



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Representaciones sociales de la actividad física en trabajadores de una empresa de transporte masivo de la ciudad de Bogotá**

**Ingrid Paola Ramírez Fandiño**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Departamento del Movimiento Corporal Humano

Maestría en Fisioterapia del Deporte y la Actividad Física

Bogotá, D.C, Colombia

2016

# **Representaciones sociales de la actividad física en trabajadores de una empresa de transporte masivo de la ciudad de Bogotá**

**Ingrid Paola Ramírez Fandiño**

Tesis o Trabajo de Investigación como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en fisioterapia del deporte y la actividad física**

Directora:

Fisioterapeuta PhD, Msc, Nancy Jeaneth Molina Achury

Línea de Investigación:

Actividad Física y Salud

Facultad de Medicina

Departamento del Movimiento Corporal Humano

Maestría en Fisioterapia del Deporte y la Actividad Física

Bogotá, D.C, Colombia

2016

*Dedicatoria*

*A mi buen y amado Dios por ayudarme a culminar este proceso en el cual he aprendido a respetar y valorar a mis semejantes por lo que son y piensan, entendiendo que no puedo juzgarlos por lo que se encuentra al alcance de mis ojos, sino debo darme la oportunidad de escucharlos antes; a mi amado esposo e hija por ceder el tiempo que era para compartir como familia.*

## **Agradecimientos**

A Dios por su infinito amor y cuidado, por darme la oportunidad de interactuar con mis semejantes y comprender mucho de sus comportamientos.

A mi esposo, hija y madre por siempre creer en mí y ser mis motivadores para finalizar este proyecto, por su apoyo y amor incondicional.

A mi bella profesora Nancy Jeaneth Molina Achury, por su tiempo, paciencia y dedicación para con este trabajo, por haber expresado su conocimiento y saber sin restricción.

A mi colega Mónica Alejandra Quintana quien sin interés alguno me regalo de su tiempo y conocimiento para concluir este maravilloso trabajo.

## Resumen

Este trabajo trata de las representaciones sociales frente a la actividad física de un grupo de operadores de una empresa de transporte masivo de pasajeros de la ciudad de Bogotá y busca identificar y comprender la naturaleza de los elementos que organizan y estructuran dicha representación, al asumir que estas son estructurantes de los comportamientos y conocimientos que incorporan los sujetos y que se expresan en informaciones, creencias y actitudes. La representación social se asume como una construcción esencialmente colectiva para lo cual las condiciones históricas, sociológicas y de ideología marcan la memoria colectiva y establecen la base de la dimensión normativa expresa en el discurso y la comunicación. Esta aproximación considera las representaciones sociales como reflejo de identidad grupal y/o una identidad alternativa como expresión de lógicas de resistencia. Metodológicamente, el trabajo indagó, mediante el instrumento de recolección de información para este caso la entrevistas semi-estructurada de las representaciones sociales en torno a las categoría actividad física en relación con salud, trabajo, bienestar y cuerpo, en dos grupos de trabajadores identificados como activos y no activos, busca caracterizar sus representaciones sociales y desde allí señalar elementos que permitan una interacción más asertiva en torno a las propuestas de promoción de la actividad física en grupos de trabajadores. Los resultados evidencian similitudes en las representaciones sociales de los dos grupos, en lo cual se hace evidente el peso del discurso sanitarista en la relación actividad física y salud, lo que se relaciona con una visión biológica, funcional, instrumental y estética del cuerpo, centrada esta última en el logro de cánones de belleza pre-establecidos y universales, que destacan la esbeltez, el cuerpo atlético y el desarrollo muscular; un predominio del discurso de responsabilización individual del sujeto en relación a su situación de salud, que a la postre desestimula la práctica de actividad física y una visión disminuida de la relación actividad física - bienestar, en términos de ocio, relaciones interpersonales, goce, entre otras. Los dos grupos muestran una clara diferenciación en relación al vínculo actividad física y trabajo; para el grupo activo la actividad física es un dispositivo para incrementar la productividad en tanto para el grupo no activo, el trabajo limita la actividad física al no proporcionar condiciones objetivas para su práctica.

**Palabras claves:** trabajo, representación mental, cuerpo, bienestar laboral, bienestar social, actividad motora, conocimientos, actitudes y salud, salud laboral, ejercicio.

## **Abstract**

This work is about the social representations on physical activity on a group of operators from a mass passenger transport company in Bogota city and seeks to identify and understand the nature of the elements that organize and structure such representation, assuming that these are structures of the behaviors and knowledge that the persons incorporate and express as information, beliefs and attitudes. Social representation is considered essentially as a collective construction in which historical, sociological and ideological conditions mark the collective memory and establishes the base of the normative dimension in the speech and the communication. This approach considers the social representations as a reflection of the group identity and/also an alternative identity as an expression of logical resistance. Methodologically, this work inquired, through the instrument of recollection of information in this case the semi-structured interviews of the social representations around a physical activity category in relation health, work, wellness and body, in two groups of employees identify as active and non-active, seeks to characterize their social representations and from there point the elements that allows a more assertive interaction around the proposals of promotion on physical activity in groups of employees. The results show similar social representations on both groups, in which is evident the importance of the speech in the physical activity and in health relation, which is related with a biological, functional, instrumental and body beauty vision, this one last, focused in the attainments of universal pre-established beauty standards which emphasizes the slenderness , the athletic body and the muscular development; a predominance of individual accountability speech from the person in relation with his or hers health situation that ends demotivating the physical activity practice and reduced vision of the relation physical activity-wellness, in terms of leisure, interpersonal relationships, joy, among others. Both groups shows a clear differentiation between the link of physical activity and work; for the active group physical activity is a device to increase productivity while for the non-active group, work limits physical activity as well as it doesn't provide objective conditions for its practice.

