea directa y sencilla, el deporte refuerza la masculinidad (Camacho Miñano, 2013). En cambio en las chicas se ha atribuido a la reproducción de la femineidad influenciada por el entorno social y cultural. En el análisis cultural se le ha dado legitimidad al argumento de que los deportes son

dominios “naturales” de los varones por las naturalezas biológica y psicológicamente diferentes de los hombres y las mujeres (Hargreaves, 1994).

La distinción entre características y actividades masculinas y femeninas en el deporte corresponden a nociones estereotipadas basadas en cómo se construyen socialmente las diferencias entre los chicos y las chicas. Existen deportes masculinos como el fútbol, el rugby, etc. y deportes femeninos con un componente estético como la natación sincronizada, el patinaje artístico, etc. Las actividades físico-deportivas de mayor intensidad están asociadas a los hombres mientras que a las mujeres se les reserva una actividad más moderada (Meaney, Dornier, & Owens, 2002; Zipprich, 2001). La condición natural de la mujer es menos competitiva y más pasiva. Tanto los rasgos instrumentales (identificados con la masculinidad) como los rasgos afectivo - expresivos (identificados con la feminidad) persisten en las creencias relacionadas con el ejercicio físico (Blández Ángel, Fernández García, & Sierra Zamorano, 2011; Crawford, M., & Unger, 2004). Se sigue vinculando a los chicos con actividades que requieran fuerza, resistencia, que son más activas, agresivas o de riesgo, mientras que a las chicas se las sigue vinculando con actividades de ritmo, expresión, elasticidad, flexibilidad y coordinación (Camacho Miñano, 2013).

Este tipo de estereotipo de mujer pasiva, no agresiva y débil, cuyo principal papel era la maternidad y el cuidado de la familia se mantuvo por siglos, perjudicando a las mujeres en la participación de la práctica deportiva, ya que ésta se consideraba competitiva y agresiva, y por tanto actividad propia de los hombres (Tortosa Martínez & Vega Ramírez, 2013).

El proceso de masculinización de las mujeres que hacen ejercicio viene dada por un proceso de construcción social que relaciona el músculo con lo masculino y la fragilidad con lo femenino. Roles potenciados por la sociedad que identifican deporte con identidad de género masculina y femenina (Im et al., 2008). Las chicas que desarrollan cuerpos musculosos son penalizadas por la sociedad y discriminadas (Tortosa Martínez & Vega Ramírez, 2013). Según Jennifer Hargreaves, la participación de las mujeres en el deporte en todo el mundo está ligada a su sentido de la diferencia y la identidad (Jennifer Hargreaves, 2000).

Debido a los comportamientos diferenciados del género femenino y masculino, también, aparecen asociadas distintas formas de concebir el ejercicio físico: diferencias en la utilización de espacios deportivos modalidades más adecuadas a hombres o mujeres asistencia desigual a espectáculos deportivos y valoración social distinta del rendimiento femenino y masculino (Salguero Pérez & Martos Fernández, 2010; Salguero, A., & Martos, 2009).

El estudio del Instituto de la Mujer (2006) proporciona datos sobre el tipo de actividades más practicadas en España por las mujeres y hombres de más de 15 años, mientras que las mujeres optan en mayor medida por prácticas muy relacionadas con el ejercicio físico y la salud, a cubierto y dirigidas por un técnico, como los deportes acuáticos y la gimnasia , los hombres se inclinan en mayor medida por actividades de orientación competitiva como los deportes de balón, deportes acuáticos, el atletismo y el ciclismo (Instituto de la Mujer, 2006).

Está claro que las razones de las mujeres para hacer ejercicio físico son complejas, pero más allá de una falta de motivación e interés personal hay que considerar que esta participación (o su ausencia) ocurren dentro de un contexto social y cultural fuertemente condicionado por la estructura de género, que reproduce los roles tradicionales de masculinidad y feminidad y que moldea las experiencias y vivencias subjetivas en torno al ejercicio físico de forma poderosa (Camacho Miñano, 2013).

3.2.2. Generación

El colectivo femenino no es homogéneo, por lo que es necesario profundizar en otras variables sociales, como la generación. El mismo acontecimiento histórico no tiene el mismo significado para un individuo joven que para otro cuyas vivencias anteriores le han hecho adquirir una distinta imagen del mundo desde la que incorporar esa nueva vivencia (Costa Delgado, 2011).

El sociólogo Bryan Turner (1998) define generación como "*un grupo de personas que pasan a través del tiempo y que comparten hábitos y estilos de vida*". Además de las

definiciones presentadas por otros teóricos, incluso del propio trabajo posterior con Edmunds, Turner añadió *"la idea de que «generación» también se refiere a una cohorte que tiene una ubicación temporal estratégica para un conjunto de recursos y prácticas de exclusión social, como consecuencia de un accidente histórico"*. Lyons, Duxbuiy y Higgins, por ejemplo, toman su definición de generación a partir de los escritos de Mannheim, aceptando que se trata de *"una cohorte de individuos nacidos y criados en el mismo contexto histórico y social, que por lo tanto comparten una visión común del mundo"*(Foster, 2011).

La generación es un elemento generador de diferencias importantes para los estudios de género e influirá en la manera que cada uno de los sujetos interpretan el mundo y como desarrollan sus diferentes roles según ese contexto y momento histórico. Las diferentes generaciones desarrolladas en contextos temporales específicos y diversos, pueden presentar diferencias en la forma de conceptualizar género y su representatividad en el medio social. (Bover, 2004).

Desde una perspectiva postfeminista, existen diferentes formas de vivir las experiencias sobre ejercicio físico según el momento del ciclo vital de la mujer. La práctica físico-deportiva de una persona está vinculada al proceso de socialización por el que ha pasado y este proceso se encuentra totalmente determinado por la cultura de la sociedad en la que vive, la cultura del deporte, y en especial por la cultura de género existente (Cayuela Maldonado, 1997; González, 2014).

Las mujeres mayores españolas han sido educadas sin acceso a la educación física en la mayoría de los casos, y con unos marcados estereotipos que relegaban a la mujer a tener muy pocas oportunidades de acceso al deporte (Tortosa Martínez & Vega Ramírez, 2013). Entre estas experiencias durante las primeras etapas del ciclo vital y de la socialización primaria, según García Ferrando, Lagardera y Puig (2002) (Otero, F. L., i Barata, N. P., & Ferrando, 2002) el sistema educativo protagoniza el segundo ámbito (tras la familia), a través del cual la cultura deportiva penetra en el tejido social: *"La escuela no fija y refuerza tan sólo determinados patrones de conducta, sino que, a través de una compleja red de relaciones simbólicas, consolida y hace brotar actitudes positivas frente a la práctica deportiva"*. Sin embargo gran parte de las personas

mayores actuales en España no recibieron Educación Física e incluso algunas ni fueron escolarizadas, por lo que en dichas personas la Educación Física no pudo influir en sus actuales concepciones previas acerca del ejercicio físico a su edad (Martínez Del Castillo, 2005). Los aprendizajes y experiencias vividas en la niñez y adolescencia marcan sobremanera como los individuos representan su mundo social y los roles que en el deben ser desarrollados. En el estudio de Martínez del Castillo sobre la influencia de la educación física escolar en la práctica de actividad física en la vejez, destaca el bajo grado de socialización de las personas mayores hacia la actividad física durante la etapa escolar. Según el género, los hombres parece que hicieron más educación física en la escuela (43%), que las mujeres (26,8%). Sin duda, sus niveles de ejercicio físico actual vienen determinados por esta educación.

