

Imaginarios de las personas en situación de discapacidad en torno a la actividad física

Imaginarie of People Suffering from Disabilities Around Physical Activity

Lilia Virginia García Sánchez,¹ Jackeline Ospina Rodríguez²

Resumen

Actualmente se reconoce la actividad física (AF) como estrategia para el mejoramiento de la calidad de vida, en virtud del problema de salud pública que representa el sedentarismo en el ámbito mundial y que se acentúa en el colectivo de personas en situación de discapacidad. Este proyecto se articula desde referentes teóricos relacionados con la AF, la discapacidad y los imaginarios sociales. Tiene como objetivo avanzar en la comprensión de los imaginarios que tienen las personas con discapacidad en torno a la AF, como un elemento fundamental en el diseño de políticas y programas para su fomento y efectiva articulación en la vida cotidiana de estos sujetos. Se parte de un diseño metodológico fenomenológico que permite reconstruir las categorías teóricas analíticas con las obtenidas del grupo objetivo. Se realiza la recolección de datos hasta obtener saturación de la información, mediante la técnica de entrevista individual semiestructurada a personas con discapacidad pertenecientes a diversos grupos en Bogotá. Los resultados de la primera fase permiten identificar como principales categorías, la manera como se entiende la AF (formal y no formal asociada a una visión anatómica del cuerpo), su finalidad (rehabilitación, bienestar y socialización) y las limitaciones para su práctica (accesibilidad, falta de apoyo estatal y exclusión social). Se concluye que las categorías identi-

ficadas en el marco teórico, coinciden con las emergentes de los datos obtenidos.

Palabras clave: imaginarios, actividad física, discapacidad.

Summary

At the present time physical activity (PA) is recognized as a strategy for life quality improvement, given that sedentarism represents a public health problem worldwide and that it increase disabilities. This project works on theoretical references related with physical activity disabilities and social imaginaries and its objective is to advance in the comprehension of the imaginaries people with disabilities has in regard to PA, as a fundamental element for designing politics and programs for its encouragement and effective articulation in daily life. It begins with

Recibido: 15 de junio de 2007

Aceptado: 10 de agosto de 2008

¹ MSc en antropología, Universidad de los Andes. Miembro del Grupo de investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano, Facultad de Rehabilitación, Universidad del Rosario. Profesora asistente de carrera, Facultad de Rehabilitación, Universidad del Rosario. Correo electrónico: vgarcia@urosario.edu.co.

² MSc en educación, Universidad Javeriana. Miembro del Grupo de investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano, Facultad de Rehabilitación, Universidad del Rosario. Profesora auxiliar de carrera, Facultad de Rehabilitación, Universidad del Rosario.

a phenomenological and methodological design that enhances analytical theoretical categories of contrast with the obtained from the object group. Data recollection follows on, up to obtain saturation, through the technique of semistructured individual interview to people with disabilities that make part of different groups in Bogota, The results of the first phase allows us to identify as principal categories the following: the way how PA is understood (formal and non formal

activity associated with body anatomical vision), finality (rehabilitation, welfare, socialization) and limitations for its practice (accessibility, lack of state support and social exclusion). It is concluded that this categories identified within the theoretical frame coincide with the derived from the obtained data.

Key words: imaginaries, physical activity, disability.

INTRODUCCIÓN

El estilo de vida actual exige cada vez menos esfuerzo físico por parte de las personas, debido al creciente desarrollo tecnológico incorporado a la vida cotidiana. Esto, unido a factores del entorno tales como el aumento y la concentración de la población en zonas urbanas (60% de la población habita en centros urbanos), la insuficiencia de transporte público que hace mayor el uso de vehículos particulares y la falta de tiempo asociada a malos hábitos alimentarios. Adicionalmente, en muchos casos, la inseguridad en la calles, junto con la ausencia de lugares públicos recreativos y de escenarios deportivos, han ido creando ambientes físicos y sociales no aptos para incentivar el desarrollo de la AF [1-3].

Esta problemática se agudiza cuando las políticas impulsadas por estamentos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que promueven entornos adecuados para el desarrollo de la AF, no tienen eco en los gobiernos de turno y, en consecuencia, no adelantan las acciones pertinentes para su implantación [3].

Otros factores como el prolongado uso de internet y videojuegos [3], sumados a la poca atención prestada a la educación física en las escuelas, especialmente en América Latina,

donde está siendo eliminada progresivamente del currículo o reducida a una hora semanal de ejercitación pobremente estructurada, son motivo de gran preocupación por los crecientes niveles de inactividad física y los resultados nefastos que éstos ocasionan en la salud de la población [1].

ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

Una persona es considerada sedentaria³ o físicamente inactiva, cuando utiliza menos de 150 kcal/día, o cuando en sus actividades cotidianas no aumenta más del 10% la energía que gasta en reposo (metabolismo basal) medida en unidad de equivalencia metabólica (MET), durante la ejecución de actividades físicas cotidianas como caminar, subir y bajar escaleras o cuando camina menos de 5 mil pasos diarios e, inclusive cuando realiza actividad física menor a 20 minutos diarios, con una frecuencia de 1 ó 2 veces por semana [3].

³ La raíz etimológica del término "sedentario" proviene del latín *sedentar us*, de *sed re*, estar sentado. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002, lo definió como: "la poca agitación o movimiento" (García y Correa, 2007).

Dado este contexto, y teniendo en cuenta los beneficios ampliamente estudiados durante los últimos años, que representan para la salud la AF y la práctica deportiva regular, se entiende cómo la inactividad física se ha convertido en uno de los principales factores de riesgo, responsable del rápido incremento de las enfermedades no transmisibles.

Según las estadísticas que maneja la OMS [1], estas enfermedades crónicas representan el 60% de muertes a nivel global, cifra que, según sus cálculos, ascenderá al 73% para el año 2020, de las cuales el 70% corresponde a los países en vía de desarrollo.

Los datos para el continente americano, según el informe de esta misma organización sobre la salud en el mundo, presentado en el 2002, indican que durante el año 2000 el 76% de todas las defunciones se debieron a enfermedades no transmisibles, equivalentes a 119.000 muertes vinculadas a estilos de vida sedentarios. En Estados Unidos, un reporte del Center for Disease Control and Prevention (CDC) señala que, durante el año 2000, murieron 400.000 personas por causas relacionadas con inactividad física asociada a una pobre alimentación y obesidad [4].

De la misma manera, las estadísticas en Colombia dan cuenta de la primera causa de muerte en el país, atribuible a las enfermedades crónicas durante la década de 1985 a 1995, equivalente al 30% del total de las muertes y el 12,6% del total de años de vida saludable perdidos (Avisa) [3].

Por otra parte, en términos de inactividad, se considera que en el mundo por lo menos del 50 al 80% de la población tiene un estilo de vida sedentario, según el planteamiento de Matsudo et al [5].

En los países desarrollados, sólo un tercio de la población adulta realiza AF acumulable y cumple con los criterios mínimos para traer beneficios para la salud. Es así como, en Australia, Canadá, Estados Unidos, Suiza y el estado de São Paulo, la inactividad física es responsable del 2% al 6% de los gastos totales en salud, lo que representa, por ejemplo, para Estados Unidos, un gasto anual de US\$76 mil millones en asistencia sanitaria [3].

Según la OPS y la OMS, en América Latina, casi tres cuartos de la población tiene un estilo de vida sedentario; gran parte de la población de todas las edades es inactiva, siendo las mujeres las de mayor tendencia, lo mismo que la población con escasos ingresos [1]. En relación con la población de adultos mayores se encuentra que el nivel de AF regular es muy baja y hay estudios en Brasil, Chile y Perú que demuestran una participación reducida a medida que avanza la edad, siendo las personas de 60 años o más, "quienes representan el sector poblacional que más rápido crece actualmente en América Latina y el Caribe, con una tasa de crecimiento que es 3,5 veces mayor que la de la población en general" [2].

En Estados Unidos, más del 60% de adultos no hace la cantidad recomendada de ejercicio [6] y, de igual manera, se evidencia que sólo el 30% de los adultos estadounidenses realiza de manera regular AF, el 40% de los adultos y el 23% de los niños no hacen AF en su tiempo libre y, únicamente el 25% de los estudiantes de bachillerato hace al menos 30 minutos de AF, 5 días o más a la semana [7].

Para Colombia, los datos sobre sedentarismo coinciden con esta realidad. Los resultados que arrojó el Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas [8], evidencian que

el 52,7% no realiza AF, sólo el 35% de la población encuestada hace AF con una frecuencia de una vez a la semana, mientras que el 21,2% la realiza en forma regular por lo menos 3 veces a la semana. En Bogotá, de la población entre 18 y 65 años, 1 de cada 3 adultos (36,4%) reportan ser inactivos físicamente [9]. Por su parte, el 20,7% de los adolescentes es sedentario, el 50%, irregularmente activo, el 19,6%, regularmente activo y; el 9,8% activo [3].

Los datos epidemiológicos actuales sobre las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) evidencian la inactividad física como uno de los factores que ha llevado al rápido incremento de las enfermedades como tromboembolias, enfermedades coronarias, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer [1-2].

Según un reporte de la University of Virginia Health System [6], la falta de AF es un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y, en consecuencia, las personas que son menos activas y no tienen buen estado físico tienen entre un 30 y un 50% más de riesgo de padecer hipertensión.

Finalmente, el informe presentado por Healthy People 2010, el CDC y el President's Council on Physical Fitness and Sports señala que "las personas inactivas físicamente tienen el doble de probabilidades de desarrollar cardiopatía coronaria que las personas que realizan ejercicios físicos regularmente" [6].

