

# REVISTA PRISMA SOCIAL N° 21

## ENVEJECIMIENTO Y GÉNERO: INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS

2º TRIMESTRE, JUNIO 2018 | SECCIÓN TEMÁTICA | PP. 28-42

RECIBIDO: 30/3/2018 – ACEPTADO: 29/4/2018

### EL DETERIORO DE LOS RECURSOS SOCIALES DE LAS MUJERES ANCIANAS: REFLEXIONES SOBRE VIUDEDAD Y CONYUGALIDAD

### THE DETERIORATION OF SOCIAL RESOURCES OF ELDERLY WOMEN: THOUGHTS ON WIDOWHOOD AND CONJUGALITY

---

MARIA HELENA PIMENTEL / [hpimentel@ipb.pt](mailto:hpimentel@ipb.pt)

UICISA: E. PROFESORA COORDINADORA DE LA ESCUELA DE SALUD DEL INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA, PORTUGAL

CARLOS MIGUEL FIGUEIREDO AFONSO / [info.carlstat@gmail.com](mailto:info.carlstat@gmail.com)

INVESTIGADOR PROFESORA COORDINADORA DE LA ESCUELA DE SALUD DEL INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA, PORTUGAL

ANA MARAGARIDA PC MONTEIRO / [anamargaridamonteiro44@gmail.com](mailto:anamargaridamonteiro44@gmail.com)

ESTUDIANTE DE LA ESCUELA DE SALUD DEL INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA, PORTUGAL

LEONEL SÃO ROMÃO PRETO / [leonelpreto@ipb.pt](mailto:leonelpreto@ipb.pt)

UICISA: E. PROFESOR COORDINADOR DE LA ESCUELA DE SALUD DEL INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA, PORTUGAL



prisma  
social  
revista  
de ciencias  
sociales

## RESUMEN

La vulnerabilidad social en las personas mayores constituye uno de los principales impedimentos para alcanzar un envejecimiento exitoso, siendo importante estudiar su afectación en función del género. Teniendo en cuenta la actual tendencia de feminización del envejecimiento, esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre el género y los recursos sociales e identificar los aspectos que contribuyen al deterioro de los recursos sociales en función del género.

Para la consecución de este objetivo de investigación, se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra comunitaria representativa (n=109) de personas  $\geq 75$  años reclutadas en Bragança, municipio del Nordeste de Portugal. Se registraron variables sociodemográficas y clínicas. Los recursos sociales se evaluaron mediante la escala (OARS). El análisis bivariado ( $p < 0,05$ ) demostró que la viudez afecta principalmente a las mujeres debido a que los hombres presentan peores indicadores relacionados con la prevención de la salud y tasas de mortalidad más elevadas. Como consecuencia hay un mayor porcentaje de mujeres que viven solas, y los recursos sociales están más deteriorados en el género femenino por la ruptura del lazo conyugal.

## PALABRAS CLAVE

Envejecimiento; género; recursos sociales; OARS; conyugalidad; viudedad; salud preventiva.

## ABSTRACT

Social vulnerability in elderly people is one of the main impediments of successful aging. It is important to study the repercussions of this vulnerability from a gender perspective. Based on the feminisation of aging, the aim of this research is to analyse the relationship between gender and social resources and to identify aspects that contribute to the deterioration of social resources according to gender.

A cross-sectional study was carried out covering a representative sample (n=109) of adults aged  $\geq 75$  years from Northeastern region of Portugal (Bragança). Socio-demographic, clinical data and social resources by the Older Americans Resources and Services Scale were measured. A bivariate analysis ( $p < 0.05$ ) showed that widowhood mainly affects women due to older men have worse indicators related to preventive health and present higher male mortality. As a consequence, older women are more likely to live alone and they are particularly vulnerable to social resources due to marriage bond break-up.

## KEYWORDS

Ageing; gender; social resources; OARS; conjugality; widowhood; preventive health.

## 1. INTRODUCCIÓN

Portugal, al igual que otros países europeos, ha experimentado en las últimas décadas profundas transformaciones demográficas caracterizadas por el aumento de la longevidad, la reducción de la población joven y la disminución en la tasa de natalidad. En 2015, las personas de 65 años o más representaban el 20,5% del total de la población residente en Portugal (PORDATA, 2016). Concretamente, en la provincia de Trás-os-Montes (región donde fue realizado este estudio) el porcentaje de personas mayores es superior, rondando el 30% del total de población.