**Key words:** work, body, work well-being, social welfare, occupational hazards, Motor Activity, Knowledge, attitudes, health, occupational health, exercise.



## Tabla de contenido

Resumen.....	V
Abstract.....	VII
Lista de tablas.....	XI
Introducción.....	1
Capítulo 1. Marco de Referencia.....	4
1.1 Pregunta de Investigación.....	4
1.2 Delimitación del problema.....	4
1.2.1. La situación problemática.....	4
1.2.2. Complejidad del problema.....	6
Capítulo 2. Marco Legislativo.....	10
Justificación.....	16
Objetivos.....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos.....	19
Capítulo 3. Marco Teórico.....	20
3.1. Representaciones sociales.....	20
3.2. Actividad Física.....	27
3.3. Representación social y Actividad Física.....	31
3.3.1. Salud-Enfermedad, bienestar, cuerpo y trabajo.....	32
3.3.2. Representación social, salud –enfermedad y cuerpo.....	36
Capítulo 4. Marco Metodológico.....	39
4.1. Tipo de estudio.....	39
4.2 Población Objeto.....	39
Descripción de los participantes.....	41
4.3. Descripción de las categorías.....	42
4.4. Instrumento.....	44

4.5. Análisis de la información .....	44
Capítulo 5. Resultados .....	46
5.1 Descripción de los grupos.....	46
Grupo Activo.....	46
Grupo No Activo .....	53
5.2. Relaciones entre grupos .....	60
Actividad Física y Salud-enfermedad .....	60
Actividad física y Cuerpo.....	60
Actividad física y Bienestar.....	61
Actividad física y Trabajo .....	62
Capítulo 6. Discusión.....	63
6.1. El discurso sanitario de la Actividad física y la Salud .....	64
6.2. La responsabilización y culpabilización de los sujetos frente a la no práctica de la actividad física y la consecuente presencia de enfermedad.....	66
6.3. La actividad física como dispositivo que fomenta la disciplina, el esfuerzo y control .....	68
6.4. Actividad física y su importancia en la logro de productividad y estereotipos de belleza .....	70
6.5. Los riesgos del trabajo: condición a superar desde lo individual o limitante para la práctica de actividad física .....	71
Conclusiones y recomendaciones .....	73
Bibliografía .....	76
Anexos .....	85

## Lista de tablas

Tabla 1 Categorías de trabajo ..... **¡Error! Marcador no definido.**

## Anexos

Anexo 1. Entrevista Semiestructurada.....	85
Anexo 2. Consentimiento informado .....	87
Anexo 3. Descripción Operadores.....	90
Anexo 4. Recursos y gastos .....	100

## Introducción

La inactividad física (IF) según la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como el cuarto factor de riesgo de morbilidad en la población mundial. Se le atribuye el 6% de las muertes, lo que significa que anualmente mueren 3 millones de personas a causa de la IF. En este sentido, se evidencia la relación estrecha que se presenta entre IF y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales han aumentado su prevalencia en muchos países entre los cuales se encuentra Colombia, llega a ser considerada como una de las primeras causas de muerte en el mundo. Así, las personas con un nivel insuficiente de actividad física (AF) tienen entre el 20% y el 30% más de riesgo de muerte que las personas que realizan al menos 30 minutos de AF moderada la mayoría de días de la semana. La IF es la principal causa de aproximadamente el 21% al 25% de cánceres de mama y colon, el 27% de casos de diabetes, el 30% de cardiopatías isquémicas (OMS, 2014).

De otra parte, la OMS atribuye que el descenso de la AF se debe parcialmente a la inacción durante el tiempo de ocio y al sedentarismo en el trabajo y en el hogar. Del mismo modo, un aumento del uso de modos «pasivos» de transporte también contribuye a la IF (OMS, 2014).

La IF se ha justificado con varios argumentos como la falta de tiempo de los sujetos, otros son los factores ambientales relacionados con la urbanización como: el miedo a la violencia y a la delincuencia en los espacios exteriores, un tráfico denso, la mala calidad del aire y la contaminación, la falta de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas y recurso humanos entre otros (OMS, 2014).

De otro lado, existe una creciente preocupación por la población trabajadora, en tanto su perfil de morbi-mortalidad presenta incrementos de las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebro-vasculares), el

cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (OMS, 2014).

Esto ha significado un incremento de las iniciativas de promoción de la AF en los trabajadores. Sin embargo, la literatura y experiencias concretas en el marco de los programas de Seguridad y Salud en el trabajo, indican poca adherencia de los trabajadores a estas iniciativas (Groeneveld, 2006).