Las cifras aquí presentadas corresponden a la población considerada sana, pues no se encuentran reportes ni estudios en torno a esta problemática para los colectivos con discapacidad, pero es previsible que la condición de inactividad pueda verse agudizada por las mismas condiciones en que viven estas personas. Resulta claro, entonces, que así como ocurre con quienes tienen

sus capacidades físicas potencialmente completas, las personas en situación de discapacidad también pueden y deben ser beneficiarias de la práctica de AF [10]. Por esto, es imperante ahondar en la problemática de estos colectivos para comprender el porqué de su situación de exclusión y marginalidad en torno al tema y, de esta manera, colocar la AF para personas con discapacidad en un lugar preponderante de su potencial desarrollo.

LA DISCAPACIDAD EN CIFRAS

En todo el mundo, la población que se encuentra en situación de discapacidad permanente ha sido estimada alrededor de un 10% (aproximadamente 600 millones de personas). Si a esto se le suma que el 15% de la población presenta una discapacidad transitoria y alrededor de un 12% se ubica en la franja de adultos mayores con alguna limitación, se llega casi a un sorprendente 40% de la población mundial que padece algún impedimento o restricción –permanente o temporaria– en sus capacidades [11].

Estudios que dan cuenta de la magnitud y problemática de la discapacidad revelan que la mayor parte de esta población reside en países con altos niveles de pobreza, expuestos a amplias situaciones de marginalidad y exclusión social [12-16], con dificultades para acceder a los servicios públicos y con pocas posibilidades para llevar a cabo actividades de esparcimiento y recreación. Estas condiciones conllevan a la restricción de las oportunidades para el desarrollo de sus capacidades y funcionamientos, y a altos costos sociales y económicos para los países.

Ésta es la situación en que se encuentra América Latina, donde las cifras de discapacidad oscilan entre el 7% y el 14 %.

En Argentina, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) [17] realizó la En-

cuesta Nacional de Personas con Discapacidad,⁴ que indica que el 7,1% de la población tiene alguna discapacidad (casi 2.200.000 personas). Asimismo, caracterizaron el hogar en que cada persona vive, encontrando que uno de cada cinco alberga al menos una persona con discapacidad (aproximadamente 1.800.000 hogares afectados), cifra que expresa la magnitud de la situación de la discapacidad en este país.

En Uruguay, la prevalencia de discapacidad reporta 210.400 personas residente en hogares urbanos en esta condición, equivalente al 7,6% de la población [18].

En el caso de Chile, 2.068.072 de sus habitantes (12,9%) presentan alguna discapacidad; 1.150.133 con discapacidad leve, 513.997 con discapacidad moderada y 403.942 con discapacidad severa. Uno de cada tres hogares tiene al menos una persona con discapacidad [19].

En Ecuador hay 1.608.334 personas con alguna discapacidad, lo que representa el 12,14% y 184.336 (6%) hogares con por lo menos una persona con discapacidad, cuya mayor concentración está en el área urbana [20].

Según el último censo brasileño, del 1,14% que se había estimado en 1990, hoy corresponde al 14,5% de población con discapacidad [21].

Perú reportó 288.526 personas con discapacidad en el censo de 1993, los cuales representaban el 1,3% de la población total censada. En 1996, el Instituto Nacional de Rehabilitación (INEI) publicó un estudio estadístico más completo que reportó alarmantes cifras que señalaban que el 45,40% de la población tiene deficiencias, el 31,28% tiene discapacidad y 13,08% tiene minusvalía [22].

Los índices más bajos de población en situación de discapacidad son los de Venezuela, donde el Instituto Nacional de Estadística en el Censo de 2001 reportó un 3,9% de personas con disca-

padidad (907.692 habitantes); sin embargo, según cifras obtenidas por Fundacredesa, la prevalencia para el año 2003 estaba alrededor del 5,6%. En Paraguay, la tasa de discapacidad obtenida en el Censo de Población y Viviendas de 2002 fue de 9,9 por mil habitantes, lo cual representa el 1% [23]. Según el Censo Nacional de Población de Panamá, en el año 2000, el porcentaje estaba alrededor del 1,8%, o sea, 52.197 personas con discapacidad. Por otro lado, el reciente informe emitido por el Ministerio de Salud (Minsa), la Secretaría Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (Senadis), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) titulado *La discapacidad en Panamá: situación actual y perspectivas - 2005* señala que existen suficientes argumentos para suponer que el crecimiento de la población de personas con discapacidad es todavía mayor al señalado por las cifras oficiales [24].