Con respecto al género, señalar que en Trás-os-Montes el número de mujeres mayores que viven solas casi triplica a los hombres (1.917 vs 667, respectivamente).

Del mismo modo, la esperanza media de vida al nacer de la población portuguesa en los años sesenta y setenta del siglo XX registró su mayor aumento. En la actualidad la brecha de género a favor de la mujer en la esperanza de vida es de 6,2 años (84,3 años en la mujer vs 78,1 en el hombre) (PORDATA, 2016).

Esta inversión de la pirámide poblacional y el progresivo aumento del envejecimiento conlleva una transformación social que acarrea un conjunto de desafíos socio-sanitarios que deben abordarse con políticas que promuevan el envejecimiento activo, la participación social y la seguridad de las personas mayores, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Una de las principales problemáticas es el aislamiento social de las personas mayores, el cual representa un obstáculo para lograr un envejecimiento activo y saludable, concepto definido por la Organización Mundial de la Salud 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» (WHO, 2015), debido a la disminución de la intergración e interacción social que sufren las personas mayores por la disminución de contactos sociales causados por la pérdida de familiares y amigos, lo que implica a su vez repercusiones negativas a nivel psicológico y emocional y en la calidad de vida.

Un estudio previo «Censos Sénior, 2017» ya analizó 45.516 personas mayores portuguesas, de los/as cuales 28.279 vivían solos/as, 5.124 vivían aislados/as, 3.521 vivían solos/as y aislados/as y 8.592 presentaban una situación de vulnerabilidad debido a limitaciones físicas y/o psicológicas.

A pesar de que las mujeres poseen una ventaja en términos de longevidad, esto no significa que tengan un envejecimiento más exitoso. De hecho, las mujeres están más expuestas a la pobreza y al aislamiento social, soportando con más frecuencia eventos adversos como la pérdida del cónyuge, situación que puede generar sentimientos de abandono, desamparo y soledad, al igual que desencadenar procesos de debilitamiento y ruptura con sus redes sociales (Teodósio, 2013). En base a este contexto, es importante analizar los recursos sociales de las personas mayores en función del género, teniendo en cuenta la feminización del envejecimiento.

Además de la viudez, existen otros aspectos que se modifican y se deben considerar en el área social con el envejecimiento, como son las crisis de identidad, el cambio de roles (tanto en el ámbito familiar, laboral como en el social), y la disminución de los contactos sociales (Zimer-

man, 2009). La dificultad para adaptarse a nuevos roles, la necesidad de trabajar, la pérdida del estatus social, la falta de motivación para la planificación del futuro y la baja autoestima y autoimagen son otros cambios que originan el deterioro de los recursos sociales de las personas mayores.

Varios/as autores/as defienden en sus estudios la importancia de las relaciones sociales, en particular el apoyo de la familia como influencia positiva en el bienestar psicológico y la salud, la reducción del aislamiento social y el aumento de la satisfacción con la vida (Mata & Vega Rodríguez, 2012; Mata & Pereira, 2017; Gomes & Mata, 2017). Las actividades grupales adaptadas a la edad también pueden fortalecer los sentimientos de solidaridad y participación colectiva. Estas intervenciones trabajan la dimensión de identidad, entrenan habilidades para enfrentar las limitaciones de las actividades básicas de la vida diaria, refuerzan la autoestima, y valoran los conocimientos y el potencial de las personas (Pimentel & Silva, 2017).

Del mismo modo, el hogar donde las personas hayan vivido, los lazos y las redes sociales establecidas a lo largo de la vida están cargados de simbología y recuerdos (Mauritti, 2011). Esta autora subraya la importancia de la conservación del espacio de intimidad personal y de la autonomía para proporcionar seguridad a la persona mayor.

En lo que se refiere a compartir el espacio con otros o al cambio de residencia, especialmente en relación con los/as hijos/as, surge la preocupación por la pérdida de intimidad propia y de los demás. Aunque las personas reconocen que las relaciones con los familiares y amigos/as son un privilegio, porque transmiten un sentimiento de seguridad, su vivienda personal es un lugar con recuerdos en el cual suelen desear permanecer hasta que su salud lo permita. Los vínculos vecinales también son contactos de proximidad útiles y funcionales, ya que pueden servir de soporte o apoyo en situaciones de ausencia de salud (Mauritti, 2011).

