

ORIGINAL BREVE

Recibido: 28 de febrero de 2020
Aceptado: 2 de abril de 2020
Publicado: 20 de octubre de 2020

PROGRAMA ACTIVA-MURCIA: ANÁLISIS SECUNDARIO, CON PERSPECTIVA DE GÉNERO, SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES PARTICIPANTES

Tania Ros-Sánchez (1), Beatriz Lidón-Cerezuola (2), Francisco Javier López-Román (3), Yolanda López-Benavente (4), Cristóbal Meseguer-Liza (5) y Eva Abad-Corpa (6)

(1) Doctoranda del Programa de Ciencias de la Salud de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia. Departamento de Enfermería. Servicio Murciano de Salud. IMIB-Arrixaca. Murcia. España.
(2) Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia. IMIB-Arrixaca. Murcia. España.
(3) Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia. Murcia. España.
(4) Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria. Área VII Murcia-Este. Servicio Murciano de Salud. IMIB-Arrixaca. Murcia. España.
(5) Gerencia 061. Servicio Murciano de Salud. Universidad de Murcia. Murcia. España.
(6) Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia. Hospital Reina Sofía. Servicio Murciano de Salud. IMIB-Arrixaca. Investén isciii. CIBERFES. Murcia. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

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

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

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

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

Palabras clave: Calidad de vida, Mujer, Ejercicio, Empoderamiento, Género y Salud, Envejecimiento.

ABSTRACT

Active-Murcia program: secondary analysis, with a gender perspective, on the quality of life of participating women

Background: Nowadays sedentarism has become a public health issue, as a matter of gender and age. Older women are more sedentary, which affects their Quality of life. The aim of this study was to evaluate the Activa-Murcia Program impact over the Quality of life in women participating in it.

Methods: Longitudinal retrospective descriptive study within a gender perspective was carried out, including women who had participated in the Activa-Murcia Program. A SF-36 Survey of Quality of Life has been evaluated, scoring age range in three different stages and the environment in which they live. An analysis of repeated measurements was carried out using ANOVA, and the Bonferroni Test was used for the pairwise analysis.

Results: The sample included 1,140 women. "Overall health" dimension improved up to 3 points, except in women over 60. Score highly inversely proportional to their age in the following dimensions: "Vitality" in 9.9, 6.2 and 3.9; "Mental health" in 7.7, 5.6 and 3.7; "Declared health evolution" in 11.2, 8.6. and 7.6. Women between 30-44 years old living in rural areas and those over 60 living in urban areas did not improve in "Social functions". Dealing with "Emotional Role", women between 30-44 and women between 45-59 in urban areas improved ($p < 0.05$). There was a statistical association between being highly aged and improving less in "Vitality", "Emotional Role" and "Mental health".

Conclusions: As women were getting older improve less in the dimensions of quality of life; so that could show, among others, an empowerment deficit.

Key words: Quality of life, Women, Exercise, Empowerment, Gender and Health, Aging.

Correspondencia:
Beatriz Lidón-Cerezuola
Campus de Espinardo, 1
Edificio 23
30100 Espinardo-Murcia, España
bealidon@um.es

Cita sugerida: Ros-Sánchez T, Lidón-Cerezuola B, López-Román FJ, López-Benavente Y, Meseguer-Liza C, Abad-Corpa E. Programa Activa-Murcia: análisis secundario, con perspectiva de género, sobre la calidad de vida en mujeres participantes. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 20 de octubre e202010132.

INTRODUCCIÓN

Aunque España es el país con la tasa de esperanza de vida más alta de Europa, también cuenta con el mayor sedentarismo y la tasa de obesidad más elevada de la Unión Europea, siendo éstos factores de riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, las más incidentes y la primera causa de muerte en España, especialmente en mujeres^(1,2).

Existe una feminización del sedentarismo, siendo ellas más sedentarias que ellos⁽³⁾, lo que podría ser una consecuencia de la diferencia de roles, asignados de manera sexista. Esta diferencia limita el acceso de las mujeres a la vida social e impone barreras para la práctica del ejercicio físico u otras actuaciones en relación a la salud⁽⁴⁾. La inactividad, con respecto al ejercicio físico, es multifactorial, y se encuentra relacionada con los valores socioculturales⁽⁵⁾.

El sedentarismo en las mujeres se agudiza en la vejez más que en sus compañeros coetáneos. A esto se suma que el envejecimiento poblacional es un suceso que se mantendrá al alza con el paso de los años. Las previsiones arrojan cifras en torno a un 36% de población mayor de 65 años en 2050 en España, siendo actualmente un 19% a nivel nacional y un 9% a nivel mundial⁽⁶⁾.