En Colombia se ha estimado que aproximadamente un 6,4% de su población (2.639.548 personas) presenta una limitación permanente que complica aún más la situación de pobreza e inequidad que presenta el país. En Bogotá se calcula que cerca de un 5% de su población está en situación de discapacidad [25], es decir un número aproximado de 400.000. La localidad que presenta la mayor prevalencia es Sumapáz, con 5,6%, seguido por La Candelaria con 3,3%,

⁴ Encuesta complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001, realizada entre noviembre de 2002 y abril de 2003, en una muestra de alrededor de 67.000 hogares urbanos. Esta encuesta se planteó como objetivo cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad en lo referente al desenvolvimiento de la vida cotidiana dentro de su entorno físico y social.

Santa Fe con 2,6%, Rafael Uribe y Barrios Unidos con 2,2%. Por debajo del 2,0% se encuentran las restantes 15 localidades [26].

LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Por lo expuesto hasta aquí, queda claro que el problema de discapacidad es mundial y que América Latina y, en particular, Colombia son fiel reflejo de esta compleja situación, en torno a la cual diversos autores coinciden en que el entorno puede facilitar o hacer más compleja la vida de quienes la padecen. De allí que las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales se constituyen en la actualidad en los principales determinantes de la exclusión social y uno de los factores que desde el punto de vista de las políticas sociales debe corregirse a través de programas que favorezcan la salud, la educación, la recreación y, en general, el acceso al desarrollo de oportunidades para todos los ciudadanos.

En los últimos años, movimientos sociales de personas con discapacidad de Estados Unidos y algunos países de Europa, entidades internacionales, académicos de las ciencias naturales y sociales, y los estados nacionales, han venido trabajando en procesos de integración social para ser reconocidos como sujetos con igualdad de derechos. Sin embargo, las sociedades, especialmente las occidentales donde se arraigó más el modelo médico anatomoclínico, siguen concibiendo, en gran medida, a estas personas como "carentes de humanidad", hecho que estigmatiza y es fuente de exclusión total o parcial por parte de todo su grupo social. Esta situación produce una paradoja de rechazo para algunos y de aceptación para otros que se relaciona con, entre otros aspectos, las ideas, los sentimientos y las imágenes que rigen las prácticas sociales [27].

Aunque se ha avanzado en la formulación de políticas de inclusión, que han pasado de un modelo asistencial y biomédico, a un modelo más holístico y reivindicador de los derechos humanos, mientras persistan entornos sociales con múltiples barreras y pocas oportunidades, la inclusión social de la persona con discapacidad continuará siendo una gran problemática a resolver.

Ejemplo de ello es la escasa participación de las personas con discapacidad en Colombia en los programas de AF y la ausencia, hasta 2006, de una política pública a este respecto.

En relación con los beneficios psicofísicos ya descritos por la práctica general de AF, se suman, en el caso de las personas con discapacidad, aquellos relacionados con el mejoramiento o mantenimiento de su condición cinética, en lo que a sus deficiencias físicas o mentales se refiere. Así, a nivel físico se identifica:

- La mejora de las alteraciones anatómicas y fisiológicas que los aquejan.
- El desarrollo (como con el resto de las personas) de las habilidades psicomotrices y las cualidades físicas básicas.
- La adquisición de experiencias motrices.
- La prevención o ayuda para combatir la obesidad y el sedentarismo con sus posibles atrofiaciones y consecuencias negativas para la salud [10].

A nivel psíquico se reconocen beneficios referidos a:

- La mejora del concepto de sí mismo o autoestima.
- El conocimiento de los límites personales a los que puede llegar.
- La mejora de su capacidad de atención a las indicaciones del profesor.
- La mejora de su capacidad de decisión (capacidad volitiva) [10].

Por último, desde el punto de vista social se puede hablar de la incidencia en las formas de relación con las demás personas, incluyendo actividades colaborativas que favorezcan la integración social y la ocupación de su tiempo de ocio. Se mejora también la independencia y autonomía [10].

A pesar de ser claros los beneficios de la práctica de AF, tanto los escenarios diseñados para su práctica como los programas orientados a su difusión y popularización, ignoran por completo las condiciones de las personas con alguna discapacidad. Sólo recientemente salen a la palestra temas como los de la accesibilidad, tratados cada vez con mayor seriedad en la política pública.

Es así como, a pesar de la existencia de políticas para salvaguardar los derechos de las personas en situación de discapacidad, éstas tienen el acceso limitado a las actividades, los programas y los servicios definidos para promover una vida sana [28].

Por todas estas razones, las personas con discapacidad pueden y deben practicar algún tipo de AF al igual que el resto de las personas. De esta forma, tendrán una vida más plena y saludable y podrán enfrentar los particulares retos del día a día con mayor autosuficiencia, seguridad y mejores herramientas motrices e intelectuales [10].

En este sentido, la comprensión de la complejidad social y la de la persona en situación de discapacidad inmersa en ella contribuye a la construcción de nuevos sentidos y lenguajes que ayuden a cerrar la brecha abierta en el devenir de la vida cotidiana de estas personas, sujetas a una marginalidad cómplice de todo el conjunto de la sociedad.