En este contexto, hay que considerar la disparidad existente entre géneros como un factor para lograr un envejecimiento activo, ya que los hombres y las mujeres, además de diferencias físicas y fisiológicas, pueden presentar diferencias resultantes de la construcción social de género la cual determina en muchos casos la forma en que estos se relacionan entre sí, y se materializa en diferentes trayectorias de vida y roles atribuidos dentro de la sociedad (Pina, 2013).

Una de las principales causas de la feminización del envejecimiento es la mayor tasa de mortalidad masculina en prácticamente todas las principales causas de muerte. Según Villaverde Cabral, Silva & Mendes (2002) estas diferencias se explican porque el estilo de vida asociado a la masculinidad es menos saludable, ya que tradicionalmente los hombres presentan mayor prevalencia de hábitos tóxicos como consumo de alcohol y tabaco; conducen de forma más temeraria; desempeñan tareas profesionales con mayor tasa de accidentes laborales y son más reticentes a acudir a consultas médicas y/o psicológicas.

Esta falta de cuidados de la propia salud en los varones puede ser consecuencia del desconocimiento de los signos y síntomas, desconocimiento de la fragilidad del propio cuerpo y por la perpetuación de los estereotipos de género de fuerza y virilidad (Botton, Cúnico & Strey, 2017).

En consonancia con el marco social expuesto, este artículo pretende obtener pruebas empíricas de que el envejecimiento no es una experiencia homogénea en ambos géneros en términos de

recursos sociales y determinar si se cumplen los estereotipos de género con respecto al autocuidado.

## 2. OBJETIVOS

- Describir los recursos sociales y las prácticas para la prevención de salud de las personas mayores residentes en un municipio del Nordeste de Portugal (Braganza);
- Analizar la relación entre el género y los recursos sociales en todas sus variables (estado civil, estructura familiar, patrones de amistad y relaciones sociales, sentimientos de soledad y la disponibilidad de personas de confianza y posibles cuidadores/as);
- Analizar las diferencias en las conductas de prevención de la salud en función del género (exámenes diagnósticos, análisis sanguíneos, control de medidas antropométricas y signos vitales, visita al/la odontólogo/a);
- Discutir la importancia del género en las políticas para el envejecimiento.

## 3. METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio cuantitativo transversal y observacional. El tamaño muestral se calculó partiendo de la base de datos de los/as usuarios/as del Centro de Salud de Braganza, de la cual se obtuvo un total de 487 personas mayores de 75 o más años, estimándose una muestra representativa y proporcional necesaria de 109 personas con una seguridad del 95% (Cohen, Manion & Morisson, 2011).

Se definieron como criterios de inclusión: tener 75 o más años, residir en la comunidad, presentar independencia funcional o dependencia parcial, ser individuos orientados en tiempo y espacio y la firma del consentimiento informado de forma voluntaria y consciente.

Los datos fueron recogidos a través de la aplicación de un cuestionario (administrado por un entrevistador entrenado), constituido por variables sociodemográficas y de salud preventiva (frecuencia de visita al odontólogo, exámenes diagnósticos y sanguíneos realizados en el último año, y control de la tensión arterial y del peso); y la administración de la Escala de Recursos Sociales de OARS - *Older Americans Resources and Services* (Fillenbaum, 1988), la cual evalúa la cantidad y adecuación de la interacción social y la disponibilidad de ayuda en caso de enfermedad o incapacidad. Está se compone de 9 preguntas desglosadas en la Tabla 1.

**Tabla 1. Apartados de la escala de recursos sociales (OARS)**

<b>Categoría</b>	<b>Operacionalización</b>
Estado civil	"¿Cuál es su estado civil?"
Composición del hogar	"¿Quién vive con usted?"
Relaciones sociales	"¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?"; "¿Cuántas veces hablo por teléfono durante la última semana (ya sea con familiares, amigos u otros)?"; "¿Cuántas veces durante la última semana le visitó alguien que no vive con usted, o fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?".
Existencia de persona de confianza	" ¿Hay alguna persona en la que pueda confiar?"
Sentimiento de soledad	" ¿Con qué frecuencia se siente solo?"; "¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera, o se siente usted algo triste porque los ve poco?".
Autoevaluación de los recursos sociales	"¿Hay alguien que le <i>ayudaría</i> si <i>estuviese enfermo/a</i> o <i>incapacitado/a</i> (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)?"; "¿Hay alguien que cuidaría de usted tanto tiempo como necesitase, solo por poco tiempo, o alguien que le ayudaría de vez en cuando (por ejemplo: hacerle la comida o acompañarle al médico)?"