Debemos responder a esta situación con los propósitos mundiales que se plasman en los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas, especialmente el número 5⁽⁷⁾, sobre Igualdad de Género, y conseguir así beneficios en relación a la salud y el desarrollo a través del empoderamiento de la agencia humana, como cualidad personal para mejorar la autodeterminación⁽⁸⁾. Así, se han puesto en marcha en nuestro país numerosos mecanismos para promover la práctica del ejercicio físico, como el Programa Activa-Murcia, que lo fomenta en personas con factor

de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia⁽⁹⁾. Aun así, solo en unos pocos se utiliza el empoderamiento para mejorar la práctica del ejercicio físico, a pesar de que se ha observado un aumento de la autoeficiencia y la capacidad para enfrentar situaciones adversas^(10,11,12). Todo esto repercute en la calidad de vida de dichas mujeres, lo que nos indica que es necesario incluir la perspectiva de género.

La calidad de vida se define como “*la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones*”⁽¹³⁾. Mejorarla es el propósito de la promoción de la salud, y entre sus herramientas podemos encontrar el empoderamiento para ser sujetos activos de nuestra salud y alcanzar dicho propósito⁽¹⁴⁾.

Pese a no encontrar evidencia que relacione explícitamente la calidad de vida y el empoderamiento, si vemos esta relación entre este concepto y las dimensiones del Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, como, por ejemplo, la dimensión de “Salud General” como uno de los objetivos del empoderamiento⁽¹⁵⁾, o la “Vitalidad”, que mantiene en común con éste la autodeterminación y la toma de decisiones⁽¹⁶⁾. Y puesto que el empoderamiento no sólo alude al plano individual, sino también al social, la dimensión “Función Social” está claramente relacionada con él⁽¹⁷⁾. Ésta última y el “Rol Emocional” son las dimensiones que mejoran más en las personas más mayores, en detrimento de la función física⁽¹⁸⁾. Por último, la “Salud Mental” podría ser un fin en sí mismo del empoderamiento⁽¹⁹⁾.

Por tanto, el objetivo principal de este estudio consistió en analizar las posibles mejoras en la calidad de vida de las mujeres participantes en un programa de fomento del ejercicio físico, el Programa Activa-Murcia, a partir de sus respuestas al Cuestionario de Calidad de Vida

SF-36 en relación a las dimensiones de “Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Rol Emocional” y “Salud Mental”, antes y después de la intervención, y contando con perspectiva de género.

SUJETOS Y MÉTODOS

A partir de un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de una cohorte, realizamos un análisis secundario, para introducir la perspectiva de género y responder al objetivo principal. Los datos utilizados fueron los de las participantes del Programa Activa de la Región de Murcia, una intervención dirigida al fomento del ejercicio físico en personas que presentaban factores de riesgo cardiovasculares, desarrollada entre 2010-2017 en 46 centros de salud de 20 municipios de la Región de Murcia, en coordinación con las Concejalías de Deportes y Sanidad de sus ayuntamientos.

La población que formó parte del Programa Activa-Murcia estaba compuesta por hombres y mujeres, siendo la muestra de esta investigación las mujeres que respondieron al cuestionario, al inicio y al final de la intervención, en cada uno de los centros de Atención Primaria que participaron en dicho programa. Por tanto, se realizó un muestreo intencionado sobre la base de datos de participantes del Programa Activa-Murcia, tras la petición expresa de acceso a la misma. Se captó la información de todas las mujeres que habían cumplimentado el Cuestionario SF-36, obteniendo un total de 1.140 mujeres.

Para evaluar la calidad de vida, se administró el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36, que se compone de 9 dimensiones relacionadas con la calidad de vida, como son: “Función Física”, “Rol Físico”, “Dolor Corporal”, “Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Rol Emocional”, “Salud Mental” y “Evolución Declarada de la Salud”⁽²⁰⁾. Existe una versión

reducida de este cuestionario llamada SF-12, pero se opta por utilizar la versión original para comparaciones internacionales, con excelentes resultados, validez y fiabilidad^(21,22). Y, además, mantiene una buena sensibilidad al cambio⁽²³⁾.

Se siguió la metodología del estudio del Programa Activa-Murcia⁽⁹⁾, por lo que el único criterio de inclusión en este análisis secundario fue la respuesta de las mujeres en los dos tiempos de respuesta al cuestionario sobre calidad de vida.