Por ello, es necesario avanzar sobre el propósito de propiciar condiciones favorables para que estas personas puedan vincularse efectivamente a la práctica de AF regular, en igualdad

de oportunidades a las personas que no están en situación de discapacidad [10].

Es mucho el terreno que queda por recorrer. Conscientes de ello, el presente proyecto busca contribuir a la comprensión de los imaginarios que las personas con discapacidad tienen sobre la AF, como punto de partida de trabajos en política pública y en diseño de planes y programas para la promoción de la AF en personas en situación de discapacidad en los niveles local y distrital, en los que ellos participen como actores sociales.

En consecuencia, el presente estudio tiene como objetivo avanzar en la comprensión de los imaginarios que tienen las personas en situación de discapacidad en torno a la actividad física, como un elemento fundamental en el diseño de políticas y programas para su fomento y efectiva articulación en la vida cotidiana de estos sujetos.

Para el logro de este objetivo, inicialmente, es necesario identificar cuáles son los imaginarios que en torno a la AF tienen las personas en situación de discapacidad, además de establecer cuáles son los principales obstáculos que perciben de ésta para la práctica. A partir de esta información se procede a analizar la relación que existe entre la práctica de AF y el tipo de discapacidad (física, cognitiva y sensorial).

LOS IMAGINARIOS SOCIALES Y LA ACTIVIDAD FÍSICA

Para su comprensión, los procesos sociales exigen ser abordados en su complejidad y ello marca los actuales desarrollos en el campo de la investigación social. Así, se ha iniciado un esfuerzo por avanzar en el desarrollo de teoría social en torno a las comprensiones simbólicas que dan sentido a las relaciones y la vida de los sujetos en comunidad, gracias a las cuales se establece un acervo histórico-cultural que es

compartido por los miembros del grupo al que se pertenece.

En este sentido, Pintos [29] plantea que los imaginarios se están entendiendo como *esquemas socialmente contruidos* con un elevado grado de abstracción, situados temporalmente y que implican una secuencialidad, priorización y jerarquización de las percepciones. Son los imaginarios los que permiten, entonces, *percibir, explicar e intervenir* lo que en cada sistema social diferenciado se tenga por realidad. En este contexto, no hay realidades únicas en virtud de la condición de sociedades pluriétnicas y pluriculturales regidas por sistemas de comunicación diferenciados por códigos, que van apareciendo históricamente para responder a las exigencias del entorno; por tanto “la construcción del sentido sólo es posible por la asunción de la complejidad y no por la simplificación” [30].

En el ámbito general de los sistemas sociales, los imaginarios sociales operan como un meta-código. Ello quiere decir que su operación no se limita a un sistema diferenciado particular sino que trabaja en el campo de la comunicación intersistémica... Opera propiamente en el campo de construcción de realidad respondiendo a intereses generales, de las organizaciones particulares o de los individuos [29].

Lo anterior significa que los imaginarios operan en un medio, en virtud del cual poseen “referencias semejantes de percepción (espaciales, temporales, geográficas, históricas, culturales, religiosas, etc.), de explicación (marcos lógicos, emocionales, sentimentales, biográficos, etc.) y de intervención (estrategias, programas, políticas, tácticas, aprendizajes, etc.)” [29].

Así, los imaginarios cumplen con las funciones de “producir una imagen de estabilidad en las relaciones sociales cambiantes; generar percepciones de continuidad en experiencias discontinuas; proporcionar explicaciones globales de fenómenos fragmentarios y permitir intervenir en los procesos contruidos desde perspectivas diferenciadas” [29].

Los avances teóricos alrededor de los imaginarios sociales empiezan a ser aplicados en la investigación social. En Colombia, en particular, se adelantó un estudio sobre “Los imaginarios de los jóvenes escolares ante la clase de educación física”, en el que se destaca la participación de los estudiantes en el análisis de este espacio académico (como actividad formal de la escuela dedicada al cultivo de las habilidades motrices) para producir cambios de su realidad mediante transformaciones curriculares. Esto es significativo, pues implica incorporar a los procesos investigativos la mirada desde los sujetos, involucrando sus imaginarios como fuente transformadora de la realidad [31].

Los resultados de este estudio apuntan a que “los jóvenes han ido construyendo sus imaginarios desde discursos hegemónicos que se fundamentan en un racionalismo técnico-instrumental. Fue la clase de educación física la que permitió comprender cómo los imaginarios sociales de los jóvenes se encarnan en tanto práctica cultural instituida y propuesta intencionada de formación de un cuerpo productivo, dócil y disciplinado (...) al que subyacen imaginarios instituidos de deporte” [31].

Experiencias investigativas de esta naturaleza son un estímulo para explorar posibles rutas de comprensión de la realidad sociocultural en torno a la AF y, en particular, las de un colectivo como el de personas con discapacidad, por cuanto permiten acercarse a la cotidianidad de sus prácticas.