Se mantienen vigentes los modelos más tradicionales, interiorizados en la subjetividad tanto de hombres como de mujeres (Miranda, N; Antunez, 2006). La educación recibida durante tantas generaciones sigue estando latente y se evidencia a través de actitudes personales. Los aprendizajes y experiencias vividas en la niñez y adolescencia marcan sobremanera como los individuos representan su mundo social y los roles que en el deben ser desarrollados. (Salguero, A., & Martos, 2009). A partir de estas afirmaciones podemos sostener que la generación a la que pertenecen las mujeres influirá en la manera estas valoren y entiendan la práctica de ejercicio físico.

Según Hargreaves (1993) las causas de este retraso hay que buscarlas, por un lado, en la todavía persistente identificación entre deporte y masculinidad y, por otro, en la propia vinculación de esta forma de hacer deporte con el tiempo libre. Para esta autora dicha vinculación ha puesto de manifiesto otros problemas de las mujeres derivados de las concepciones dominantes sobre el ocio y el trabajo (J. Hargreaves, 1993b). Es bien sabido que el trabajo socialmente valorado es el trabajo productivo y remunerado, y éste es el que da derecho al ocio; sin embargo, el trabajo reproductivo y no remunerado que era el dominante entre las mujeres, las ha privado también de ese derecho al ocio del que legítimamente podían disfrutar los varones (Martínez del Castillo et al., 2008).

Jennifer Hargreaves (1993) señala que el mayor poder cultural de los hombres con respecto a las mujeres que se pone de manifiesto también en el ámbito del ocio y la

actividad física y se materializa especialmente en la desigual distribución del tiempo que unos y otras dedican a ellos, en su acceso diferencial – relacionado directamente con las diferencias salariales y el desigual reparto de tareas doméstica - y en la representaciones sociales sobre las actividades que en estos ámbitos hombres y mujeres realizan (J. Hargreaves, 1993). A pesar de que la externalización del trabajo doméstico va permitiendo que muchas mujeres de clases medias se incorporen tardíamente a la práctica deportiva y a la actividad física o la reinicien, la ausencia de muchas otras – pertenecientes a estratos sociales más bajos –, el abandono masivo de chicas adolescentes y la feminización o masculinización de buena parte de las modalidades deportivas parecen sugerir que los obstáculos para su práctica chocan con algo más que con las condiciones materiales de existencia de las propias mujeres (Muñoz, B; Fondón, 2011).

El papel principal de las mujeres históricamente en muchas sociedades ha sido el de ser madres y cuidadoras de la familia, dejando en un segundo plano el tiempo de ocio y la actividad física (Tortosa Martínez & Vega Ramírez, 2013). Para las mujeres el tiempo libre es residual y fragmentario lo que dificulta su participación en actividades exteriores al hogar y con horarios determinados (Buñuel Heras, 1994).

De esta forma, la generación a la que pertenecen influirá en la manera en que valoren y entiendan su rol así como en las relaciones de poder implícitas en el ejercicio físico. Debemos considerar el género y la generación como elementos a tener en cuenta en el desarrollo de estrategias que vayan dirigidas a mejorar y mantener la salud de estas mujeres.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Pregunta de investigación

¿Cómo perciben la realización de ejercicio físico las mujeres mayores de 65 años de Palma de Mallorca?

Objetivos específicos

- ✓ Conocer como definen el ejercicio físico las mujeres mayores de 65 años
- ✓ Explorar el valor que tiene el ejercicio físico para las mujeres mayores de 65 años en su vida diaria.
- ✓ Identificar las barreras para la realización de ejercicio físico de la población de estudio.
- ✓ Identificar motivadores o facilitadores para la realización de ejercicio físico de la población de estudio.

5. METODOLOGÍA

El método utilizado en este estudio es de tipo cualitativo. Los métodos de investigación cualitativos tienen un enorme potencial para la investigación en ciencias de la salud, ya que permiten acceder a informaciones difíciles de alcanzar a través de otras metodologías y ahondar en la comprensión de fenómenos complejos (Escudero-Carretero et al., 2010). Para estudiar y entender las poblaciones, desde el punto de vista de la salud-enfermedad, no son suficientes los instrumentos y los criterios cuantitativos, característicos de las denominadas ciencias naturales: se hace necesaria una “ciencia de lo humano”.

Además, la investigación cualitativa permite dar voz a las personas en el proceso de toma de decisiones y conocer sus preferencias y prioridades. También es especialmente útil para plantear marcos explicativos, generar hipótesis, dar sentido a cuestiones emergentes (Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E & S, 2014).

El método cualitativo es muy útil para conocer las dimensiones humanas, para entender e interpretar creencias, valores, actitudes, conductas y expectativas, las interacciones entre personas, los factores económicos, sociales, culturales y políticos que influyen en la práctica de ejercicio físico, las experiencias de las personas, y el contexto social que contribuye a explicar el fenómeno de interés.

Las características básicas de los estudios cualitativos se pueden resumir en que son investigaciones centradas en los sujetos, que adoptan la perspectiva del interior tomando el fenómeno a estudiar de manera integral. Los estudios cualitativos son de especial relevancia para los profesionales de la salud que se encargan del cuidado, la comunicación y la interacción con las personas (De la Cuesta Benjumea, 2013).

La investigación cualitativa enfatiza el estudio de los procesos y de los significados, se interesa por fenómenos y experiencias humanas. Da importancia a la naturaleza socialmente construida de la realidad, a la relación estrecha que hay entre el investigador y lo que estudia, además, reconoce que las limitaciones prácticas moldean la propia indagación (Denzin, N. K., & Lincoln, 1998). El proceso de indagación es inductivo y el investigador interactúa con los participantes y los datos.

Este estudio pretende conocer la percepción que tienen las mujeres mayores sobre los beneficios, barreras y facilitadores o motivadores del ejercicio físico, y el estudio cualitativo es eficaz para obtener datos relevantes y significativos, debido a, la riqueza y profundidad de la información que puede obtenerse a través de las entrevistas.

6. PARTICIPANTES Y MUESTREO

La población de estudio son mujeres mayores de 65 años, residentes en la ZBS de Son Serra-La Vileta, concretamente en el barrio de Son Roca- Son Ximelis.

El barrio de Son Ximelis, es un barrio de la periferia de Palma físicamente segregado de la ciudad. Situado en la parte oeste de la ciudad, está limitado al sur por la autopista de ponent y al norte con Son Anglada. En Abril de 2013 la población empadronada era

de 2.429 personas, con una densidad de población de 523,50 habitantes por hectárea, la concentración humana más importante de la ciudad en el mínimo espacio. En la ZBS Son Serra-La Vileta el 13% de la población tiene más de 65 años (GAP, 2014).

Entre 1970 y 1975 se inició la construcción de diversas viviendas promovidas por el sector público donde se alojaron en su mayoría por inmigrantes procedentes del Sur de España, que bien llegaron a Mallorca en la misma década de los 70, o bien fueron realojados desde otras zonas de la ciudad. Las diferencias culturales con respecto a la población autóctona se han mantenido durante todos estos años e incluso las culturas de origen se han transmitido de padres a hijos de manera natural, ya que la separación geográfica con respecto a la ciudad y la mayoritaria presencia inmigrante en el núcleo ha dificultado cualquier tipo de interacción con la cultura local. El inicio de la dotación de infraestructuras públicas data de 1977 con ella, empezó a integrar más a los habitantes dentro de la sociedad y cultura mallorquina.