Para el análisis se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- i) Dimensiones del cuestionario SF-36: “Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Rol Emocional”, “Salud Mental” y la “Evolución Declarada de la Salud”.
- ii) Evolución de dichas dimensiones antes y después de participar en el Programa Activa.
- iii) Medio en el que habitaban las participantes: rural o urbano.
- iv) Variables sociodemográficas, como la edad, quedando estratificada en tres intervalos: mujeres de 30 a 44 años, de 45 a 59 años y mayores de 60 años.

Utilizamos el Software estadístico SPSS v.19 para las comparaciones de las variables, mediante ANOVA para medidas repetidas con dos factores a estudio: un factor intrasujeto (tiempo: inicial y final) y un factor intersujeto (grupo de edad: 30-44 años, 45-59, >60 años) o hábitat (rural o urbano). Para el análisis por pares se realizó el test de Bonferroni.

El estudio del Programa Activa-Murcia recibió la conformidad del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

RESULTADOS

Tras realizar el análisis estadístico de las variables expuestas anteriormente, obtuvimos una serie de resultados en relación a las dimensiones de calidad de vida del cuestionario SF-36, los intervalos de edad de las mujeres y el entorno donde vivían, antes y después de la intervención. En la **tabla 1** podemos observar la distribución de la muestra según las variables anteriormente descritas. La muestra la componían un total de 1.140 mujeres, siendo 137 mayores de 65 años.

Tabla 1
Datos sociodemográficos
de las mujeres participantes.

Edad	Medio rural	Medio urbano	Total
30-44 años	44	81	125
45-59 años	261	394	655
>60 años	159	201	360
TOTAL	464	676	N=1.140

Dimensión “Salud General”: En cuanto al análisis multivariante, las mejoras percibidas sobre esta dimensión a lo largo del tiempo se presentaron en las mujeres entre 30-44 años ($p=0,003$), con casi 4 puntos de mejoría, y en las mujeres entre 45-59 años ($p=0,001$). Sin embargo, las mayores de 60 años no presentaron mejoras en su “Salud General”. Por otro lado, en el análisis entre la mejoría y el ámbito donde vivían, todas las mujeres, ya fueran de medio urbano o rural, mejoraron ($p=0,001$). A su vez, se analizó la posible relación de todas las variables -edad, medio, tiempo (antes y después del Programa Activa)- con la dimensión de “Salud General”, obteniendo que las mujeres entre 30 y 44 años mejoraban en esta categoría, independientemente del medio en el que habitaban, al igual

que las mujeres entre 45-59 años, siendo muy diferente para las mayores de 60 años, que solo mejoraban en el medio rural ($p=0,04$). Aun así, no se encontró relación estadísticamente significativa entre mejorar más o no según la edad.

Dimensión “Vitalidad”: La “Vitalidad” mejoraba en todas las mujeres y en todos los medios tras la intervención. De tal forma que, al analizar la evolución en esta dimensión a lo largo del tiempo según la edad, las mujeres entre 30-44 años mejoraron en casi 10 puntos, las de entre 45-59 años en 6,2 puntos y las mayores de 60 años en 3,9 puntos, por lo que se observó que a mayor edad la mejoría de la “Vitalidad” era más discreta ($p<0,05$) y la prueba de efectos intrasujetos mantuvo esta relación ($p=0,002$). Cabe destacar que mejoraban independientemente del medio en el que habitasen.

Dimensión “Función Social”: Con respecto a la dimensión “Función Social”, al relacionarla con la edad obtuvimos que todas mejoraron, entre 4,4 puntos las más jóvenes y 2,6 las más mayores. El análisis estadístico no mostró relación estadísticamente significativa en mejorar más según una edad u otra. Por otro lado, las mujeres del entorno rural ($p=0,001$) y las del urbano ($p=0,001$) mejoraron en “Función Social” en 3,5 puntos. Y con el análisis de todas las variables se obtuvo que en entorno urbano mejoraban su “Función Social” las mujeres entre 30-44 años y las de entre 45-59 años. En cuanto al entorno rural, mejoraban las mujeres entre 45-59 años ($p=0,001$) y las mayores de 60 años ($p=0,031$).

Dimensión “Rol Emocional”: En el análisis de la mejoría del “Rol Emocional” en relación a la edad, las mujeres entre 30-44 años mejoraban en casi 9 puntos ($p=0,001$) y las de entre 45-59 en 3,35 puntos ($p=0,002$). No existió mejoría estadísticamente significativa en las mujeres mayores de 60 años. El análisis estadístico reveló que mejoraban más las mujeres del

Tabla 2
Comparación por pares. Cambios en dimensiones antes y después de intervención, por intervalos de edad y medio.