SUJETOS Y MÉTODOS

La comprensión de los imaginarios sociales contruidos sobre la AF puede ser estudiada desde la perspectiva de la fenomenológica hermenéutica [32-33], dado que ésta permite analizar e interpretar la condición del sujeto en su contexto social y la manera como sus actos lo ponen en relación con otros y con su entorno. De ahí que el análisis esté orientado a comprender los imaginarios de las personas con discapacidad en torno a la AF.

En la **primera fase** se realiza la recolección de datos mediante la técnica de entrevista individual semiestructurada a personas con discapacidad, pertenecientes a diversos grupos, en:

- Proyectos contratados por el (IDRD) con la Universidad del Rosario.
- Instituciones públicas, privadas y organizaciones no gubernamentales, que en Bogotá, prestan atención a personas en situación de discapacidad.

Se elaboró la guía de entrevista para explorar los imaginarios en torno a la AF, la cual orienta la recolección de la información grabada en audio. El tamaño muestral está en función de la saturación de la información, lo cual se logra a través de las 41 entrevistas realizadas. De la muestra se excluyeron las personas que por su discapacidad cognitiva no están en condición de comprender y responder las preguntas.

Las grabaciones se transcriben textualmente para su posterior sistematización y análisis. En este sentido, resulta útil emplear las herramientas de codificación abierta y axial que ofrece la teoría fundamentada [34], considerando que lo que se busca es registrar las ideas, percepciones y creencias de las personas con discapacidad, a partir de las cuales se construyen categorías de análisis mediante triangulación del equipo

investigador, lo cual permite visualizar imaginarios en torno a la AF.

La técnica de recolección de la información mencionada impone limitaciones al estudio, ya que el uso de la grabadora supone una alteración del comportamiento de los sujetos al saberse registrados [33], lo cual limita, hasta cierto punto, la espontaneidad en las respuestas del informante. En este sentido, se espera que haya una adaptación progresiva a la misma, logrando que con el transcurrir de la entrevista no haya intimidación ante ella. Esta situación se resuelve, en alguna medida, al establecer una relación de confianza creciente durante el proceso, que permita a los actores estar más desprevenidos al comunicar sus ideas.

En la segunda fase se realizó el trabajo de análisis e interpretación, con base en las categorías encontradas, para avanzar en la comprensión de los imaginarios que poseen las personas con discapacidad en torno a la AF y hacer recomendaciones a los entes gubernamentales para el diseño de políticas y programas que fomenten su realización, de manera que se logre una efectiva articulación de la AF en la vida cotidiana de estos sujetos.

El presente artículo da cuenta de la primera fase, dedicada a la construcción de categorías.

Consideraciones éticas

La investigación no implica riesgos para las personas vinculadas al estudio, ya que los métodos de investigación planteados no involucran experimentos clínicos, ni condiciones que puedan afectar su integridad personal. La participación de los informantes es de carácter voluntario. En este sentido, se hace explícito a los participantes la preservación de la confidencialidad y el anonimato de la información obtenida.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA PRIMERA FASE

Se realizó la entrevista semiestructurada hasta obtener saturación de la información, llegando a 41 registros de personas en situación de discapacidad. Se realizó la transcripción de las entrevistas y, para la construcción de categorías, las respuestas a cada una de éstas se tabularon en una matriz, de tal forma que pudieran separarse en partes más discretas para la codificación abierta. Este material fue revisado individualmente por cada uno de los miembros del equipo investigador (2 investigadoras y 2 asistentes), quienes analizaron el material disponible y avanzaron en la categorización inicial. Con ese insumo se procedió a la triangulación de la información, en sesiones de trabajo colectivo en las cuales se fue construyendo el consenso en torno a las categorías emergentes de los datos originales. Posteriormente, se llevó a cabo la codificación axial, proceso en el cual se reagruparon en categorías y subcategorías.

Producto de este trabajo, se identificaron tres grandes categorías de análisis: en primer término, la manera como se *entiende* la AF, en segundo lugar su *finalidad* y, finalmente, las *limitaciones* para su práctica.

Las codificaciones abierta y axial mostraron que las personas con discapacidad *entienden* la AF como una *actividad formal*, relacionada principalmente con la práctica de deporte y ejercicio, realizada de manera rutinaria para obtener salud física, mediante el esfuerzo y la disciplina. Esto coincide con una visión anatómica del cuerpo, al asociar la AF con el buen funcionamiento de los sistemas muscular, cardiorrespiratorio, vascular y neurológico, lo que implica una *activación corporal* general. También apareció relacionada con *actividades no formales* a través del *juego y la recreación*.