De manera particular, los trabajadores del sector transporte, son catalogados como de baja práctica de AF y tienen hábitos poco saludables pues la mayoría no establece horarios para alimentarse y las jornadas de trabajo son amplias (Sena, 2008). Tal es el caso específico de los trabajadores del sistema masivo de pasajeros de la Ciudad de Bogotá, Transmilenio (TM), para lo cual la organización del trabajo y el tipo de la actividad coloca al trabajador en largas jornadas caracterizadas por sedentarismo. Así, los operadores de los buses articulados y biarticulados trabajan jornadas de 8 horas en operación (conducir) (que representan en promedio 10 horas al no ser jornada continua), al realizar un uso fragmentado del cuerpo, en tanto el sistema automático del vehículo implica el uso de solo algunos segmentos corporales (pierna derecha para acelerar y frenar y de los brazos para darle dirección al vehículo).

Adicionalmente, deben realizar desplazamientos por los diferentes portales del sistema para dar inicio o fin a su tabla de trabajo, los cuales pueden ser hasta de hora y media. Dicho desplazamiento lo pueden realizar en el sistema como usuarios o en su vehículo particular sea carro o moto.

Como reconocimiento de estas condiciones, la mayoría de las empresas del sector cuentan con el recurso físico y humano para incentivar la AF entre sus trabajadores. Sin embargo, diversos indicadores señalan un problema de adherencia y participación, importante, que a la postre incide en las condiciones generales de salud y bienestar e impacta en los perfiles de morbilidad en términos de seguridad y salud en el trabajo.

Detrás de estos resultados, se reitera la “falta de interés” por parte de los trabajadores que centra la atención en los comportamientos que asumen estos frente a la AF. En este sentido, se hace necesario comprender mejor dichos comportamientos, para lo cual se acude a los aportes desde la teoría de las representaciones sociales (RS) la cual “puede contribuir a la reflexión de los profesionales de la salud sobre la complejidad del

encuentro entre ciencia y sentido común, y a que éstos incorporen la comprensión de las dimensiones culturales de los procesos salud-enfermedad” (Escobar, 2010).

Este trabajo tiene como objeto identificar las RS de los operadores de una empresa de transporte masivo de la Ciudad de Bogotá frente a la AF, con el fin de diseñar estrategias más asertivas que mejoren los resultados del programa de riesgo cardiovascular.

En este trabajo el primer capítulo describe el marco de referencia; el segundo capítulo presenta el marco teórico y las categorías de análisis referentes a este trabajo; el tercer capítulo refiere la metodología utilizada, los instrumentos y el proceso de análisis de la información; el cuarto capítulo muestra los resultados; el quinto se refiere a la discusión de los mismos; y finalmente, el sexto presenta las conclusiones.

# Capítulo 1. Marco de Referencia

## 1.1 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales frente a la AF en trabajadores, activos y no activos físicamente, de una empresa de transporte masivo de la ciudad de Bogotá?

## 1.2. Delimitación del problema

### 1.2.1. La situación problemática.

La información estadística en términos de la condición de salud – enfermedad, de los trabajadores de una empresa de transporte masivo de Bogotá, evidencia que el 37.7 % de las lesiones corresponden a lumbalgias y síndromes de manguito rotador, lo que se suma a los accidentes laborales que abarcan un 6%. Sin embargo, en términos de ECNT se evidencia, que el 70% de la población se encuentra en sobrepeso y el 20% presenta alguna alteración en el metabolismo de los lípidos (Empresa de Transporte Masivo de Pasajeros de la Ciudad de Bogotá, 2015).

Esta empresa cuenta con un programa de vigilancia epidemiológica para el control del riesgo Cardiovascular (P-RH 002) desde hace 7 años, el cual se encuentra en su versión más actualizada. Este programa tiene como objetivo: Identificar y valorar los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular presentes en los trabajadores y disminuir su prevalencia (factores de riesgo modificables) en los trabajadores involucrándolos al programa de vigilancia, que mejoren las condiciones de salud, bienestar, trabajo y calidad de vida de cada uno de sus colaboradores, con énfasis en los operadores debido



que son los que desarrollan la actividad más sedentaria (Empresa de Transporte Masivo de Pasajeros de la Ciudad de Bogotá, 2015).

El programa contiene diferentes estrategias para la identificación y participación de los colaboradores dentro de las cuales se encuentran: exámenes periódicos ocupacionales, de ingreso, de egreso y post- incapacidad, valoración del estado de la salud integral, estrategias de prevención promoción primarias para el control y manejo del riesgo cardiovascular. Algunas de las estrategias implementadas son la adecuación de un espacio para el gimnasio el cual está dotado con máquinas cardiovasculares, cama de Pilates, multi fuerza, balones, superficies inestables y tubo band, entre otros elementos además cuenta con clases grupales dos veces a la semana, valoración nutricional 1 vez por mes, equipo de fútbol masculino, equipo de fútbol femenino, equipo de ciclismo y atletismo, además de las pausas activas y gimnasia laboral (Empresa de Transporte Masivo de Pasajeros de la Ciudad de Bogotá, 2015).