La crisis económica que se manifestó a mediados de los años 80 afectó gravemente a la cohesión social del barrio, el desempleo supuso un revés tanto para las familias, como para el barrio en su conjunto, y la segregación espacial del barrio con respecto a la ciudad contribuyó aún más a la marginalización del mismo. La droga empezó también entonces a penetrar con más facilidad en la vida de Son Roca, en paralelo a la fragmentación del movimiento asociativo y la estabilidad de las estructuras familiares.

La población en esta barriada presenta problemas de alfabetización en algunos ancianos que no tuvieron oportunidad. El 35% de la población mayor de 14 años es analfabeta, y los índices de fracaso escolar y abandono de los estudios antes de finalizar la educación obligatoria, también son muy elevados (Ajuntament de Palma, 2012).

Muestra

Cuando se habla de muestreo en la investigación cualitativa, no nos referimos a un muestreo probabilístico, sino a un muestreo intencional y razonado. Los llamados sujetos de estudio no son unidades de observación que tienen connotaciones

individuales, sino informantes o participantes que dan cuenta de su visión de la realidad (Vargas Jiménez, 2012).

La técnica que utilizaré será el **muestreo intencional**, se seleccionan participantes que puedan responder a la pregunta de investigación y trataré de incluir a personas que representen la más amplia variedad de perspectivas posibles. En este tipo de muestro el investigador considera el objetivo de la investigación y selecciona muestras en consecuencia (Lohr, 2000).

La selección de la muestra se realizará siguiendo la técnica de “bola de nieve”. Los informadores clave (asociaciones de pacientes, asociaciones de personas mayores...) recomendarán a posibles participantes que cumplan los requisitos de la muestra.

El tamaño inicial de la muestra será de 12 participantes.

Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 65 años
- Residencia habitual estable en la zona de estudio (Son Serra-La Vileta)

Criterios de exclusión:

- Deterioro cognitivo (escala Mini- Mental) y/o dificultades en la comunicación oral.
- Depresión.
- Personas desplazadas (no residen de forma habitual, pasan periodos de tiempo en el domicilio de sus hijos).
- Personas con movilidad reducida que no puedan realizar ejercicio físico.
- Personas que estén adscritas al cupo de la investigadora que también es enfermera de la zona de estudio.

Entrada al campo

La investigadora principal es enfermera comunitaria en la zona básica de salud donde se desarrollará la investigación. Conoce a la población, a los representantes de asociaciones de vecinos, asociaciones de personas mayores, representantes de servicios sociales, etc., y ha colaborado con ellos en otros proyectos.

Primero establecerá contacto con los informantes clave, se les explicará el proyecto, los criterios de inclusión y exclusión y se solicitará su participación.

7. ESTRATEGIA PARA LA RECOGIDA Y EL ANÁLISIS DE DATOS

Para la recogida de datos utilizaré la entrevista semiestructurada individual. (Anexo 3)

La entrevista es el método adecuado para obtener información de los participantes fundamentada en las percepciones, las creencias, las opiniones, los significados y las actitudes (Vargas Jiménez, 2012).

Kvale señala que el propósito de la entrevista de investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos. Las entrevistas dan voz a las personas comunes, permitiéndoles presentar libremente sus situaciones en sus propias palabras (Kvale, 2006).

Se realizarán 12 entrevistas de 45 minutos de duración, el tamaño final de la muestra será definido por la saturación informativa, cuando no se aporten nuevos datos a los objetivos del estudio. Utilizaré un guion, con un lenguaje adaptado a los participantes, que me permita conocer aspectos relacionados con: la percepción sobre la ejercicio físico, los beneficios de ejercicio físico, el valor que tiene el ejercicio en su vida diaria, actividades que realizan, motivaciones, barreras que dificultan la realización del ejercicio y la influencia del género. Las preguntas serán abiertas dando la oportunidad al participante de explicar su experiencia.

El entrevistador tratará de llevar un rol no directivo, me interesaba que las participantes expliquen su experiencia, sus impresiones y valoraciones sobre el tema de estudio. Para las entrevistas utilizaré un registro de audio, siempre con el consentimiento de los entrevistados. Las entrevistas se realizarán en el casal del barrio y en las asociaciones de la zona para facilitar el acceso.

8. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis cualitativo de los datos, se desarrolla a lo largo de todo el estudio. Comienza con la recogida de datos y finaliza cuando se escribe el informe. Es un proceso, con fases, que llevan a la focalización progresiva de conceptos, categorías o temas; implica cuatro procesos cognitivos: comprender, sintetizar, teorizar y contextualizar. Se llevará a cabo un análisis de discurso en el que se usarán estrategias analíticas inductivas y deductivas (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002).

Las fases de este análisis serán:

a) Lectura y análisis previo.

Lectura atenta y exhaustiva de los datos, leyendo transcripciones por orden cronológico, escuchando las grabaciones, estudiando notas y así sucesivamente, con el fin de familiarizarse con los contenidos, enumerar las ideas clave y temas recurrentes. En esta lectura inicial anotar cualquier idea que emerja de los datos.

b) Codificación y Categorización.

Tras la transcripción de las entrevistas se procede a la selección y codificación de los datos, esto se refiere a la etiquetación de los datos, separando los datos para su agrupación y mejor localización.

Para la construcción de las categorías, subcategorías y códigos seguiré un proceso mixto deductivo e inductivo:

- Códigos a priori derivados del marco conceptual de la investigación, definidos a partir de los enunciados y las preguntas del guion de la entrevista.
- Códigos emergentes a partir del texto de las entrevistas.

Definición de códigos. Es indispensable que los códigos tengan una definición operacional clara. Todos los codificadores deben entender las definiciones y deben poder identificar, rápida y fácilmente, trozos de texto que coincidan con cada definición. Esto permite que los códigos puedan ser aplicados de manera consistente por un solo investigador a través del tiempo o para que múltiples investigadores piensen acerca del mismo fenómeno a medida que codifican. Esa definición debe ser precisa y su significado debe ser compartido entre los diferentes codificadores (Fernández Núñez, 2006).

Tras la codificación se categorizarán, esto se realizará mediante la agrupación de códigos o etiquetas que compartan aspectos comunes teniendo en cuenta que un mismo código no debe estar en varias categorías. Las categorías se definirán en referencia a los objetivos del estudio. Las categorías obtenidas y sus códigos serán contrastadas con el marco teórico del estudio.

Para el análisis de datos utilizaré el programa informático NVivo 2.

c) Fase interpretativa

A lo largo de todo el proceso y de forma particular en esta etapa he puesto en relación los datos, la perspectiva teórica y el contexto social, con los objetivos del estudio. La exposición de resultados se presentará como una propuesta de explicación en la que se recojan los conocimientos adquiridos, cómo éstos se relacionan con el marco teórico (validándolo o no) y cómo lo enriquecen.

Cada afirmación estará apoyada, en textos de los participantes (qué dicen) que se deben citar textualmente de forma que quede claro quién lo dice y dónde puede encontrarse en el texto original.

Los resultados reflejarán las posiciones de los sujetos del estudio respecto a las diferentes categorías, de un modo más explicativo, en tanto que desvela las relaciones profundas entre los significados que recogen las categorías y su relación con el contexto social en el que se inscribe (de Andrés Pizarro, 2000).

9. RIGOR METODOLÓGICO

Para asegurar el rigor metodológico he utilizado diferentes procesos.

1. Credibilidad, se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las persona que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado con el fenómeno investigado (E. Castillo & Vásquez, 2003).
 - Verificación por parte de algunos participantes de los resultados obtenidos, se realizará una adaptación de las conclusiones de las entrevistas en un lenguaje que puedan entender.
 - Saturación informativa: se realizarán entrevistas hasta que no se obtenga nueva información, cuando no se aportan nuevos datos al estudio.
 - Presencia de verbatim: se realizará una transcripción textual de las entrevistas.