Intervalo de edad	Medio	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCIÓN SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL	EVOLUCION SALUD
		Diferencia de medias (Sig. ^(b))	Diferencia de medias (Sig. ^(b))	Diferencia de medias (Sig. ^(b))	Diferencia de medias (Sig. ^(b))	Diferencia de medias (Sig. ^(b))	Diferencia de medias (Sig. ^(b))
30 - 44	Rural	3,801 (0,05)	9,659 (0,0001)	3,547 (0,231)	10,345 (0,010)	7,864 (0,001)	9,524 (0,025)
	Urbano	3,642 (0,013)	10,086 (0,0001)	5,250 (0,016)	7,607 (0,016)	7,538 (0,0001)	13,021 (0,0001)
45 - 59	Rural	2,880 (0,0001)	7,144 (0,0001)	4,600 (0,0001)	1,509 (0,370)	6,555 (0,0001)	8,201 (0,0001)
	Urbano	2,340 (0,0001)	5,310 (0,0001)	3,110 (0,002)	5,200 (0,0001)	4,642 (0,0001)	8,977 (0,0001)
>60	Rural	2,157 (0,040)	4,602 (0,0001)	3,326 (0,031)	3,269 (0,128)	4,998 (0,0001)	8,686 (0,0001)
	Urbano	1,216 (0,193)	3,219 (0,005)	1,952 (0,157)	0,619 (0,727)	2,427 (0,034)	6,641 (0,0001)

Tabla 3
Pruebas de efectos intra-sujetos positivas según intervalos de edad y dimensiones.

Origen		F	Sig.
SALUD GENERAL	Esfericidad asumida	1,162	0,313
	Greenhouse-Geisser	1,162	0,313
	Huynh-Feldt	1,162	0,313
	Límite-inferior	1,162	0,313
VITALIDAD	Esfericidad asumida	6,519	0,002
	Greenhouse-Geisser	6,519	0,002
	Huynh-Feldt	6,519	0,002
	Límite-inferior	6,519	0,002
FUNCIÓN SOCIAL	Esfericidad asumida	0,569	0,566
	Greenhouse-Geisser	0,569	0,566
	Huynh-Feldt	0,569	0,566
	Límite-inferior	0,569	0,566
ROL EMOCIONAL	Esfericidad asumida	2,917	0,05
	Greenhouse-Geisser	2,917	0,05
	Huynh-Feldt	2,917	0,05
	Límite-inferior	2,917	0,05
SALUD MENTAL	Esfericidad asumida	3,056	0,047
	Greenhouse-Geisser	3,056	0,047
	Huynh-Feldt	3,056	0,047
	Límite-inferior	3,056	0,047
EVOLUCIÓN DECLARADA SALUD	Esfericidad asumida	0,828	0,437
	Greenhouse-Geisser	0,828	0,437
	Huynh-Feldt	0,828	0,437
	Límite-inferior	0,828	0,437

grupo de menor edad que las más mayores. Por otro lado, en el análisis del medio en relación a la mejoría del “Rol Emocional” se vió que mejoraron tanto las mujeres de entorno urbano ($p=0,001$) como las de rural ($p=0,002$), en 4,47 y 5 puntos, respectivamente. Y en cuanto a la relación entre todas las variables podemos decir que el impacto de la mejoría fue disminuyendo con la edad, porque todas las mujeres entre 30-44 años mejoraban, solo las de la zona urbana entre 45-59 años ($p=0,001$) y no se apreció ninguna mejoría significativa en las mujeres mayores de 60 años.

Dimensión “Salud Mental”: Con respecto a la dimensión “Salud Mental”, las mujeres entre 30-44 años mejoraron tras la intervención en 7,7 puntos, las de entre 45-59 en 5,6 puntos y las mayores de 60 años en 3,7 puntos ($p=0,001$). Según el análisis realizado, sí existía relación estadísticamente significativa en presentar mayor mejoría perteneciendo a un grupo de edad que a otro, ya que las mujeres entre 30-44 años mejoraron más en Salud Mental que las de entre 45-59 años y, a su vez, éstas más que las mayores de 60. En el análisis de la relación entre el medio y la mejoría en esta dimensión, todas las mujeres, independientemente del entorno, mejoraban ($p=0,001$). Y en la comparación por pares se obtuvo que todas las mujeres, de cualquier intervalo de edad y medio urbano, presentaban mejorías, con una significación estadística menor a 0,005, aunque no podemos decir que mejoraban unas más que otras según el entorno.