**Fuente: Adaptación de la escala de recursos sociales OARS por los autores**

La escala OARS permite la clasificación de los recursos sociales en seis categorías dispuestas por orden decreciente: 1 - **Excelentes recursos sociales** (las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias, por lo menos una persona cuidaría de él/ella indefinidamente); 2 - **Buenos recursos sociales** (las relaciones sociales son en su mayor parte satisfactorias y adecuadas, y al menos hay una persona que cuidaría de él/ella indefinidamente, o las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias y una persona se encargaría de él/ella durante un corto período de tiempo); 3 - **Recursos sociales ligeramente deteriorados** (las relaciones sociales son insatisfactorias o de mala calidad y hay al menos una persona que cuidaría de él/ella indefinidamente, o las relaciones sociales son en su mayoría satisfactorias y adecuadas y solo dispondría de ayuda por un período corto de tiempo); 4 - **Recursos sociales moderadamente deteriorados** (las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad, escasas, solo dispone de ayuda por un período corto de tiempo, o las relaciones sociales son al menos satisfactorias, pero la ayuda solo sería posible de vez en cuando); 5 - **Recursos sociales bastante deteriorados** (las relaciones son insatisfactorias, de mala calidad, escasas, la ayuda solo sería posible de vez en cuando, o las relaciones sociales son más satisfactorias, pero la ayuda no está ni siquiera disponible de vez en cuando); 6 - **Recursos sociales totalmente deteriorados** (las relaciones sociales son insatisfactorias, o de baja calidad y, en caso de necesidad, no obtendría ningún tipo de ayuda).

### **Análisis estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación típica. Las variables cualitativas se expresaron como valor absoluto y porcentaje.

La asociación de variables cualitativas se determinó por medio del estadístico Chi cuadrado. Para la comparación de medias y determinar la asociación de la escala de recursos sociales (OARS) en función del género, se utilizó la prueba t de student para muestras independientes, ya que las variables siguieron una distribución normal y se trata de una muestra con un tamaño superior a 30 individuos (Marôco, 2014). Del mismo modo, además de comprobar las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) según la puntuación obtenida en la escala de recursos sociales, también se analizaron los indicadores de salud preventiva en función del género.

## 4. RESULTADOS

En la tabla 2 se presentan variables sociales y comportamientos para la prevención de la salud de una muestra compuesta por 109 personas de 75 o más años residentes en la comunidad, en el municipio de Braganza.

Los resultados mostraron una población mayoritariamente femenina, con una edad media de 80,73 años (desviación estándar  $\pm 4,86$  años), siendo el 43,1% de la muestra mayor de 80 años, siendo superior el porcentaje de mujeres que superan dicha edad (63,8%).

En lo que se refiere a prevención de la salud solo el 1,8% de los ancianos/as nunca había controlado la presión arterial y más de la mitad (54,1%) nunca se había pesado. Con respecto a los últimos 12 meses, el 87% de los evaluados había hecho análisis sanguíneos, el 57% había realizado exámenes diagnósticos y el 11,9% había acudido al odontólogo.

En general, se observó que las mujeres tenían mejores comportamientos para la prevención de la salud (exceptuando el control del peso). Ninguna variable mostró una asociación significativa, a pesar de que la variable de exámenes diagnósticos realizados durante el último año se acercó a la significación estadística ( $p=0,06$ ).

**Tabla 2. Salud preventiva según el género**

	<b>Total n=109</b>	<b>Hombres n=41(37,6)</b>	<b>Mujeres n=68(62,4)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Grupos de edad, n(%)</b>				0,843
De 75 a 80 años	62(56,9)	24(38,7)	38(61,3)	
Más de 80 años	47(43,1)	17(36,2)	30(63,8)	
<b>Análisis de sangre en el último año, n(%)</b>	94(87,0)	33(82,5)	61(89,7)	0,216
<b>Exámenes diagnósticos en el último año, n(%)</b>	61(57,0)	18(46,2)	43(63,2)	0,065
<b>Visitas odontólogo en el último año, n(%)</b>	13(11,9)	6(5,5)	7(6,4)	1,000
<b>Control peso corporal, n(%)</b>	50(45,9)	41(48,8)	68(44,1)	0,106
<b>Control presión arterial, n(%)</b>	107(98,2)	39(95,1)	68(100)	0,139

**Asociación de variables cualitativas se determinó por medio del test exacto de Fisher,  $p < 0,05^*$**

**Fuente: elaboración propia**

Tras el análisis de la Tabla 3, se observó que el 63,3% de los/as ancianos/as estaban casados/as y el 62,6% vivía con el/la cónyuge, en su domicilio.