2. Transferibilidad, se refiere al grado de aplicación de los resultados en otros contextos (Pla, 1999).

Para ello describo, en apartados anteriores, el lugar y las características de las personas donde el fenómeno será estudiado.

 - Información sobre el contexto
 - Información sobre los participantes (cuando tenga la muestra realizaré una descripción detallada de los participantes)
 - Selección de los participantes
 - Datos demográficos

3. Confirmabilidad/auditabilidad, nos remite a la neutralidad de la investigadora y lo realizo con el proceso reflexivo individual, describiendo mi posicionalidad y la entrada al campo.
4. Dependencia, también llamada consistencia, hace referencia a la estabilidad de los datos (Pla, 1999).

Los procedimientos que he seguido para asegurar la consistencia son el proceso reflexivo y la descripción de la entrada al campo

10. ASPECTOS ÉTICOS

El investigador debe tener presente los principios éticos a la hora del diseño del estudio y en el momento de la recolección de datos de la investigación cualitativa.

El estudio se realizará de acuerdo con la legislación vigente y se llevará a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración de Helsinki y a las normas de buena práctica clínica. Se llevarán a cabo una serie de estrategias como: la aplicación del consentimiento informado y el manejo de la confidencialidad y de los posibles riesgos a los que se enfrentan los participantes del estudio (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Rebolledo-Malpica, 2012).

Además, a la hora de realizar la inmersión en el campo el investigador necesita saber cómo llevar a cabo desde una perspectiva ética las entrevistas y el uso de grabaciones en audio (Noreña et al., 2012).

Se solicitará la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears. Se hará entrega a todas las participantes que, voluntariamente decidan participar en el estudio, de la hoja de información que será explicada en un lenguaje y forma que sea comprensible y del consentimiento informado que podrá ser revocado en cualquier momento. También se les informara de que pueden abandonar el estudio en el momento que lo consideren conveniente. (Anexos 1 y 2)

La investigadora declara no tener ningún conflicto de interés.

La investigadora que además es enfermera de la zona básica de salud, explicará a la población de estudio su posición de investigadora. La investigadora no realizará entrevista a su cupo de pacientes.

A la hora de hacer públicos los datos la identidad de las participantes no será revelada en ningún informe sobre este estudio. Toda la información que sea recogida se mantendrá estrictamente confidencial. La información sólo será utilizada para fines científicos.

La participación en este estudio de investigación no supondrá riesgo para la salud. Su contribución permitirá comprender mejor cuales son los factores que más importantes que influyen en la realización de ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años y así poder ayudar a diseñar estrategias en la comunidad para facilitar la práctica del ejercicio físico, disminuir las barreras que dificultan la realización de ejercicio físico y realizar intervenciones dirigidas a la integración en actividades que se realicen en la comunidad.

11. LIMITACIONES Y POTENCIALIDADES DEL ESTUDIO

Limitaciones

- ✓ Experiencia y habilidades de la investigadora principal, ya que el proyecto forma parte de su proceso de aprendizaje en el Master de Investigación en Salud y Calidad de Vida.
- ✓ Los estudios cualitativos producen datos que son de gran valor social por ser contextualizados, pero eso hace que ellos no sean generalizables. Los resultados serán transferibles a contextos que compartan similitudes socio-demográficas y socio-culturales con el lugar donde se recogen los datos.
- ✓ Grado de disposición a responder del informante, su nivel de comprensión y su grado de sinceridad, para corregir esta limitación se generará un ambiente de confianza, empatía y escucha activa.

Potencialidades

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 ejercicio físico como en la mejora de la memoria, es necesario poner en marcha políticas y estrategias encaminadas a la promoción de la ejercicio físico en mujeres mayores. Implicar a las personas mayores en los procesos políticos e incluirlos en la planificación, aplicación y evaluación de los programas de ocio y actividad física.

Los resultados del estudio nos pueden ayudar a diseñar estrategias en contextos similares para facilitar la práctica del ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años, disminuir las barreras que dificultan la realización de ejercicio físico y realizar intervenciones dirigidas a la integración en actividades que se realicen en la comunidad. El envejecimiento de la población supone un desafío para todos los países europeos, y requieren la puesta en práctica cada vez más urgente de políticas de «envejecimiento activo» centradas en la promoción de la vida autónoma de los ciudadanos antes y después de la jubilación (Tortosa Martínez & Vega Ramírez, 2013).

Las políticas y los programas deben animar a personas mayores inactivas a estar físicamente más activas a medida que envejecen y proporcionarles oportunidades para ello. Apoyarles en actividades comunitarias que sean culturalmente apropiadas que estimulen el ejercicio físico y que estén organizadas y dirigidas por las propias personas mayores. Apoyar a los líderes y grupos de personas de la misma edad que promuevan un ejercicio físico regular y moderada para las personas mayores, informar y educar a las personas y a los profesionales sobre la importancia de permanecer activos a medida que se envejece (OMS, 2002).

Facilitar espacios y oportunidades que permitan «deconstruir» las categorías de género dominantes, mediante el análisis de los discursos sociales que influyen en la producción de la feminidad (La deconstrucción del sujeto no significa negarse a lanzar fuera el

concepto, por el contrario, deconstrucción implica únicamente que suspendemos todos los compromisos contraídos con el término) (Camacho Miñano, 2013).

Se debería tener en cuenta el contexto específico de las diferentes prácticas de actividad físico-deportiva así como la compleja articulación que se produce entre el género y otras variables como la edad.

Es importante que los sistemas de salud realicen actividades preventivas y de promoción de la salud dirigidas a las personas mayores para aumentar la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, prevenir el deterioro funcional y, cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo, La meta es llegar a la vejez de la manera más saludable posible, retardando el tiempo de aparición de la discapacidad y con un enfoque en la calidad y la dignidad más que en la cantidad de años.

12. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- Área Científica: Artículos nacionales e internacionales en revistas de Atención Comunitaria y revistas de Enfermería Comunitaria. Congresos, conferencias y ponencias.
- Área Profesional: Profesionales de Atención Primaria. Sesiones profesionales, técnicas o académicas. Redes profesionales: ResearchGate, LinkedIn
- Área Social: Presentación a los participantes y a la comunidad. Prensa local y nacional. Programas de radio. Difusión a través de las redes sociales: Facebook, twitter, google plus...

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar García, T. (2011). Posmodern feminism D. J. Haraway and S. Harding. [Spanish]. *Eidos*, 0(8), 222–232.
- Ajuntament de Palma. (2012). Dades per a un diàgnostic dels barris de Palma. http://www.palma.cat/portal/PALMA/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_62009_1.pdf.
- Alegría, P., Castillo, N., Solar, P. del, Varas, J., Gómez, S., & Gutiérrez, P. (2013). Factores que inciden en la participación social de los adultos mayores en actividades físicas recreativas. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13(1), Pág. 59–69. doi:10.5354/0717-5346.2013.27453
- Allender, S., Cowburn, G., & Foster, C. (2006). Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Education Research*, 21(6), 826–35. doi:10.1093/her/cyl063
- Alvarado, L., & García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *SAPIENS*, 9(2), 187–202.
- Amezcuca, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423–436.
- Andrade Osorio, E., Padilla Raygoza, N., & Ruiz Paloalto, M. L. (2013). Barreras percibidas y nivel de actividad física en adultos mayores de Aguascalientes, Ags.: Un estudio transversal. *Enfermería Global*, 12(3), 34–51. doi:10.6018/eglobal.12.3.152881
- Arnal, J. (1992). Investigación educativa : fundamentos y metodología. Barcelona : Labor,.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2014). *Australia's health 2014 : the 14th biennial welfare report of the Australian Institute of Health and Welfare*.
- Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, B. I. (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: a systematic review. *Ageing Res Rev.*, 10(4), 464–74. doi:10.1016/j.arr.2011.04.001