Sin embargo, los datos de resultados indican que solo el 24% de los operadores participa de las actividades de la empresa, al tener en cuenta que los operadores son 346 lo que se asocia en la permanencia de los resultados enfermedad crónica no transmisible (ECNT).

Ahora bien, esta participación en los programas de prevención ha sido fluctuante, debido que en los meses de diciembre y enero hay una notable disminución de la asistencia a las actividades deportivas según los análisis de los indicadores de los programas de prevención y promoción, esto asociado a la temporada de vacaciones, lo que en términos de porcentaje llega a una participación del 13% y se estabiliza entre los meses de febrero y noviembre, por lo cual el promedio más alto en los últimos tres años ha sido de una participación del 50% de la población total de operadores. Pero en términos de adherencia las cifras no son tan alentadoras debido que del 50% de la población que ha participado en los programas de promoción solo el 19% de los operadores ha tenido continuidad en dichos programas o le han dado continuidad en otros espacios diferentes a los de la empresa (Empresa de Transporte Masivo de Pasajeros de la Ciudad de Bogotá, 2015).

### 1.2.2. Complejidad del problema.

El sedentarismo es un factor que predispone la aparición de enfermedades como la obesidad, la diabetes, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, osteoporosis, enfermedades mentales, y algunos tipos de cáncer (Iglesias & Galviz, 2013); se considera hoy en día como un problema de salud pública a nivel mundial debido a sus graves implicaciones para la salud y a la asociación con gran cantidad de defunciones al año en el mundo (Varela, Duarte, Salazar, Lema, & Tamayo, 2011). La OMS, determinó que el 6% de las muertes a nivel mundial son atribuibles a la IF; es decir, 3 millones de personas mueren por esta causa (OMS, 2014). En América Latina, de acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (OPS), en el 2005 se registraron aproximadamente 170,000 muertes en América Latina y el Caribe ocasionadas por la falta de AF; según este mismo organismo, la salud del 60% de la población está en riesgo debido a una vida inactiva y aproximadamente tres cuartos de la población tienen un estilo de vida sedentario, (OPS, 2002) (Varela, Duarte, Salazar, Lema, & Tamayo, 2011).

Con relación a la prevalencia del sedentarismo, en Estados Unidos más del 60% de los adultos no hace AF, solo el 30% de estos la realizan de manera regular y el 23% de los niños no hacen AF en su tiempo libre (American Heart Association, 2007). Países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Suiza y Brasil, tienen también una alta prevalencia de IF; se estima que la IF es responsable del 2 al 6 % de los gastos totales en salud. En Colombia, el Plan Nacional de Desarrollo (2010 – 2014) señala que de la población entre 18 y 64 años, el 42,6% es sedentario y solo el 5,9% en este grupo de edad práctica AF al aire libre (Departamento Nacional de Planeación, 2011); según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010 (ENSIN 2010), solo un 21% de la población de 18 a 64 años realizó por los menos 150 minutos semanales de AF en tiempo libre, y el 34,3% de la población cumplió los criterios de AF como medio de transporte, al ser éstas prevalencias menores en mujeres en relación a los hombres ( Ministerio de Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2011) (Instituto Nacional de Salud, 2015).

Diversos estudios evidencian un mayor nivel de AF en los hombres, especialmente entre los 18 y 24 años (Iglesias & Galviz, 2013); se evidencia, también una participación reducida en la realización de la AF a medida que se avanza en la edad (Physical Activity and Public Health, 2007) (Olds, y otros, 2009) (Vidarte Claros, Vélez Álvarez, & Parra Sánchez, 2012) (Departamento Nacional de Planeación, 2011). Al respecto, la encuesta bienal de culturas (EBC) del año 2013 evidencia que la cifra mayor de sedentarismo se encuentra en el grupo de personas mayores a 50 años (Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, 2013).

De otro lado y con relación a la ocupación y al sedentarismo en el trabajo, se debe hacer mención al efecto que ha tenido la tecnología y la industrialización en el reemplazo del trabajo manual por el trabajo más automatizado, que, si bien agilizan los procesos de las empresas u organizaciones y produce un aumento de la productividad, conlleva a que la actividad del hombre sea mucho menor y genere consecuencias para la salud física. De acuerdo con Marshall & Gyi (2010), en la actualidad muchos trabajadores pasan sentados más de la mitad del tiempo del día laboran, situación que aumenta el riesgo de presentar alteraciones en la salud de los trabajadores.

De acuerdo a lo anterior se considera el sedentarismo como un riesgo ocupacional, así que un trabajo considerado de riesgo mínimo para una empresa, puede comprometer la salud de los trabajadores debido a la falta de movilidad y a la alta prevalencia de sufrir sobrepeso, hipertensión y problemas cardiovasculares.

En el caso de los conductores, para Chaparro Narvárez & Guerrero (2001), los conductores de transporte público urbano son en su mayoría hombres y desempeñan una actividad que ha sido considerada como una labor de baja calificación técnica y una clasificación del riesgo IV, es decir una actividad de alto riesgo (Colombia, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2002). Dentro del desempeño del trabajo, son múltiples las tareas que deben realizar los conductores, dentro de las que se encuentran: parar, arrancar, mirar señales, abrir y cerrar puertas, frenar, controlar interruptores, mirar por los espejos retrovisores, girar el volante, además de labores de mantenimiento, inspección y limpieza (Chaparro & Guerrero, 2001).