En cuanto a la *finalidad*, ésta se encuentra asociada a procesos de *rehabilitación, bienestar y socialización*. Se estableció que la AF es entendida como un elemento esencial de la *rehabilitación*, pues permite el fortalecimiento muscular, la movilidad, la disminución del dolor, lo cual, en su conjunto, redundará en mayor *independencia*. El *bienestar* está ubicado principalmente en los planos *físico y mental*, asociados a *estilos de vida saludable* que incrementen la *calidad de vida* de las personas con discapacidad. También se evidenció su importancia como un factor de *socialización*, acompañado de *motivación* para la realización de actividades grupales que favorecen la *integración social*.

En cuanto a las *limitaciones* para la práctica de AF, se identificó la *accesibilidad* como un punto crítico en lo referente a *barreras arquitectónicas y medios de transporte* para llegar a los sitios donde ésta se puede realizar. En este mismo sentido, se señaló una *infraestructura física y organizacional insuficiente* que se relaciona con el *desinterés y la falta de apoyo estatal*, reflejado en la *oferta limitada de programas*, la *pobre información* de los existentes y la *escasa asignación de recursos*. Adicionalmente, no se cuenta con *personal calificado* para la prescripción y asesoría en la práctica de AF. Otra de las limitaciones está vinculada a la *exclusión social* de que son objeto las personas en situación de discapacidad, ya que no son tenidas en cuenta para la formulación de programas ni para su participación, lo que se traduce en *inequidades* frente a este colectivo. A este problema subyace la *limitación económica*, asociada a las condiciones de vida de estas personas. Finalmente, otros factores limitantes identificados fueron la *falta de motivación* y de *deseo de superación* por su condición de *discapacidad*. En su conjunto, esta problemática se relaciona con el total *desconocimiento de las políticas*

públicas existentes, las cuales son confundidas con los programas ofertados.

A partir de estos resultados, se dará curso a la segunda fase, dedicada al análisis e interpretación del sistema de categorías, para dar cuenta de los imaginarios que poseen las personas con discapacidad en torno a la AF y proceder a hacer las recomendaciones del caso.

CONCLUSIONES

Desde el punto de vista técnico, en el proceso de construcción de categorías, se destaca la importancia del uso de las herramientas de codificación abierta y axial, que permitieron sistematizar la información. También resultó fundamental el ejercicio de triangulación, para la construcción de consensos, ya que en el proceso interpretativo entran en juego las creencias sociales y culturales de cada uno de los investigadores.

El diseño fenomenológico permitió contrastar las categorías emergentes de los datos obtenidos, con las identificadas en el marco teórico (cómo se entiende la AF, su finalidad y las limitaciones para su práctica). A partir de lo anterior se evidenció, la coincidencia con los imaginarios, que en torno a la AF, tienen las personas que no están en situación de discapacidad.

En este sentido, la comprensión de la AF se asocia fundamentalmente a la categoría de actividad formal realizada través de la práctica deportiva y el ejercicio. En cuanto a la finalidad de la AF, ésta se relacionó principalmente con procesos de socialización y la búsqueda del bienestar mental y físico. Finalmente, las principales limitaciones se atribuyen a problemas de accesibilidad y falta de apoyo estatal para el desarrollo de infraestructura física y organizacional.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La inactividad física: Un factor principal de riesgo para la salud en las Américas. Programa de Alimentación y Nutrición / División de Promoción y Protección de la Salud. 2002. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/HPP/HPN/whd2002-factsheet3.pdf>. Acceso: Nov. 15, 2007.
2. Jacoby E, Bull F, Neiman A. Actividad física: una prioridad ante el sedentarismo de la vida actual. 2004. Disponible en: <http://www.castellanos.com.ar/nuevo/textos.php?id=20833> Acceso: Nov. 13, 2007.
3. García LV, Correa JE. Muévase contra el sedentarismo. Universidad Ciencia y Desarrollo. Programa de Divulgación Científica. Tomo II, fascículo 7. Universidad del Rosario. 2007. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/investigacion/tomo2/fasciculo7/index.html>. Acceso: Nov. 13, 2007.
4. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Obesity approaching tobacco as top preventable cause of death. 2004. Disponible en: http://www.doctorslounge.com/primary/articles/obesity_death/. Acceso: Nov. 13, 2007.
5. Matsudo S, Matsudo V, Araujo T, Andrade D, Andrade E, De Oliveira L, et al. The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. Rev Panam Salud Publica 14(4) Washington. 2003. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000900007. Acceso: Nov. 13, 2007.
6. University of Virginia Health System. Las enfermedades cardiovasculares - Los riesgos de la inactividad física. Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_cardiac_sp/exercise.cfm. Acceso: Nov. 13, 2007.