- Baert, V., Gorus, E., Guldemont, N., De Coster, S., Bautmans, I., Vogel, T., ... Gorus, E. (2015). Physiotherapists' perceived motivators and barriers for organizing physical activity for older long-term care facility residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(5), 371–9. doi:10.1016/j.jamda.2014.12.010
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J. F., Martin, B. W., ... al., et. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet (London, England)*, 380(9838), 258–71. doi:10.1016/S0140-6736(12)60735-1
- Bautista, J. E. C., Martínez, E. R. G., Pinilla, M. I., & Daza, K. D. R. (2011). Aptitud física en mujeres adultas mayores vinculadas a un programa de envejecimiento activo. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 43(3), 263–270. Retrieved from <http://w.redalyc.org/articulo.oa?id=343835703006>
- Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, R. D., & S, S. (2014). Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. *Barcelona: Institut Universitari d'Investigació En Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol)*.
- Bethancourt, H. J., Rosenberg, D. E., Beatty, T., & Arterburn, D. E. (2014). Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. *Clinical Medicine & Research*, 12(1-2), 10–20. doi:10.3121/cmr.2013.1171
- Bjornsdottir, G., Arnadottir, S. A., & Halldorsdottir, S. (2012). Facilitators of and barriers to physical activity in retirement communities: experiences of older women in urban areas. *Physical Therapy*, 92(4), 551–62. doi:10.2522/ptj.20110149
- Bjornsdottir, G., Arnadottir, S. A., Halldorsdottir, S., Bekhet, A., Zauszniewski, J., Nakhla, W., ... Leahey, M. (2012). Facilitators of and barriers to physical activity in retirement communities: experiences of older women in urban areas. *Physical Therapy*, 92(4), 551–62. doi:10.2522/ptj.20110149
- Blández Ángel, J., Fernández García, E., & Sierra Zamorano, M. Á. (2011). Estereotipos de género, actividad física y escuela: la perspectiva del alumnado. Retrieved from <http://digibug.ugr.es/handle/10481/17510>
- Boehm, J., Franklin, R. C., Newitt, R., McFarlane, K., Grant, T., & Kurkowski, B. (2013). Barriers and motivators to exercise for older adults: a focus on those living in rural and remote areas of Australia. *The Australian Journal of Rural Health*, 21(3), 141–9. doi:10.1111/ajr.12032

- Boraita Pérez, A. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 61(5), 514–528. doi:10.1157/13119996
- Borodulin, K., Sipilä, N., Rahkonen, O., Leino-Arjas, P., Kestilä, L., Jousilahti, P., & Prättälä, R. (2016). Socio-demographic and behavioral variation in barriers to leisure-time physical activity. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(1), 62–9. doi:10.1177/1403494815604080
- Bover, A. (2004). *Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias ligadas al género y a la generación*.
- Briones, M. R. M., & Hernández, M. L. (2010). Percepción de Beneficios y Barreras del Ejercicio Físico en Adultos Mayores. *Desarrollo Cientif Enferm.*, 18. Retrieved from <http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-70.pdf>
- Buñuel Heras, A. (1994). La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución de género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*. *Debate Feminista*, 296–314. Retrieved from http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/018_14.pdf
- Butler, J. (2013). For White Girls Only?: Postfeminism and the Politics of Inclusion. *Feminist Formations*, 25(1), 35–58. doi:10.1353/ff.2013.0009
- Cabeza, E., Artigues, G., Pujol, A., Tortella, G., & Yañez, A. (2009). Enquesta de Salut de les Illes Balears. *Palma: Conselleria de Salut I Consum*. Retrieved from <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST450ZI64052&id=64052>
- Camacho Miñano, M. J. (2013). Contradicciones del significado de la actividad físico-deportiva en las identidades corporales de las chicas adolescentes. Retrieved from <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/39683>
- Castillo, J. M. del, Jiménez-Beatty, J. E., Campos, A., Hierro, D. Del, Martín, M., & González, M. D. (2007). Barreras organizativas y sociales para la práctica de actividad física en la vejez. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 19, 13–31. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274220371002>
- Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Corporación Editora Médica del Valle. Retrieved from

<https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/3460>

- Cayuela Maldonado, M. J. (1997). Los efectos sociales del deporte : Retrieved from <http://ddd.uab.cat/record/44297>
- Cerin, E., Leslie, E., Sugiyama, T., & Owen, N. (2010). Perceived barriers to leisure-time physical activity in adults: an ecological perspective. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(4), 451–9.
- Chang, P.-J., Wray, L., & Lin, Y. (2014). Social relationships, leisure activity, and health in older adults. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(6), 516–23. doi:10.1037/hea0000051
- Chastin, S., Fitzpatrick, N., Andrews, M., & DiCroce, N. (2014). Determinants of Sedentary Behavior, Motivation, Barriers and Strategies to Reduce Sitting Time in Older Women: A Qualitative Investigation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), 773–791. doi:10.3390/ijerph110100773
- Clemson, L., Singh, M. F., Bundy, A., Cumming, R. G., Weisell, E., Munro, J., ... Black, D. (2010). LiFE Pilot Study: A randomised trial of balance and strength training embedded in daily life activity to reduce falls in older adults. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(1), 42–50. doi:10.1111/j.1440-1630.2009.00848.x
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., ... Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD004366. doi:10.1002/14651858.CD004366.pub6
- Correa-Bautista, J. E., Sandoval-Cuellar, C., Alfonso-Mora, M. L., & Rodríguez-Daza, K. D. (2012). Changes in physical aptitude in a group of older adult women in line with the active aging model. *Revista de La Facultad de Medicina*, 60(1), 21–30.
- Costa Delgado, J. (2011). La teoría de las generaciones: Ortega y Mannheim. Retrieved from <http://sociologyofphilosophy.blogspot.com.es/2011/01/la-teoria-de-las-generaciones-ortega-y.html>
- Crawford, M., & Unger, R. (2004). Women and gender: A feminist psychology. *McGraw-Hill*.
- Crespo-Salgado, J. J., Delgado-Martín, J. L., Blanco-Iglesias, O., & Aldecoa-Landesa, S. (2015). *Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. Atención Primaria* (Vol. 47).

doi:10.1016/j.aprim.2014.09.004

- Cristi-Montero, C., Celis-Morales, C., Ramírez-Campillo, R., Aguilar-Farías, N., Álvarez, C., & Rodríguez-Rodríguez, F. (2015). ¡Sedentarismo e inactividad física no son lo mismo!: una actualización de conceptos orientada a la prescripción del ejercicio físico para la salud. *Revista Médica de Chile*, 143(8), 1089–1090. doi:10.4067/S0034-98872015000800021
- de Andrés Pizarro, J. (2000). El análisis de estudios cualitativo. *Atención Primaria*, 25(1), 42–46. doi:10.1016/S0212-6567(00)78463-0
- De la Cuesta Benjumea, C. (2013). Características de la investigación cualitativa y su relación con la enfermería. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 15, 2.
- Denzen, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998). Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. *Strategies of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks CA: SAGE.
- Dionigi, R. (2007). Resistance training and older adults' beliefs about psychological benefits: the importance of self-efficacy and social interaction. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 29(6), 723–46.
- Duran, D., Orbegoz, L. J., Uribe-Rodríguez, A. F., & Uribe, J. M. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, vol. 7, no, p. 263–270.
- Dye, C. J., & Wilcox, S. (2006). Beliefs of low-income and rural older women regarding physical activity: you have to want to make your life better. *Women & Health*, 43(1), 115–34. doi:10.1300/J013v43n01_07
- Escudero-Carretero, M. J., García-Toyos, N., Prieto-Rodríguez, M. Á., Pérez-Corral, O., March-Cerdá, J. C., & López-Doblas, M. (2010). [Fibromyalgia: Patient perception on their disease and health system. Qualitative research study]. *Reumatología Clínica*, 6(1), 16–22. doi:10.1016/j.reuma.2009.04.008
- Estevez, F., Javier, R., Pinto, L., Florencia Cita, M., & Florencia, M. (2014). Beneficios percibidos por adultos mayores que asisten a un programa de actividad física. FÍSICA. VI Congreso Internacional de Investigación Y Práctica Profesional En Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores En Psicología Del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Retrieved from <http://www.aacademica.org>.