Con respecto a la pregunta sobre la frecuencia con que salieron de casa para visitar a la familia o amigos, el 11,0% de los/as evaluados/as respondió que nunca salieron, mientras que

en el ítem correspondiente al número de veces que hablaron con amigos/as, familiares u otros por teléfono en la última semana el 16,7% respondió ninguna vez. También se observó que la mayoría de los/as ancianos/as (59,6%) tenían cinco o más personas de confianza para visitar su domicilio. En cuanto a la confianza, todos los participantes del estudio afirmaron tener a alguien en quién poder confiar.

Se comprobó que el 27,2% de la muestra se sentían solos/as con frecuencia y que el 77,1% estaban tristes por el hecho de ver poco a sus familiares. Por último, ante la pregunta de si existe alguien que les ayudaría en caso de enfermedad o incapacidad, el 24,8% respondió que no existía nadie dispuesto o capaz de ayudarles.

**Tabla 3. Recursos sociales en personas mayores que viven en la comunidad**

	Frecuencias absolutas (n)	Frecuencias relativas (%)
<b>Estado civil</b> (n=109)		
Soltero/a	3	2,8
Casado/a	69	63,3
Viúdo/a	36	33
Divorciado/a	1	0,9
<b>Vive con el cónyuge</b> (n=107)		
Sí	67	62,6
No	40	37,4
<b>"¿Durante el último año, con qué frecuencia salió de su casa para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?"</b> (n=109)		
Nunca	12	11,0
1 vez a la semana	50	45,9
1 a 3 veces al mes	19	17,4
Menos de 1 vez al mes o solo en vacaciones	28	25,7
<b>"¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?"</b> (n=109)		
Ninguna	4	3,7
Una o dos	23	21,1
Tres o cuatro	17	15,6
Cinco o más	65	59,6
<b>"¿Cuántas veces hablo por teléfono durante la última semana (familiares, amigos, otros)?"</b> (n=109)		
Ninguna	18	16,5
Una vez	37	33,9
Dos a seis	25	22,9
Una vez al día o más	29	26,6
<b>"¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?"</b> (n=109)		
Ninguna	19	17,4
Una vez	19	17,4
Dos a seis	26	23,9
Una vez al día o más	45	41,3
<b>"¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?"</b> (n=108)		
Si	108	100
No	0	0
<b>"¿Con qué frecuencia se siente solo?"</b> (n=81)		
Muchas veces	22	27,2
Algunas veces	25	30,8
Casi nunca	34	42,0
<b>"¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera, o se siente usted algo triste porque los ve poco?"</b> (n=109)		
Tan a menudo como deseo	25	22,9
Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen	84	77,1
<b>"¿Hay alguien que le ayudaría si se pusiera enfermo o quedara incapacitado?"</b> (n=109)		
Si	82	75,2
Nadie dispuesto y capaz de ayudarme	27	24,8

Fuente: elaboración propia

Tras la operacionalización de las categorías de recursos sociales se comprobó que el 36,7% de las personas mayores tenían recursos sociales bastante o totalmente deteriorados. En contraposición al 43,6% que presentó excelentes o buenos recursos sociales. En términos generales, se obtuvo una media de  $3,42 \pm 1,67$ , lo que sugiere que la muestra global estudiada presenta recursos moderadamente deteriorados (Gráfico 1).

**Gráfico 1. Distribución de la muestra en las categorías de clasificación de los recursos sociales OARS (%)**



**Nota: Escala de 1-'Excelentes recursos sociales' a 6-'Recursos sociales totalmente deteriorados'**

**Fuente: elaboración propia**

Se comprobó que no existen diferencias estadísticamente significativas en el valor global de la escala de recursos sociales en función del género (Tabla 4), sin embargo, se detectaron diferencias significativas en algunos indicadores que componen la escala de recursos sociales como el estado civil en que el porcentaje de viudez era significativamente superior en las mujeres (42,6% frente al 17,1% en hombres), y en la pregunta sobre convivencia con el/la cónyuge, la cual era significativamente superior en los hombres (79,5% frente al 52,9% en las mujeres).

Aunque no se observaron diferencias significativas también resulta interesante que es superior el porcentaje de mujeres que no visitó a nadie (8,8% en mujeres vs 14,6% en los hombres) y que no realizó actividades con otras personas (20,6% vs 12,2% en los hombres).