Dimensión “Evolución Declarada de la Salud”: Por último, teniendo en cuenta la valoración de la salud a lo largo del tiempo mediante esta dimensión, partimos de que todas las mujeres manifestaron una mejor evolución en su salud ($p=0,001$), siendo de 11,2 puntos la mejoría en las del intervalo 30-44, de 8,5 en el de 45-59 y de 7,6 puntos en mayores de 60 años, sin relación estadísticamente significativa en presentar

una mejor mayoría por pertenecer a un grupo de edad u otro. En cuanto al medio, las mujeres del entorno urbano tenían una mejoría de 1 punto más ($p=0,001$) que las del rural, que mejoraron 8,8 puntos ($p=0,001$). Además, todas las participantes presentaban una evolución favorable estadísticamente significativa de su salud, independientemente de la edad y el entorno donde vivían.

No se observaron relaciones estadísticamente significativas en mejorar más al pertenecer a un determinado medio o a una edad específica y viviendo en una zona en especial, en relación a todas las dimensiones que hemos descrito.

En las [tablas 2 y 3](#) se muestra la comparación por pares entre los cambios en las dimensiones según edad y medio, y las pruebas de efectos intra-sujetos según intervalos de edad y dimensiones, respectivamente.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sobre las dimensiones indican que las mujeres mayores muestran menores mejorías con el programa que las de otras franjas etarias, en casi todas las dimensiones del SF-36.

Haciendo alusión a las variables sociodemográficas, podemos observar cómo las que más participan son las mujeres entre 45-59 años, seguidas de las mayores de 60 años y de las mujeres entre 30-44 años. Del total de la muestra, tan solo 137, un 12%, tienen más de 65 años.

Según el último informe del INE (2018), el sedentarismo se encuentra influenciado por cuestión de edad, lo cual puede sesgar su análisis, y esto se replica en nuestra investigación.

En cuanto al análisis por dimensiones, se observa una evolución positiva en la dimensión de “Salud General” de todas las mujeres y en

cualquier medio, salvo en las mayores de 60 años en medio urbano. Es decir, la sensación de tener un mejor estado de “Salud General” en relación a la calidad de vida tras la intervención no es propia de dicho grupo. A la luz de nuestros resultados, podemos decir que la “Salud General” (encuadra las esferas biológicas, psicológicas y sociales) no sigue una correlación directa con los niveles de salud, como sucede con otros. De igual modo, en nuestro estudio se obtienen mejores resultados en las dimensiones mentales que en “Salud General”, más visibles aún en mujeres mayores de 60 años. Esta dimensión guarda una amplia relación con el empoderamiento, puesto que la salud general, percibida como un componente de la calidad de vida, coincide con el autocuidado (desde una perspectiva biopsicosocial) como parte del proceso empoderador de la conciencia de la limitación, para hacer de ella una oportunidad⁽¹⁶⁾.

La mejora en “Salud Mental” se observa en todas ellas y en todos los ámbitos, con un sentido inverso de asociación, de tal forma que, a mayor edad, menor es la mejoría experimentada en relación a esta dimensión. Esto podría traducirse en una disminución del intervalo de mejoría en bienestar general conforme avanzan los años, con un riesgo de padecer problemas de Salud Mental que tanto acechan a la población, y en especial a las mujeres, como la depresión o la ansiedad, encontrando similitudes con los datos de Alonso *et al*⁽²²⁾. Por otro lado, encontramos diferencias con el estudio de Mishra *et al*, puesto que, utilizando la misma herramienta de valoración, manifiesta un aumento de esta Salud Mental durante la mediana edad, que declina en las mujeres mayores⁽²⁵⁾.

La “Salud Mental” está relacionada con la agencia humana, conocida como la capacidad de tomar decisiones informadas. Ésta incide en la salud mental individual y comunitaria a través de dos herramientas claves: la autoestima y la autocrítica, siendo el empoderamiento una

estrategia para conseguir mejores resultados en Salud Mental⁽¹⁹⁾. De acuerdo con Regidor *et al*, las mujeres más jóvenes mejoran más significativamente que el resto en “Salud General”, así como en “Salud Mental”⁽²⁶⁾, siendo equiparable a lo obtenido en esta investigación.