7. American Heart Association. El sedentarismo (inactividad física). 2007. Disponible en: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3018677>. Acceso: Nov. 27, 2007.
8. Ministerio de Salud. Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas (ENFREC II). Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
9. Lobelo F, Pate R, Parra D, Duperly J, Pratt M. Carga de mortalidad asociada a la inactividad física en Bogotá. *Rev Salud Pública (Bogotá, Colombia)* 2006;8(2):28-41.
10. Ferrero F. Deporte adaptado, actividad física y discapacidad. 2007. Disponible en: www.andinia.com/phpb/viewtopic.php?t=1880. Acceso: Sep. 10, 2007.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Informe de la Secretaría. 2004. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/convenciones/DECLARACION-OMS.pdf> Acceso: Ago. 14, 2007.
12. Cruz I, Hernández BJ. Exclusión social y discapacidad. Colección Textos de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2006.
13. Gómez C. Conceptualización en discapacidad. Reflexiones para Colombia. Tesis de para obtener el título de magíster en discapacidad. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2006.
14. Cuervo C, Trujillo A, Vargas D, Mena B, Pérez L (eds.). Discapacidad e inclusión social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. Capítulo V, Economía de la discapacidad y la rehabilitación. Bogotá: Banco de Ideas Publicitarias; 2005.
15. Pérez L. Discapacidad y exclusión social en la Unión Europea. Tiempo de cambio, herramientas para el cambio. Informe definitivo. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI); 2003.
16. Elwan A. Poverty and disability, a survey of the literature. Washington: World Bank; 1999.
17. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Informe de la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003, complementaria al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. 2001. Buenos Aires: INDEC; 2003. Disponible en: <http://grupobid.org/sds/doc/soc-ArgentinaAntecedentesDatosDiscapacidadPart1-s.pdf>. Acceso: Oct. 21, 2007.
18. Instituto Nacional de Estadística (INE). Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. República Oriental del Uruguay; 2004. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/discapacidad/discapacidad.pdf> Acceso: Oct. 19, 2007.
19. Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS). Primer Estudio de la Discapacidad en Chile. Santiago de Chile; 2005. Disponible en: http://www.bcn.cl/carpeta_temas/temas_portada.2005-10-24.2908836766/pdf/RESUMEN%20ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20DISCAPACIDAD.pdf. Acceso: Oct. 16, 2007.
20. Instituto Nacional de Encuestas (INEC). Encuesta SIEH. Quito, Ecuador; 2004. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/cau-b.htm> Acceso: Oct. 19, 2007.
21. Diniz D. Discapacidad, justicia y políticas sociales en Brasil. 2003. Disponible en: http://www.colbio.org.mx/symposium_colbio/Debora_Diniz.pdf. Acceso: Nov. 13, 2007.
22. Instituto Nacional de Rehabilitación (INEI). Perú: Perfil Socio-demográfico de la población discapacitada. Lima: 1996. Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/comisiones/2002/discapacidad/PlandeIgualdaddeOportunidades.pdf>. Acceso: Oct. 19, 2007.
23. Dirección General de Estadísticas (DGEEC). Encuesta y censos del Paraguay. Discapacidad en Paraguay.

2002. Disponible en: <http://grupobid.org/sds/doc/soc-DiscapacidadenelParaguayPart1-s.pdf>. Acceso: Oct. 19, 2007.
24. Contraloría General de la República (CGR). Censo Nacional de Población. Registro nacional de discapacidad. Ciudad de Panamá: Contraloría General de la República; 2000. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/avanceODM.pdf>. Acceso: Oct. 20, 2007.
 25. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), 2006. Proceso de registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad. Bogotá. Disponible en: www.dane.gov.co. Acceso: Sept. 12, 2007.
 26. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Dirección de censos y procesos especiales. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Bogotá: Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/Bogota%20SEPT%202007.pdf>. Acceso: Nov. 2, 2007.
 27. Barnes C. Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. Disponible en: *Discapacidad y Sociedad*. L. Barton (Comp). Madrid: Morata; 1998.
 28. National Center on Physical Activity and Disability, 2006. The rationale and benefits of sport participation for youth of all abilities. Disponible en: http://www.ncpad.org/lifetime/fact_sheet.php?sheet=449§ion=2400. Acceso: Sept. 10, 2007.
 29. Pintos JL. Communication, construction of reality and social imaginaries. *Utop Prax Latinoam* 2005;10:37-65.
 30. Pintos JL. Construyendo realidad(es): Los imaginarios sociales. Disponible en: *Realidad U.A.* J.F. Kennedy 2001;1:7-25.
 31. Murcia N, Jaramillo L, Camacho H, Loaiza. Imaginarios de los jóvenes escolares ante la clase de educación física. 2005. Disponible en: <http://www.kinesis.com.co/catalogo.php?codProducto=104>. Acceso: Sep. 11, 2007.
 32. Denzin N. *Handbook of qualitative research*. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1994.
 33. Bottorff J, Boyle J, Carey, MA, et al. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. 1994. Morse, Janice Editores. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
 34. Strauss, A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory, procedures, and techniques*. Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1990.