**Tabla 4. Recursos sociales según el género**

		Hombres		Mujeres		Test
		n	%	n	%	
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	1	2,4%	2	2,9%	χ <sup>2</sup> por simulación de Monte Carlo
	Casado/a	33	80,5%	36	52,9%	
	Viudo/a	7	17,1%	29	42,6%	
	Divorciado/a	0	0%	1	1,5%	
<b>Vive con el cónyuge</b>	Sí	31	79,5%	36	52,9%	Prueba de Fisher
	No	8	20,5%	32	47,1%	
<b>"¿Durante el último año, con qué frecuencia salió de su casa para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?"</b>	Nunca	6	14,6%	6	8,8%	χ <sup>2</sup> de Pearson
	1 vez a la semana	19	46,3%	31	45,6%	
	1 a 3 veces al mes	8	19,5%	11	16,2%	
	Menos de 1 vez al mes	8	19,5%	20	29,4%	
<b>"¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?"</b>	Ninguna	2	4,9%	2	2,9%	χ <sup>2</sup> por simulación de Monte Carlo
	Una o dos	8	19,5%	15	22,1%	
	Tres o cuatro	8	19,5%	9	13,2%	
	Cinco o más	23	56,1%	42	61,8%	
<b>"¿Cuántas veces hablo por teléfono durante la última semana (familiares, amigos, otros)?"</b>	Ninguna	9	22,0%	9	13,2%	χ <sup>2</sup> de Pearson
	Una vez	16	39,0%	21	30,9%	
	Dos a seis	8	19,5%	17	25,0%	
	Una vez al día o más	8	19,5%	21	30,9%	
<b>"¿Cuántas veces durante la semana pasada le visito alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?"</b>	Ninguna	5	12,2%	14	20,6%	χ <sup>2</sup> de Pearson
	Una vez	7	17,1%	12	17,6%	
	Dos a seis	14	34,1%	12	17,6%	
	Una vez al día o más	15	36,6%	30	44,1%	
<b>"¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?"</b>	Sí	41	100%	67	100%	Prueba de Fisher
	No	0	0%	0	0%	
<b>"¿Con qué frecuencia se siente solo?"</b>	Muchas veces	6	21,4%	16	30,2%	χ <sup>2</sup> de Pearson
	Algunas veces	8	28,6%	17	32,1%	
	Casi nunca	14	50,0%	20	37,7%	
<b>"¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera, o se siente usted algo triste porque los ve poco?"</b>	Tan a menudo como deseo	10	24,4%	15	22,1%	Prueba de Fisher
	Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen	31	75,6%	53	77,9%	
<b>"¿Hay alguien que le ayudaría si se pusiera enfermo o quedara incapacitado?"</b>	Nadie dispuesto y capaz de ayudarme	9	22,0%	18	26,5%	Prueba de Fisher
	Sí	36	78,0%	50	73,5%	
<b>Escala de recursos sociales</b>		3,44±1,58		3,41±1,74		T de student

Fuente: elaboración propia

## 5. CONCLUSIONES

Este artículo analiza las diferencias existentes en los recursos sociales en función del género de las personas mayores que residen en la comunidad en un municipio del Nordeste de Portugal, caracterizado por ser un núcleo con un acentuado despoblamiento poblacional y presentar un mayor riesgo de aislamiento social.

Las conclusiones de este estudio es que la optimización de los recursos sociales de las personas mayores, en el municipio estudiado, representa un desafío socio-sanitario futuro, debido a que más de la mitad de la muestra (52,5%) presenta recursos sociales de moderadamente a totalmente deteriorados.

En lo que concierne al análisis de los recursos sociales según el género, aunque no se han observado diferencias estadísticamente significativas en la escala de recursos sociales, se constata que la proporción de personas mayores en situación de viudez es significativamente superior en las mujeres. Del mismo modo, las mujeres tienen mayor propensión a no visitar a nadie y a no realizar ninguna actividad con otras personas de su entorno social.

Es importante tener en cuenta que al tratarse de un estudio observacional descriptivo y transversal, estos resultados deben interpretarse con cautela, y son necesarios más estudios longitudinales para comparar y confirmar los datos obtenidos.