El aspecto comunitario, valorado desde el punto de vista de la calidad de vida a través de la “Función Social”, obtiene buenos resultados, traducidos en mejoría generalizada inicial. Sin embargo, existen diferencias según el entorno donde vivían, mejorando en esta dimensión las mujeres entre 30 y 59 años urbanas y las mayores de 45 años rurales. Posiblemente esto tenga otra lectura, como sería la cercanía a las redes comunitarias de amistad. En el caso de las mujeres mayores, en un medio rural éstas se encuentran cercanas, lo que podría favorecer esta dimensión. Aunque las mujeres mayores son potentes en establecer, crear y mantener redes, tienen dificultades para incrementarlas de la forma actual, a través de las nuevas tecnologías.

La brecha digital intergeneracional y de género, que discrimina doblemente a las mujeres mayores, genera mayor dificultad para la participación social y las relaciones en ellas⁽²⁷⁾.

Ello no es óbice para que las más jóvenes obtengan mejores resultados si viven en la ciudad, donde seguramente tendrán más contacto con personas coetáneas con las que relacionarse y un abanico más amplio de actividades que realizar. Cabe mencionar la investigación de Alonso *et al*, quienes concluyen que todas las dimensiones, excepto la “Función Social”, son consistentes, proponiendo utilizar otras herramientas para valorar la “Función Social” en un sentido más amplio⁽²⁰⁾.

También existe esta similitud con la “Función Social” como dimensión de la calidad de vida, puesto que es bien sabido que el empoderamiento es un proceso individual y colectivo,

y crear redes favorece tanto la calidad de vida como el empoderamiento⁽¹⁷⁾. Tanto esta, como el “Rol Emocional”, son las dimensiones más positivas en las personas mayores de 60 años, con un detrimento de la función física⁽¹⁸⁾, lo que difiere de los resultados en nuestra población, donde la mejoría no es tan clara.

En cuanto al “Rol Emocional”, todas las mujeres entre 30-44 años mejoran en este aspecto, las de entre 45-59 años que vivían en zonas urbanas también, pero no las residentes en el ámbito rural ni las de edad superior a 60 años, independientemente del medio. En esta cuestión, además, se observa una progresión, ya que las más jóvenes siempre mantendrían una mejoría superior a las de 45-59 años y que las mujeres mayores de 60 años, que no mejorarían el aspecto emocional de su personalidad tras esta intervención. Este dato es de interés, ya que la falta de progreso en lo emocional repercute de manera significativa en la calidad de vida.

La “Vitalidad” mejora en las mujeres que participaron independientemente del entorno, pero no de su edad, ya que, a mayor edad, menor es la mejoría percibida. La sensación de “Vitalidad”, definida como sentirse vivas y útiles para tomar decisiones y formar parte activa de sus vidas, es un aspecto que merma con la edad. Muestra un déficit de empoderamiento, como expresan Westendorp *et al*, ya que la acción de empoderarse genera un efecto inverso, logrando “sensaciones subjetivas de satisfacción a lo largo del ciclo vital”⁽²⁸⁾.

Y, por último, todas las mujeres declaran mejoría en la “Evolución de su Salud”, sin diferencia por edad o medio, lo que resulta un buen indicador de que la intervención trae consigo resultados positivos.

Cabe destacar que las tres dimensiones que empeoran según aumenta la edad de las mujeres están muy relacionadas con la esfera

psicológica de las personas, como son la “Vitalidad”, el “Rol Emocional” y la “Salud Mental”. En un estudio realizado por Atehortúa *et al* observan que el componente mental, tras un programa de rehabilitación cardiaca, mejora a las ocho semanas del programa, pero no a los seis meses⁽²⁹⁾. Esto difiere de nuestros resultados, ya que éstos son los recogidos a los seis meses de finalizar el Programa Activa.

En general, las mujeres del intervalo 30-44 años siempre mejoran, en todas las dimensiones, encontrando similitudes con el estudio de García *et al*, puesto que la medición de la calidad de vida, con el cuestionario SF-36, obtiene siempre los mejores resultados en las mujeres entre 30-39 años⁽²³⁾. En contraposición, las mujeres mayores de 60 años obtienen los peores resultados en comparación al resto y, por lo tanto muestran peor calidad de vida, algo que podemos contrastar con la literatura científica⁽³⁰⁾.