- Farias, T. Y., Santos-Lozano, A., Urra, P. S., & Cristi-Montero, C. (2015). Effects of training and detraining on glycosylated haemoglobin, glycaemia and lipid profile in type-II diabetics. *Nutr Hosp*, 32(4), 1729–1734.
- Fernández Núñez, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de Barcelona*.
- Foster, K. R. (2011). *Relating to work: Generation, discourse and social change*. Doctoral dissertation, Carleton University Ottawa.
- Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z., & Ferreira, M. L. (2015). Older people's perspectives on participation in physical activity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *British Journal of Sports Medicine*, 49(19), 1268–76. doi:10.1136/bjsports-2014-094015
- Franco-Martín, M., Parra-Vidales, E., González-Palau, F., Bernate-Navarro, M., & Solis, A. (2013). [The influence of physical exercise in the prevention of cognitive deterioration in the elderly: a systematic review]. *Revista de Neurologia*, 56(11), 545–54. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23703056>
- García, L. (2013). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo.
- García, R. F.-B., Casinello, M. D. Z., Bravo, M. D. L., Martínez, M. ángeles M., Nicolás, J. D., López, P. M., & Moral, R. S. Del. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(Número 4), 641–647.
- García-Ortiz, L., Grandes, G., Sánchez-Pérez, Á., Montoya, I., Iglesias-Valiente, J. A., Recio-Rodríguez, J. I., ... Gómez-Marcos, M. A. (2010). Efecto en el riesgo cardiovascular de una intervención para la promoción del ejercicio físico en sujetos sedentarios por el médico de familia. *Revista Española de Cardiología*, 63(11), 1244–1252. doi:10.1016/S0300-8932(10)70294-3
- Gellert, P., Witham, M. D., Crombie, I. K., Donnan, P. T., McMurdo, M. E. T., & Sniehotta, F. F. (2015). The role of perceived barriers and objectively measured physical activity in adults aged 65-100. *Age and Ageing*, 44(3), 384–90. doi:10.1093/ageing/afv001
- Gomes, K. V., & Zazá, D. C. (2012). MOTIVOS DE ADESÃO A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM IDOSAS. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 14(2), 132–138. doi:10.12820/RBAFS.V.14N2P132-138

- González, M. J. M. (2014). ¿Las mujeres no hacen deporte porque no quieren? ¿Los hombres practican el deporte que quieren? El género como variable de análisis de la práctica deportiva de las mujeres y de los hombres. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/282809091>
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., Ekelund, U., ... al., et. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet (London, England)*, 380(9838), 247–57. doi:10.1016/S0140-6736(12)60646-1
- Hardy, S., & Grogan, S. (2009). Preventing Disability through Exercise: Investigating Older Adults' Influences and Motivations to Engage in Physical Activity. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 1036–1046. doi:10.1177/1359105309342298
- Hargeaves, J. (1994). *Sporting females: critical issues in the history and sociology of women's sport*. Routledge, London.
- Hargreaves, J. (1993a). Bodies matter! Images of sport and female sexualisation. *PUBLICATION-LEISURE STUDIES ASSOCIATION*, 47, 60.
- Hargreaves, J. (1993b). Promesa y problemas en el ocio y los deportes femeninos. *Materiales de Sociología Del Deporte*, 109–132.
- Hargreaves, J. (2000). *Heroines of Sport: The Politics of Difference and Identity*. Retrieved from <https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=lnmtrsuLe10C&pgis=1>
- Hargreaves, J. (2002). Sporting females: Critical issues in the history and sociology of women's sport. In *Routledge*. (p. 84).
- Herreros, Y. H., López-Torres Hidalgo, J. D., de-Hoyos Alonso, M. C., Díez, J. M. B., Gorroñoñoitia Iturbe, A., & Martín Lesende, I. (2012). Actividades preventivas en los mayores. *Atención Primaria*, 44, 57–64. doi:10.1016/S0212-6567(12)70015-X
- Hooks, B. (2000). *Feminism is for everybody: Passionate politics*. Pluto Press. Retrieved from https://excoradfeminisms.files.wordpress.com/2010/03/bell_hooks-feminism_is_for_everybody.pdf
- ibestat. (2012). [Http://www.ibestat.caib.es](http://www.ibestat.caib.es).
- Iliffe, S., Kendrick, D., Morris, R., Masud, T., Gage, H., Skelton, D., ... Belcher, C. (2014). Multicentre cluster randomised trial comparing a community group exercise programme and home-based exercise with usual care for people aged 65 years and over in primary care. *Health Technology Assessment (Winchester,*

- England*), 18(49), vii–xxvii, 1–105. doi:10.3310/hta18490
- Iliffe, S., Kendrick, D., Morris, R., Skelton, D., Gage, H., Dinan, S., ... Masud, T. (2010). Multi-centre cluster randomised trial comparing a community group exercise programme with home based exercise with usual care for people aged 65 and over in primary care: protocol of the ProAct 65+ trial. *Trials*, 11, 6. doi:10.1186/1745-6215-11-6
- Im, E.-O., Chee, W., Lim, H.-J., Liu, Y., & Kim, H. K. (2008). Midlife Women's Attitudes Toward Physical Activity. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(2), 203–213. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00219.x
- IMSERSO. (2014). Las personas mayores en España. Retrieved from http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm
- INE. (2012a). Encuesta Nacional de Salud 2012.
- INE. (2012b). Proyección de la Población de España a Largo Plazo (2012-2052).
- Instituto de la Mujer. (2006). Actitudes y Prácticas Deportivas de las Mujeres en España. *Madrid: Instituto de La Mujer*.
- Jiménez, M. T. M. (2007, November 1). La reflexividad como herramienta de investigación cualitativa (II). *NURE Investigación*. Retrieved from <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/442>
- Joseph, R. P., Ainsworth, B. E., Keller, C., & Dodgson, J. E. (2015). Barriers to Physical Activity Among African American Women: An Integrative Review of the Literature. *Women & Health*, 55(6), 679–99. doi:10.1080/03630242.2015.1039184
- Justine, M., Azizan, A., Hassan, V., Salleh, Z., & Manaf, H. (2013). Barriers to participation in physical activity and exercise among middle-aged and elderly individuals. *Singapore Medical Journal*, 54(10), 581–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24154584>
- Kohl, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., & Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*, 380(9838), 294–305. doi:10.1016/S0140-6736(12)60898-8
- Kuhn, T. S. (1963). The Structure of Scientific Revolutions. *American Journal of Physics*, 31(7), 13–14. doi:10.1119/1.1969660
- Kvale, S. (2006). Dominance Through Interviews and Dialogues. *Qualitative Inquiry*, 12(3), 480–500. doi:10.1177/1077800406286235

- Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet (London, England)*, 380(9838), 219–29. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- Lee, L.-L., Arthur, A., Avis, M., Allen, J. K., Allison, M. J., Keller, C., ... Jones, D. A. (2008). Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1690–9. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.02.012
- Lin, C.-H., Chiang, S.-L., Yates, P., Tzeng, W.-C., Lee, M.-S., & Chiang, L.-C. (2016). Influence of Socioeconomic Status and Perceived Barriers on Physical Activity Among Taiwanese Middle-Aged and Older Women. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. doi:10.1097/JCN.0000000000000354
- Lohr, S. L. (2000). Muestreo : diseño y análisis / Sharon L. Lohr. *International Thomson México*.
- López Villar, C. (2008). Una visión feminista de la investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte. *IV Congreso Internacional y XXV Nacional de Educación Física (Córdoba , 2-5 de abril de 2008): “los hombres enseñando aprenden”*. Séneca (Epst. 7,8).
- Marques, E. A., Mota, J., & Carvalho, J. (2012). Exercise effects on bone mineral density in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Age (Dordrecht, Netherlands)*, 34(6), 1493–515. doi:10.1007/s11357-011-9311-8
- Martín, M. ., González, M. . D., Campos, A., del Hierro, D., & Jiménez-Beatty, J. E. (2010). Expectativas en la demanda latente de actividad física de las mujeres y hombres mayores en España. (Expectations by the Latent Demand of Physical Activity of Older Women and Men in Spain). *Cultura_Ciencia_Deporte*, 5(15), 141–150. doi:10.12800/ccd.v5i15.107
- Martínez Del Castillo, J. . R. M. L. . J.-B. J. E. . G. J. L. (2005). Influencia de la educació física escolar en la práctica de actividad física en la vejez. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 13. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/2742/274220877005/index.html>

- Martínez del Castillo, J., Jiménez-Beatty Navarro, J. E., Campos, A., Hierro, D. del, Martín, M., & González, M. D. (2007). Barreras organizativas y sociales para la práctica de actividad física en la vejez. *European Journal of Human Movement, ISSN 0214-0071, N.º. 19, 2007, Págs. 13-35, (19), 13–35.*
- Martínez del Castillo, J., Martín Rodríguez, M., Del Hierro Pinés, D., Jiménez-Beatty Navarro, J. E., & González Rivera, M. D. (2008). Barreras a la actividad física en las mujeres adultas y alternativas de conciliación. *Actividad física y deporte: ciencia y profesión*. Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física y en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching*. Sage Publications.
- Meaney, K. S., Dornier, L. A., & Owens, M. S. (2002). Sex-role stereotyping for selected sport and physical activities across age groups. *Perceptual and Motor Skills, 94*(3 Pt 1), 743–9. doi:10.2466/pms.2002.94.3.743
- Ministerio de Sanidad, S. S. e I. E. N. de S. E. 2011/12. (2014). Actividad física, descanso y ocio. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad*.
- Miranda, N; Antunez, M. (2006). Los Estereotipos de Género en la Practicas de Actividades Fisicas y Deportivas. In *Anais do VII Seminário Fazendo Gênero*.
- Morales Salinas, A., & Coca, A. (2010). [Obesity, physical activity and cardiovascular risk: ergoanthropometric classification, pharmacological variables, biomarkers and “obesity paradox”]. *Medicina Clínica, 134*(11), 492–8. doi:10.1016/j.medcli.2009.02.038
- Moreno, A., & Alvarez, N. (2010). Beliefs of university teaching staff’s physical education regarding body and health concepts. *Estudios Pedagógicos (Valdivia), 36*(1), 159–175. doi:10.4067/S0718-07052010000100009
- Moschny, A., Platen, P., Klaassen-Mielke, R., Trampisch, U., & Hinrichs, T. (2011). Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8*, 121. doi:10.1186/1479-5868-8-121
- Mosquera, M. J., & Puig, N. (2002). Género y edad en el deporte. *Sociología Del Deporte, 114–141.*

- MSSSI. (2012). Estrategia de abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Muñoz, B; Fondón, A. (2011). Políticas del cuerpo en mujeres deportistas. *Facultad de Ciencias Del Deporte (Universidad de Extremadura)*.
- Myers, J., Prakash, M., Froelicher, V., Do, D., Partington, S., & Atwood, J. E. (2002). Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *New England Journal of Medicine*, 346(11), 793–801.
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichán*, 12(3), 263–274.
- Nouchi, R., Taki, Y., Takeuchi, H., Hashizume, H., Nozawa, T., Sekiguchi, A., ... Kawashima, R. (2012). Beneficial effects of short-term combination exercise training on diverse cognitive functions in healthy older people: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13, 200. doi:10.1186/1745-6215-13-200
- O'Dougherty, M., Kurzer, M. S., & Schmitz, K. H. (2010). Shifting motivations: Young women's reflections on physical activity over time and across contexts. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 37(4), 547–67. doi:10.1177/1090198110361316
- OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(Supl.2), 74–105. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>
- OMS. (2010a). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- OMS. (2010b). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. *Disponible En: Http://www.who.int/nmh/publications/Ncd_report_summary_es.pdf.*
- OMS. (2011). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? Retrieved from <http://www.who.int/features/qa/42/es/>
- OMS. (2016). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. *WHO*.
- Osakidetza. (2011). Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.
- Otero, F. L., i Barata, N. P., & Ferrando, M. G. (2002). Cultura deportiva y socialización. *In Sociología Del Deporte*, 69–98.

- Oviedo Caro, M. Á., & Bueno Antequera, J. (2015). Barreras para la práctica y demandas de actividad física de mujeres mayores en una población rural de la provincia de Sevilla. Barriers to practice and claims of physical activity of elderly women in a rural population of Sevilla. *Movimiento Humano; Núm. 7 (2015); P. 25-40.*
- Pan, S. Y., Cameron, C., Desmeules, M., Morrison, H., Craig, C. L., & Jiang, X. (2009). Individual, social, environmental, and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 9*, 21. doi:10.1186/1471-2458-9-21
- Picorelli, A. M. A., Pereira, D. S., Felício, D. C., Dos Anjos, D. M., Pereira, D. A. G., Dias, R. C., ... Pereira, L. S. M. (2014). Adherence of older women with strength training and aerobic exercise. *Clinical Interventions in Aging, 9*, 323–31. doi:10.2147/CIA.S54644
- Pla, M. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria, 24(5)*, 295–300. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-rigor-investigacion-cualitativa-13354>
- Prevc, P., & Topič, M. D. (2009). Age Identity, Social Influence and Socialization through Physical Activity in Elderly People Living in a Nursing Home. *Collegium Antropologicum, 33(4)*, 1107–1114. Retrieved from <http://hrcak.srce.hr/51466>
- Puig i Barata, N. (2000). Proceso de individualización, género y deporte. *Apunts: Educación física y deportes*. Instituto Nacional d'Educació Física de Catalunya.
- Ramírez Vélez, R., López Alban, C. A., Triana Reina, H. R., Idarraga, M., & Giraldo Gensini, F. (2008). Beneficios percibidos de un grupo de mujeres en climaterio incorporadas a un programa de actividad física terapéutica. *Apunts. Medicina de l'Esport, 43(157)*, 14–23. doi:10.1016/S1886-6581(08)70064-1
- Rodríguez-Romo, G., Boned-Pascual, C., & Garrido-Muñoz, M. (2009). Motivos y barreras para hacer ejercicio y practicar deportes en Madrid. *Revista Panamericana de Salud Pública, 26(3)*, 244–254. doi:10.1590/S1020-49892009000900009
- Sabti, Z., Handschin, M., Joss, M. K., Allenspach, E. C., Nüscherer, M., Grize, L., & Braun-Fahrlander, C. (2010). Evaluation of a physical activity promotion program in primary care. *Family Practice, 27(3)*, 279–84. doi:10.1093/fampra/cmq010