A pesar de que muchos estados miembros de la OMS han aprobado acuerdos internacionales que reconocen el género como determinante para la salud, existe la necesidad de reforzar ese compromiso internacional y traducirlo en políticas concretas. En este sentido, en el año 2001 se organizó en Madrid un seminario, en el cual participaron 28 países europeos, sobre la integración de género en las políticas sanitarias de Europa. En este seminario se reconoció la necesidad de avanzar en los compromisos internacionales y, como resultado de ello, se firmó la «Declaración de Madrid» (WHO, 2002). En este documento se destaca la importancia de reconocer la diversidad de necesidades entre géneros, el delineamiento de estrategias y políticas, y que la igualdad de género presupone la distribución equitativa de beneficios, de recursos y de responsabilidades entre hombres y mujeres. Actualmente, ante este escenario estratégico es necesario confirmar si estas propuestas se implementaron de forma efectiva en Europa y si esa implementación está interconectada a las políticas de envejecimiento activo, sobre todo, en su componente social. Freitas (2011) refiere que solo con el conocimiento de este componente social se podrán evaluar y sistematizar estrategias para lidiar con esta situación.

A su vez, el apoyo de la familia (Mata & Vega Rodríguez, 2012; Mata & Pereira, 2017; Gomes & Mata, 2017) y la realización de actividades grupales (Pimentel & Silva, 2017) influyen positivamente en el bienestar psicológico y la salud, reducen el aislamiento social y aumentan la satisfacción con la vida, así como fortalecen los sentimientos de solidaridad y participación colectiva. También el domicilio está cargado de simbología y recuerdos (Mauritti, 2011) y poder permanecer en él, transmite seguridad y bienestar.

En lo referente a las asimetrías y a los perjuicios sociales y psicológicos impuestos por la viudez, estos son más frecuentes en las mujeres (André, Cunha, Martins & Rodrigues, 2012; Freitas, 2011; Zapata & Arredondo, 2012; Teodosio, 2013; Zimmerman, 2009).

Para un envejecimiento saludable y satisfactorio, fomentar el envejecimiento activo constituye no solo una responsabilidad de los gobiernos (Ministério da Saúde Português, 2016; European Commission, 2015; WHO, 2015; European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011; DGS, 2016), si no también un desafío de responsabilidad individual de las personas mayores, principalmente para los hombres, que deben adoptar actitudes preventivas proactivas en términos de salud y romper con los estereotipos de género que

determinan que los hombres son menos propensos al autocuidado. De hecho, varios autores reportan peores estados de salud autoreferida en las mujeres en comparación con los hombres (Villaverde Cabral, Silva & Mendes, 2002; Barros & Nahas, 2001; Mortensen, 2002; Barros, 2003; Cummins, Stafford, Macintyre, Marmot, & Ellaway, 2005; Wilson *et al*, 2004; Stafford, Cummins, Macintyre, Ellaway, & Marmot, 2005). La percepción más positiva de la salud por parte de los hombres puede ayudar a explicar la menor adhesión a utilizar los servicios de salud y a las medidas de prevención. Esta es una postura que se debe cambiar, no solo para la propia salud y longevidad de los hombres, sino también para maximizar las posibilidades de que las mujeres tengan recursos sociales para un envejecimiento exitoso por el hecho de enviudar.

Por último, el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores, y en particular de las mujeres, y la evolución en los cuidados de salud generan un aumento de la necesidad de apoyo. Aunque el aumento de la longevidad de la población portuguesa es un hecho, la calidad de los años de vida ganados tiene aún gran potencial de mejora (DGS, 2016).

Los programas de intervención deben fundamentarse en objetivos dirigidos a la promoción y prevención de la salud y a la participación e integración social (Bárrios & Fernandes, 2014), para lo cual ha de contemplarse una valoración gerontológica integral previa, que nos permita identificar problemas de salud y necesidades sociales específicas de los grupos diana de acuerdo al contexto geográfico (Pérez-Cuevas *et al*, 2015). Además, deberán basarse en las mejoras en la práctica y ser implementados a lo largo de un período de tiempo adecuado (Gschwind *et al*, 2013).