La posible relación entre la calidad de vida y el empoderamiento de las mujeres se plasma en la relación del Cuestionario de Empoderamiento de Rogers *et al* con el cuestionario SF-36, a través de las dimensiones de “Vitalidad”, “Rol Emocional” y “Función Social”, siendo ésta última la más representada. En menor medida se relaciona con la “Salud General” y “Mental”⁽³⁰⁾. A su vez, centrándonos en la población mayor, la Escala de Empoderamiento sobre Salud en Adultos Mayores guarda también esta relación con el SF-36, a través de las dimensiones de “Salud General”, “Vitalidad”, “Rol Emocional” y “Salud Mental”, aunque no demasiada con la “Función Social”⁽³¹⁾. Teniendo en cuenta las mejoras experimentadas en algunas de las dimensiones, así como la bibliografía que plasma la relación entre estas dimensiones de la calidad de vida y el empoderamiento, y las diferencias entre mujeres según la edad, podríamos hablar de una diferencia de poder. Esta diferencia, una vez implantada en las conciencias de las mujeres participantes, podría indicar un camino hacia el empoderamiento.

Podemos concluir que, a mayor edad, existe mayor deterioro en las esferas de la “Salud Mental”, la “Vitalidad” y el “Rol Emocional” de la calidad de vida, encontrando que las mujeres mayores no mejoran en esta última dimensión. Las mujeres mayores de ámbito urbano tampoco mejoran su “Salud General” y “su Función Social”, así como tampoco lo hacen las más jóvenes de entorno rural en la “Función Social”, y en el “Rol Emocional” no presentan mejoría las mujeres de mediana edad rurales. Pese a ello, todas declaran tener mejoría en la evolución de su salud. Además, los peores resultados en la población mayor de nuestro estudio, comparados con los resultados del resto de mujeres, nos indica un déficit de aquellas características que determinan el empoderamiento y que se relacionan con las dimensiones de la calidad de vida, como son la autodeterminación, la función social y la confianza.

Se recomienda abordar la calidad de vida de las mujeres mayores con más especificidad, teniendo en cuenta su idiosincrasia de salud y sociales, así como el entorno donde habitan. Ahondar en ello permitiría generar objetivos y propósitos de salud que promuevan un envejecimiento saludable a través de investigaciones con perspectiva de género, atendiendo a las barreras y motivaciones que puedan tener las mujeres a estas edades, para mejorar así su salud mediante el fomento del empoderamiento. Para ello, lo óptimo sería utilizar la metodología cualitativa, dotando de significado ese déficit de calidad de vida y empoderamiento, situando en el centro el verdadero problema de género que subyace a esta realidad.

Proponemos crear estrategias que ayuden a fomentar el autocuidado en las mujeres mayores y a fortalecer esas dimensiones relacionadas con la calidad de vida que, con el tiempo, se deterioran. Para ello sería interesante poner en marcha intervenciones que impulsen el empoderamiento en esta franja etaria. A su vez,

sería recomendable replicar esta investigación con una muestra actual, e incluso comparar estos resultados con los actuales de las mismas mujeres que han participado, para comprobar qué información nos arroja con la perspectiva del tiempo.

Entre las fortalezas de esta investigación encontramos la realización de la misma en toda una comunidad autónoma, accediendo a una muestra elevada de mujeres, procedentes de diversos entornos y áreas de salud de la Región de Murcia. Además, el uso de un cuestionario validado y ampliamente utilizado para analizar la calidad de vida también se presenta como un punto a favor de este análisis secundario con perspectiva de género. A su vez, resulta una fortaleza el análisis de las dimensiones por variables sociodemográficas, ya que la edad y el territorio son ejes de desigualdad dentro de los determinantes sociales de la salud.