- Salguero Pérez, A. J., & Martos Fernández, P. (2010). Análisis de la participación femenina en el medio maratón de Granada 2008. *Habilidad motriz: Revista de ciencias de la actividad física y del deporte*. Colegio Oficial de Profesores y Licenciados en Educación Física de Andalucía.
- Salguero, A., & Martos, P. (2009). Perspectiva social sobre la participación de la mujer española en competición. *Universidad de Granada*.
- Sauquillo, M. T. P. (2007). Eficacia de un programa de actividad física municipal en un grupo de adultos mayores físicamente activos. *Deporte Y Actividad Física Para Todos*, 5, 1–100.
- Schutzer, K. A., & Graves, B. S. (2004). Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine*, 39(5), 1056–1061. doi:10.1016/j.ypmed.2004.04.003
- Scraton, S. (1995). *Educación física de las niñas: un enfoque feminista*. Ediciones Morata.
- Sendón de León, V. (2000). ¿Qué es el feminismo de la diferencia? Retrieved from http://www.nodo50.org/mujeresred/victoria_sendonfeminismo_de_la_diferencia.html
- Stephan, Y., Boiché, J., & Scandiff, C. Le. (2010). MOTIVATION AND PHYSICAL ACTIVITY BEHAVIORS AMONG OLDER WOMEN: A SELF-DETERMINATION PERSPECTIVE. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 339–348. doi:10.1111/j.1471-6402.2010.01579.x
- Subirats Bayego, E., Subirats Vila, G., & Soteras Martínez, I. (2012). Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Medicina Clínica*, 138(1), 18–24. doi:10.1016/j.medcli.2010.12.008
- Tortosa Martínez, J., & Vega Ramírez, L. (2013). Mujeres mayores y actividad física. doi:10.14198/fem.2013.21.13
- Tucker-Seeley, R. D., Subramanian, S. V, Li, Y., & Sorensen, G. (2009). Neighborhood safety, socioeconomic status, and physical activity in older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(3), 207–13. doi:10.1016/j.amepre.2009.06.005
- Vargas Jiménez, I. (2012). The interview in the qualitative research: trends and challengers. *Calidad en la Educación Superior*. Programa de Autoevaluación Académica. Vicerrectoría Académica de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica.

- Vaughn, S. (2009a). Factors Influencing the Participation of Middle-Aged and Older Latin-American Women in Physical Activity: A Stroke-Prevention Behavior. *Rehabilitation Nursing*, 34(1), 17–23. doi:10.1002/j.2048-7940.2009.tb00243.x
- Vaughn, S. (2009b). Factors influencing the participation of middle-aged and older Latin-American women in physical activity: a stroke-prevention behavior. *Rehabilitation Nursing : The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 34(1), 17–23.
- Wen, C. P., Wai, J. P. M., Tsai, M. K., Yang, Y. C., Cheng, T. Y. D., Lee, M.-C., ... Wu, X. (2011). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*, 378(9798), 1244–53. doi:10.1016/S0140-6736(11)60749-6
- WHO. (2009). *Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva : World Health Organization.
- WHO. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Retrieved from http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/
- World Health Organization, W. (2009). Interventions on Diet and Physical Activity: What Works: Summary Report.
- Zambrini, L., & Iadevito, P. (2009). Feminismo filosófico y pensamiento post-estructuralista: teorías y reflexiones acerca de las nociones de sujeto e identidad femenina. *Sexualidad, Salud Y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 0(2), 162–180.
- Zipprich, C. (2001). The Role of Sports and Games in the Self-Image of Girls and Boys. Institut für Sportwissenschaft, Universität Hannover, Germany. *Institut Für Sportwissenschaft, Universität Hannover, Germany*. Retrieved from Documento en línea http://www.erz.uni-hannover.de/ifsw/daten/lit/zip_rol.pdf.

ANEXO 1.

HOJA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación: Beneficios, facilitadores y barreras percibidas para la realización de Ejercicio Físico en mujeres mayores de 65 años.

Investigadora principal: M^a José Sastre Perea, enfermera de Atención Primaria, alumna del Master de Investigación en Salud y Calidad de Vida de la Universitat de les Illes Balears.

Me dirijo a usted para informarle sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de les Illes Balears, de acuerdo con la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración de Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Mi intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en el estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y yo le aclararé las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, ello no conllevará ningún tipo de consecuencia negativa para usted.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo principal de la investigación es conocer cuáles son los factores más importantes que influyen en la realización de actividad física en mujeres mayores de 65 años. Conocer la percepción sobre los beneficios de la actividad física. Identificar las barreras y facilitadores para la realización de ejercicio físico.

Se realizarán entrevistas personales a mujeres mayores de 65 años con una duración aproximada de 45 minutos, si es necesario, se realizará la entrevista en el idioma (catalán o castellano) que sea más cómodo para el participante.

El contenido de las entrevistas será registrado en una cinta grabada y transcrita en forma de texto y después estas cintas serán destruidas.

La participación en este estudio de investigación no supondrá riesgo para su salud. Su contribución permitirá comprender mejor cuales son los factores que más importantes que influyen en la realización de ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años y así poder ayudar a diseñar estrategias en la comunidad para facilitar la práctica del ejercicio físico, disminuir las barreras que dificultan la realización de ejercicio físico y realizar intervenciones dirigidas a la integración en actividades que se realicen en la comunidad.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual debe dirigirse a la investigadora del estudio.

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación: Beneficios, facilitadores y barreras percibidas para la realización de Actividad Física en mujeres mayores de 65 años.

Investigadora principal: M^a José Sastre Perea, enfermera de Atención Primaria, alumna del Master de Investigación en Salud y Calidad de Vida de la Universitat de les Illes Balears.

Propósito de la investigación: Conocer cuáles son los factores más importantes que influyen en la realización de ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Conocer la percepción sobre los beneficios del ejercicio físico. Identificar las barreras y facilitadores para la realización de ejercicio físico

Yo, (nombre y apellidos).....,

He leído la hoja de información que se me ha facilitado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: M^a José Sastre Perea

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- a. Cuando quiera.
- b. Sin tener que dar explicaciones.
- c. Sin que esto repercuta en la atención sanitaria que reciba.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento.

Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre

Fecha:

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente

ANEXO 3.

GUIÓN DE LA ENTREVISTA

1. ¿Qué es para usted el ejercicio físico?
2. ¿Realiza usted ejercicio físico habitualmente?... ¿le gustaría realizar ejercicio físico?
3. ¿Ha realizado usted alguna vez ejercicio físico? ¿Realizó educación física en el colegio?
4. ¿Cómo se ha sentido cuando ha realizado ejercicio físico?
5. ¿Cómo le parece que puede influir la realización de ejercicio físico en su salud?... ¿Cree usted que puede tener beneficios?
6. ¿Cuáles son las barreras aspectos que le dificultan la realización de ejercicio físico?
7. ¿Cómo cree usted que influye el hecho de que usted sea mujer para realizar ejercicio físico?
8. ¿Qué factores le facilitarían la práctica de ejercicio físico?
9. ¿Le gustaría comentar alguna cosa sobre lo que se ha hablado en esta entrevista?
10. ¿Le gustaría añadir algo más sobre el tema?