## 6. REFERENCIAS

- André, S., Cunha, M., Martins, M. & Rodrigues, V. (2014). The informal caregiver's socioeconomic prism and its implications on state of mind. *Atención Primaria*, 46 (Espec Cong 1), 210-216.
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). Active ageing promotion at local level: Analyzing municipal programs. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32, 188-196. doi:10.1016/j.rpsp.2014.09.002.
- Barros, M. V. G., & Nahas, M. V. (2001). Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de stress entre trabalhadores da indústria. *Revista Saúde Publica*, 35(6), 554-63.
- Barros, P. (2003). Estilos de Vida e Estado de Saúde: Uma Estimativa da Função de Produção de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 7-17.
- Botton, A., Cúnico, S. D., & Strey, M. N. (2017). Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25 (1), 67-72.
- Censos Sénior (2017). In <http://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>
- Cohen, L., Manion, L., & Morisson, K. (2011). *Research Methods in Education*. (7th Edition). London: Routledge.
- Cummins, S., Stafford, M., Macintyre, S., Marmot, M., & Ellaway, A. (2005). Neighbourhood environment and its associations with self-rated health: Evidence from Scotland & England. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 207-213.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS.
- European Commission (2015). *Demography Report*. Luxembourg: UE.
- European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group (2011). *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Brussels: EIPAAH.
- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures*. EUA: LEA (Lawrence Erlbaum Associates).
- Freitas, P. C. B. (2011). *Solidão em Idosos: Percepção em Função da Rede Social - II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada*. Universidade Católica Portuguesa. Braga: Faculdade de Ciências Sociais.
- Gomes, M. J., & Mata, A. (2017). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. En F. Pereira, (coord) *Teoria e Prática da Gerontologia* (pp. 163-173). Viseu: Psicossoma.
- Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 825-829.

Gschwind, Y. J., Kressig, R. W., Lacroix, A., Muehlbauer, T., Pfenninger, B., & Granacher, U. (2013). A best practice fall prevention exercise program to improve balance, strength / power, and psychosocial health in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*, 13, 105. doi:10.1186/1471-2318-13-105.

Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. (6<sup>o</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Mata, M. A. P., & Vega Rodríguez, M. T. (2012). Informal caregiving to dependent old people in the Northeast of Portugal. *Prisma Social*, (8), 333-357.

Mauritti, R. (2011). *Viver Só Mudança Social e Estilos de Vida*. Lisboa: Editora Mundos Sociais CIES, ISCTE.

Ministério da Saúde Português. *Regime jurídico do Conselho Nacional de Saúde*. Decreto-lei n<sup>o</sup> 49/2016, de 10 de Março.

Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidades de Terceira Idade: da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.

Mortensen, H. B. (2002). Findings from the Hvidore Study Group on Childhood Diabetes: metabolic control and quality of life. *Horm Res*, 57, (Supl.) 1, 117-20.

Pereira, F. (2017). Sistemas de apoio aos idosos em Portugal. En F. Pereira (coord) *Teoria e Prática da Gerontologia* (pp. 119-128). Viseu: Psicossoma.

Pérez-Cuevas, R., Doubova, S. V., Bazaldúa-Merino, L. A., Reyes-Morales, H., Martínez, D., Karam, R., & Muñoz-Hernández, O. (2015). A social health services model to promote active ageing in Mexico: design and evaluation of a pilot programme. *Ageing Soc*, 35(7), 1457-1480. doi:10.1017/S0144686X14000361.

Pimentel, H. & Silva, M. (2017). Inclusão social dos idosos. En F. Pereira (coord) *Teoria e Prática da Gerontologia* (pp. 215-226). Viseu: Psicossoma.

Pina, O. C. A. (2013). *Envelhecimento ativo em relação ao género no concelho de Viseu* (Dissertação de Mestrado). Viseu, Universidade Católica Portuguesa.

PORDATA (2016). *Retrato de Portugal*. 1<sup>o</sup> Edição. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rodrigues, R. M. C. (2008). Avaliação funcional multidimensional de idosos: validação da versão portuguesa do OARS. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23 (2), 109-115.

Stafford, M., Cummins, S., Macintyre, S., Ellaway, A., & Marmot, M. (2005). Gender Differences in the Association between Health and Neighbourhood Environment, *Soc. Sci. Med.*, 60, 1681-1692.

Teodósio, A. I. (2013). *Luto na terceira idade após viuvez*. (Dissertação de Mestrado). Covilhã, Universidade Beira Interior.

Villaverde Cabral, M., Silva, P. A., & Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais.

Wilson, K., Elliot, S., Law, M., Eyles, J., Jerret, M., & Keller-Olaman, S. (2004). Linking Perceptions of Neighborhood to Health in Hamilton, *Journal of Epidemiology & Commun Health*, 58, 192-198.

World Health Organization (2002). *La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: la necesidad de avanzar*. La Declaración de Madrid, Madrid: Ministério de Sanidad e Consumo.

World Health Organization (2015). *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva: WHO.

Zapata, P. C. R., & Arredondo, N. H. L. (2012). Percepcion de soledade en la mujer. *Ágora USB*, 12 (1), 143-164.

Zimerman, G. I. (2009). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. São Paulo: Artmed Editora.