Y en cuanto a las limitaciones, una de ellas sería el haber analizado las puntuaciones en calidad de vida solo de mujeres que tenían factor de riesgo cardiovascular, siendo estas las que participaron en el Programa Activa-Murcia, así como el desfase en años a la hora de realizar el análisis secundario, lo que puede limitar la capacidad de contextualizar los resultados en la situación actual. Aun así, y teniendo en cuenta el tamaño de muestra utilizada para esta investigación y la literatura científica revisada sobre el tema tratado, existen posibilidades de transferir los resultados obtenidos al resto de la población.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Región de Murcia el proporcionarnos los datos primarios, así como su apoyo a la hora de realizar este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU. España, perfil sanitario del país. Eur Obs Heal Syst Policies. 2017.
2. Sociedad Española de Cardiología. Enfermedad cardiovascular en la mujer. Estudio de la situación en España. 2006;106. Available from: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfCardiovascMujerEspana.pdf>
3. Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. 26 Junio 2018 [Internet]. 2017;12. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
4. De Soysa I, Lewin OL. Gender empowerment, inequalities and the prevalence of adult female obesity: An empirical analysis using new data, 1990–2013. Scand J Public Health [Internet]. 2018;(October):12. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494818807568>
5. OMS. Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030. 2018.
6. Population Reference Bureau. 2018 World Population Data Sheet. 2018;20. Available from: https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/08/2018_WPDS.pdf
7. Manandhar M, Hawkes S, Buse K, Nosrati E, Magar V. Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. Bull World Health Organ. 2018;96(9):644–53.
8. Taukobong HFG, Kincaid MM, Levy JK, Bloom SS, Platt JL, Henry SK et al. Does addressing gender inequalities and empowering women and girls improve health and development programme outcomes? Health Policy Plan. 2016;31(10):1492–514.
9. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Programa ACTIVA para la promoción de la Actividad Física Saludable.
10. Lindgren EC, Baigi A, Apitzsch E, Bergh H. Impact of a six-month empowerment- based exercise intervention programme in non-physically active adolescent Swedish girls. Health Educ J [Internet]. 2011;70(1):9–20. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0017896910379366>
11. E Withney GM, Fry MD. Psychometric Support for the Ownership in Exercise and Empowerment in Exercise Scales. Meas Phys Educ Exerc Sci. 2014;18:135–51.
12. United Nations. Women, gender equality and sport. 2007; Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/public/Women and Sport.pdf>
13. WHO. Promoción de la Salud Glosario. World Heal Organ [Internet]. 1998;23. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
14. Rodríguez Beltrán M. Empoderamiento y promoción de la salud. Red Salud 14 [Internet]. 2009;20–31. Available from: <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>
15. Camerini L, Schulz PJ, Nakamoto K. Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: A cross-sectional evaluation. Patient Educ Couns. 2012;89(2):337–44.
16. Chaves Rodríguez MP, Camarinha da Silva dos Santos Barbosa MR, Lopez Fernandes JL. La vitalidad y la vejez. Rev IGT na Rede. 2016;16(24):115–33.
17. Torres A. La educación para el empoderamiento y sus desafíos. Sapiens Rev Univ Investig. 2010;(1):23–7.
18. López-García E, Banegas JR, Pérez-regadera AG, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J, Rodríguez-Artalejo F. Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. Med Clin (Barc). 2003;120(15):568–73.

19. Banda A, Morales M, Flores R, Vanegas A. Promoción de salud mental mediante el desarrollo de agencia humana y empoderamiento : enfoque intrapersonal. *Rev la Fac Nac Salud Pública*. 2014;32(1):161–9.
20. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;(104):771–6.
21. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España : componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2018;130(19):726–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13121076>
22. Alonso J, Gandek B, Ware JE, Neil K. Health-Related Quality of Life Associated with Chronic Conditions in Eight Countries : Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project Kaasa , Alain Leplège and The IQOLA Project Group Source : Quality of Life Research , Vol . . 2017;(May).
23. Garcia GHI, Garcia GV, Vera C, Vera Y, Lugo A, H L et al. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana , con aplicación del SF-36. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2014;32(1):26–39.
24. Schnelle C, Minford EJ, McHardy V, Keep J. A Group of 500 Women Whose Health May Depart Notably From the Norm: Protocol for a Cross-Sectional Survey. *JMIR Res Protoc* [Internet]. 2017;6(11):e234. Available from: <http://www.researchprotocols.org/2017/11/e234/>
25. Mishra GD, Hockey R, Dobson AJ. A comparison of SF-36 summary measures of physical and mental health for women across the life course. *Qual Life Res*. 2014;(23):1515–21.
26. Regidor E, Barrio G, De La Fuente L, Domingo A, Rodríguez C, Alonso J. Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(2):75–82.
27. Arias Fernandez E, Lirio Castro J, Alonso González D, Herranz Aguayo I. Acceso y uso de las TIC de las mujeres mayores de la Europa comunitaria. *Rev Prism Soc* [Internet]. 2018;Envejecimi(21):282–315. Available from: <http://revistaprismasocial.es/article/view/2458/2654>
28. Westendorp RGJ, Schalkwijk FH. When longevity meets vitality. *Proc Nutr Soc*. 2014;73(3):407–12.
29. Atehortúa DS, Gallo JA, Rico M, Durango L. Efecto de un programa de rehabilitación cardíaca basado en ejercicio sobre la capacidad física, la función cardíaca y la calidad de vida, en pacientes con falla cardíaca. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2011;18(1):25–36. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0120563311701632>
30. Rogers ES, Chamberlin J, Marsha LE, Crean T. A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Psychiatr Serv*. 1997;48(8):1042–7.
31. Jorge D, Serrani L. Escala de Empoderamiento sobre la Salud para Adultos Mayores. Adaptación al español y análisis psicométrico. *Colomb Med*. 2014;45(4):179–85.