De acuerdo con un estudio realizado en Alemania, el trabajo de los conductores de servicio público se caracteriza por una alta exposición a ruido y vibración, así como una demanda en la ejecución que requiere un alto grado de atención y concentración (Göbel, Springer, & Scherff, 1998); de igual forma, un estudio realizado en la ciudad de Bogotá, determinó que los conductores de transporte público están sometidos a condiciones de trabajo deficientes como el estado de las vías, la iluminación insuficiente, altas temperaturas, exposición a gases y humos, esfuerzo físico, posturas incómodas, la tensión del trabajo, la presión intensa de los pasajeros, el ritmo de trabajo y el descanso insuficiente (Instituto de Seguros Sociales - Corporación Salud y Desarrollo, 1997), los cuales son considerados como condiciones de trabajo nocivas ya que predisponen la aparición de enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas, gastrointestinales, cáncer, trastornos respiratorios y estrés (Michaels & Zoloth, 1991.) (Winkleby, Ragland, & Syme, 1988) (Jakobsson, Gustavsson, & Lundberg, 1997) (Backman, 1983).

Con relación a las condiciones de salud de los conductores, estudios realizados en Cuba y en Honduras han evidenciado que las enfermedades más comunes en los conductores es la hipertensión arterial y el asma bronquial (Guanche Garcell, y otros, 2003) (Maradiaga Montoya, 2006). De acuerdo a la literatura, existe una relación entre el sedentarismo y la aparición de enfermedades, especialmente la obesidad; al respecto, un estudio en México, encontró que la prevalencia de sobrepeso en operadores de Auto bus, fue de 52.7% y de obesidad de 22.5%, además evidenció un índice de masa muscular (IMC) más elevado en el gremio de los operadores de bus con respecto a personas de la población general que manejan vehículos (Aguilar Zinser, y otros, 2007). En Colombia, estudios han determinado que las principales alteraciones en la salud que presentan los conductores son las osteo articulares, oculares, hipertensivas y auditivas (Instituto de Seguros Sociales - Corporación Salud y Desarrollo, 1997) (Chaparro & Guerrero, 2001).

En cuanto a la práctica de la AF por parte de los conductores, un estudio desarrollado en taxistas de Brasil, determinó que el 55,8% de esta población, son sedentarios, el 25,0% son insuficientemente activos y tan solo el 19,2% son activos (Alves, Gomez, Meireles, & Moncada, 2008). De otro lado, en Colombia, Hinestroza (2009), analizó la actitud de los conductores frente a la AF y determinó que el 79% de los conductores de servicio público

intermunicipal están dentro de la actitud contemplativa, el 15% correspondieron a la pre contemplativa y sólo el 6% tienen una actitud activa hacia la realización de AF; con respecto a las barreras que impiden la práctica la realización de AF, las más frecuentes son la falta de equipos, la falta de conocimiento y la falta de tiempo. Al respecto, es necesario hacer mención a los factores que inciden en la práctica de la AF y la adherencia a la misma; diversos estudios han evidenciado que factores demográficos como el género y la edad son determinantes en la práctica de la AF, de igual manera, la educación de los padres, la motivación, la actitud y la influencia de la familia y los amigos (Martinez, 2012). Dentro de las principales barreras que limitan la práctica de la AF se encuentran la falta de equipos, de conocimiento, de tiempo, de motivación y de interés, de auto disciplina, la pereza, el cansancio, la no percepción de utilidad ni beneficios, y las conductas sedentarias fomentadas por el uso de medios tecnológicos como la televisión y los videojuegos (García Ferrando, 1997); en relación a las causas de abandono de la práctica de la AF, las más comunes son: la falta de tiempo para realizar otras actividades, el no cumplimiento de las expectativas, la falta de diversión, las molestias físicas, y la falta de un adecuado direccionamiento (Gould, Fletz, Horm, & Weiss, 1982) (Hinestroza , 2009) (Armenta Gonzalez , 2004).

Al tener en cuenta lo anterior, se puede inferir que en la actualidad la AF no se corresponde ni hace parte de los estilos de vida de la mayoría de la población y más si se hace referencia a los conductores; por este motivo es necesario identificar los factores que en esta población inducen, facilitan y limitan la práctica de la AF.

## Capítulo 2. Marco Legislativo

La Carta Internacional de la Educación Física y el Deporte, proclamada en 1978 por la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), establece que “la práctica de la educación física y el deporte es un derecho fundamental para todos” (Secretaría Distrital de Cultura, 2009).

De acuerdo con esta carta internacional, el derecho a desarrollar las facultades físicas, intelectuales y morales por medio del deporte, la recreación y la AF indispensables para el pleno desarrollo de la personalidad deberá garantizarse, tanto en el marco del sistema educativo como en los demás aspectos de la vida social. Deben ofrecerse oportunidades especiales a los jóvenes, incluidos los niños y niñas de edad preescolar, a las personas de edad y a quienes tienen algún tipo de discapacidad, con el fin de hacer posible el desarrollo integral de su personalidad, gracias a unos programas de educación física, deporte, recreación y AF adaptados a sus necesidades (UNESCO, 1978).

El Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre el Deporte para el Desarrollo y la Paz, convocado en 2003 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), sostiene que cuando el deporte es utilizado como instrumento para el desarrollo y la paz, los programas deportivos deben ejecutarse con base en la equidad y, por ello, bajo el principio “deporte para todos”, se debe garantizar que todos los grupos tengan la oportunidad de participar, en especial aquellos que obtienen beneficios adicionales, como las mujeres, las personas discapacitadas y los jóvenes (Secretaría Distrital de Cultura, 2009).

En este sentido, el informe del mencionado grupo de trabajo de la ONU afirma que el deporte, desde el juego y la AF hasta el deporte de competición organizado, tiene un papel importante en todas las sociedades.

Para dar cumplimiento y garantizar las condiciones para un ejercicio efectivo, progresivo y sostenible se deben asumir con los siguientes compromisos:

- El deporte, la recreación y la AF constituyen elementos esenciales y permanentes de la educación dentro del sistema global educativo.
- Los programas de deporte, recreación y AF, deben responder a las necesidades individuales y sociales.
- La enseñanza y la administración del deporte, la recreación y la AF deben confiarse a un personal calificado.
- Para la práctica del deporte, la recreación y la AF son indispensables instalaciones y materiales adecuados.
- La investigación y la evaluación son elementos indispensables del desarrollo del deporte, la recreación y la AF.
- La información y la documentación contribuyen a promover el deporte, la recreación y la AF.
- Los medios de comunicación de masas deberían ejercer una influencia positiva en el deporte, la recreación y la AF.
- Las instituciones gubernamentales desempeñan un papel primordial en el deporte, la recreación y la AF.
- La cooperación internacional es una de las condiciones previas del desarrollo universal y equilibrado del deporte, la recreación y la AF.

En este mismo informe se indica que el deporte, la recreación, la AF y la educación física están asociados a factores culturales, personales y sociales que contribuyen de manera significativa en lo personal, en el desarrollo social, en lo económico, en lo ambiental, en lo turístico y en lo político (Secretaría Distrital de Cultura, 2009).

En el plano nacional, la Constitución Política de Colombia de 1991 en su Artículo 52 reconoce “el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre”, y en iguales términos lo hace la Ley 181 de 1995 en su Artículo 4. La Constitución también establece que el deporte (en sus manifestaciones recreativas, competitivas y autóctonas) y la recreación “forman parte de la educación y constituyen un gasto público social” (Colombia, 1991).

De otra parte, en Colombia se establece la ley 1355 de 2009 a través de la cual se define la obesidad y las ECNT, las cuales se consideran como una prioridad de salud pública en Colombia, por tanto se establecen medidas y estrategias para su control, atención y prevención. Dentro de las medidas establecidas se encuentra la promoción de la AF a través del incremento y la calidad de las clases de educación física en los colegios con personal idóneo y adecuadamente capacitado en todo el territorio Nacional, además el Ministerio de Protección Social promoverá estrategias y mecanismos para que las empresas promuevan la AF a través de las pausas activas con la orientación y el apoyo de las aseguradoras de riesgos laborales (Republica de Colombia Diario Oficial, 2009).

De otro lado en Bogotá, se cuenta con una Política Pública de Deporte, Recreación y AF la cual se titula “Bogotá más activa” y está contemplada para el periodo 2009 – 2019. Esta política está orientada al cambio en las organizaciones sectoriales, públicas y privadas, con el objetivo de garantizar el derecho de todos y todas al deporte, la recreación y la AF (Secretaría Distrital de Cultura, 2009).

La política “Bogotá más activa” asume una definición amplia del sector, que entiende el deporte como un derecho, reconoce una complementariedad entre sus dos aspectos, el deporte para todos y el deporte de alto rendimiento, cada uno esencial y no excluyente, que contribuyen mutuamente a su éxito; la recreación entendida como un derecho esencial para el desarrollo humano y social, fundamental en todas las comunidades y culturas del mundo; y la AF como una práctica regular y sistemática, que aporta beneficios a la salud física, emocional y psíquica de las personas (Secretaría Distrital de Cultura, 2009).

Los componentes de esta política pública giran en torno a cinco grandes objetivos:

- Aumentar la participación.
- Fortalecer la institucionalidad.
- Ampliar la formación.
- Optimizar la información y la comunicación.
- Mejorar los parques, escenarios y entornos.

Así mismo en la ciudad se cuenta con una variada oferta de alternativas para la práctica de actividades deportivas, recreativas y de AF, gracias a programas distritales y locales



que están coordinación del programan Muévete Bogotá los cuales se realizan en diferentes espacios, entre los que encontramos:

- Red distrital de parques.
- Una extensa red de ciclo rutas con más de 300 kilómetros de extensión en más de 60 vías principales y secundarias, para lo cual se han realizado adecuaciones para el tránsito exclusivo de bicicletas.
- La cicloavía, que destina de manera temporal un espacio de más de 121 kilómetros en las principales vías de la ciudad (evita el tránsito de vehículos motorizados) los días domingos y festivos de siete de la mañana a dos de la tarde, para que la ciudadanía pueda desarrollar la AF, la recreación y el deporte, estimular el uso de la bicicleta, la caminata, el trote, y el patinaje. Esta actividad está apoyada por una red de sitios de “recreo vía” y de AF, a la cual las personas acuden masivamente a clases de aeróbicos, entre otras actividades.
- De igual forma, el Distrito Capital promueve la práctica de la AF por medio de la celebración del día mundial de la AF “Día del Desafío”, y el día de la bicicleta, así como la práctica de la recreación, mediante un gran número de actividades dirigidas al adulto mayor, las personas con discapacidad, los jóvenes en edad escolar y juvenil, y la comunidad en general.
- La ciudad ha creado las condiciones necesarias para la realización de grandes eventos metropolitanos como el festival de porras, las lunadas metropolitanas, las vacaciones recreativas, las caminatas ecológicas, el apoyo al deporte formativo y de alto rendimiento, con miras a mejorar la participación o realización de eventos deportivos distritales, nacionales e internacionales, así como el mantenimiento y la construcción de parques y escenarios recreativos, deportivos y de AF, como parte del patrimonio cultural y social de la ciudad (Secretaría Distrital de Cultura, 2009).

El instituto distrital para la recreación y el deporte (IDRD) la entidad distrital que se encarga del manejo de los eventos deportivos, recreativos y de AF. En el IDRD ofrece a los ciudadanos 47 programas recreativos, 4 grandes programas deportivos (escuelas de formación deportiva, certámenes deportivos, alto rendimiento, deporte paralímpico, apoyo a organismos deportivos, entre otros), y programas de AF (Muévete Bogotá, Muévete Escolar, mega evento de AF y AF laboral, entre otros) (IDRD, 2015).

En el interés de este trabajo, el programa Muévete trabajador se desarrolla durante la semana de los hábitos de vida saludable en el sitio de trabajo, es una iniciativa en la cual las Instituciones programan y realizan distintas actividades durante la semana marco del Día mundial del trabajo. Estas actividades deben promover la AF y la integración en el ambiente laboral. Dentro de sus objetivos esta:

- Incrementar el conocimiento y la sensibilización hacia la AF y en general hábitos de vida saludables.
- Aumentar la calidad y la cantidad de AF.
- Incrementar el conocimiento acerca de las recomendaciones mínimas de AF para tener una salud óptima.
- Animarse a iniciar la práctica de AF, incrementarla y mantenerla.

En este punto vale la pena destacar que el marco legal establece una normativa específica en relación al cuidado de la salud de los trabajadores. Así el Decreto 1072 de 2015 por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector trabajo. Este decreto tiene como objeto definir las directrices de obligación y cumplimiento para la implementación del Sistema General de Seguridad y Salud en el trabajo (SG-SST); las cuales deben ser implementadas por los empleadores y contratantes quienes deben desarrollar el SG-SST a través de un proceso lógico y por etapas el cual estará basado en la mejora continua con el objetivo de gestionar los peligros y riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo. Todo esto con el fin de prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan (Ministerio de Trabajo, 2015). Para el cumplimiento de este objetivo, cuenta con un programa de salud ocupacional que se entiende como de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones. Sin embargo, en tanto las actividades de mejora continua de los ambientes de trabajo, que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora, se circunscriben al concepto de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo, el

componente de promoción de la AF y su posible proyección en el marco del programa Muévete trabajador, se organizan en el marco del bienestar laboral y no de la seguridad y la salud en el trabajo, aspecto que incide en su visibilidad y peso al interior de las empresas (IDRD, 2015).

En síntesis, es necesario entonces destacar que se observa una cierta pérdida de peso del concepto del derecho a la AF en los contenidos normativos, al proyectar esta tan solo como práctica sistemática de responsabilidad individual; un cierto debilitamiento del concepto integral que proyecta la práctica al desarrollo de facultades físicas, intelectuales y morales y no solo a los beneficios en la salud física, emocional y psíquica; una ausencia del compromiso con la equidad que destaca el reconocimiento de los grupos que más requieran al tiempo que mayormente obtengan sus beneficios basados en el reconocimiento de necesidades diferenciales de los grupos y sujetos; al tiempo que su ubicación orgánica al interior de las empresas, desdibuja los vínculos específicos con la organización de los procesos de trabajo cuando se trata de abordar este asunto en grupos de trabajadores.

Estas limitaciones se convierten en un referente para el análisis de los resultados del presente estudio.

## Justificación

Los beneficios de la práctica de AF en la salud de los seres humanos pueden ser identificados en tres dimensiones, fisiológica, psicológica y social. A nivel fisiológico se destaca la prevención de enfermedades cardiovasculares; a nivel psicológico el efecto ansiolítico asociado a la sensación de bienestar general de quien la práctica; y a nivel una social, los efectos en la promoción social y en la autoestima.

De otro lado, es importante también mencionar los beneficios que tiene la práctica de la AF en el entorno laboral, destacar los beneficios en la mejora del estado de salud y la calidad de vida de los trabajadores, la reducción del ausentismo laboral, mejora en la capacidad de decisión, mejora en el rendimiento y en la productividad, mejora en las relaciones de los grupos humanos, aumento de la satisfacción de los trabajadores (Majano, Calvo, Scheweiger , & Hernandez , 2011) (Martínez & Saldarriaga, 2008).

Ahora, pese a conocer los beneficios que produce la práctica de AF, los estudios sobre la prevalencia de sedentarismo y el impacto de este en la salud de las personas y el aumento de la mortalidad por la IF, se identifica que la población no aprovecha estos beneficios y al no realizar AF de manera regular. Así lo demuestra un estudio realizado por Arcila & Cols quienes determinan que las mayores barreras para la práctica de la actividad están relacionadas con situaciones individuales y motivaciones personales las cuales se relacionan con el estilo de vida que lleva cada persona ( Álvarez, Paredes , Montoya , & Vélez , 2009).

Es por esta razón que se requiere identificar cuáles son esos factores motivacionales, actitudinales y diferenciales que tienen los individuos frente a la práctica de la AF, específicamente los conductores que se desempeñan en el transporte público de pasajeros, de tal forma que se identifiquen aquellas condiciones de carácter físico, social y laboral que inciden en la receptividad, conciencia y regularidad en la práctica de la AF.

Lo anterior resulta aún más relevante, cuando es de conocimiento los innumerables esfuerzos de intervención, investigación y diseño de estrategias y programas de AF que se han llevado a cabo en los diferentes sectores pero que aún no logran una participación consiente, regular y total de la población a la que se dirigen dichas estrategias (IDRD, 2015).

En el caso particular de un grupo de trabajadores de una empresa de Transporte Masivo de Pasajeros de la Ciudad de Bogotá, el programa cardiovascular en su informe del año 2015, hace referencia a la percepción de los trabajadores sobre las características su trabajo, su puesto de trabajo y su desempeño laboral es sedentario debido a las condiciones y exigencias propias de la labor, lo que evidencia y reafirma el riesgo de desarrollar ECNT como hipertensión, obesidad, diabetes, cáncer entre otras (Programa de Riesgo cardiovascular, empresa 2015).

Si bien se han implementado estrategias de promoción de la AF los resultados en términos de adherencia y cambios actitudinales no son satisfactorios, situación que es observable para otros grupos de trabajadores, lo que limita las potencialidades de la relación AF – salud al tiempo que incrementa los gastos en salud y los costos productivos (Programa de Riesgo cardiovascular, empresa 2015).

Es por esta razón que este estudio quiere identificar cuáles son RS de un grupo de trabajadores de una empresa de Transporte Masivo de Pasajeros frente a la AF. Las RS permiten hacer un acercamiento a la dimensión social de las personas y entender los diferentes ámbitos como el lenguaje, el pensamiento y el comportamiento. Según Moscovici, las RS se refieren a una clase general de ideas o creencias (ciencia, mito, religión, etc.), que necesitan ser descritos y explicados. Son fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar - manera que crea la realidad y el sentido común; a través de las representaciones los hombres hacen

inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici 1979).

El abordaje de las RS busca explicar el comportamiento de las personas por medio de las creencias, las cuales tienen un origen social y son compartidas por y entre los grupos a los que pertenezcan las personas (Mora, La teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici., 2002). Posibilitan, por tanto, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994 citado en Amaya Umaña 2002).

El conocimiento de las RS es de gran relevancia dado que los programas de prevención más exitosos son los que parten de las experiencias de los sujetos afectados, centrados en los grupos de iguales y sus familiares, que buscan la integración social, que presentan un lenguaje no medicalizado, que introducen conceptos preventivos con base en el universo simbólico de los implicados y los que se asocian a prácticas socioculturales (Cardona, 2010). En este sentido, a la hora de diseñar programas de intervención para fomentar la práctica de AF, es necesario, obtener información precisa sobre los niveles de práctica de la población, así como de las preferencias, gustos y RS que tiene el grupo poblacional para lograr mayor adherencia a la AF.

# Objetivos

## Objetivo general

Identificar las RS frente a la AF que tienen los trabajadores, activos y no activos, de una empresa de transporte masivo de pasajeros de la ciudad de Bogotá.

## Objetivos específicos

- Conocer las RS a partir de los componentes de información, opinión, creencia y actitud de los operadores de una empresa de transporte masivo de pasajeros
- Analizar las posibles tendencias de las RS de cada grupo de trabajadores frente a la AF.
- Comprender las RS que se encuentren vinculadas con cada grupo de participantes y su relación con el incremento de la AF.

## Capítulo 3. Marco Teórico

### 3.1. Representaciones sociales

En torno al estudio de las RS se encuentran varios autores que han interpretado y dado explicación al modelo de la RS que dio sus inicios con el psicólogo social Serge Moscovici considerado como el mayor exponente de las RS.

Para Moscovici la RS es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen intangible la realidad física y social, se integran en un grupo o una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979).

Las representaciones en efecto no son exclusivamente cognitivas, también lo son sociales, lo que hace precisamente su especificidad en relación con otras producciones o mecanismos cognitivos. El análisis y la comprensión de las RS y de su funcionamiento supondrán así, siempre, un doble enfoque, un acercamiento que calificamos de socio cognitivo y que integra los dos componentes de la representación. Su componente cognitivo primeramente: la representación supone, lo hemos dicho, un sujeto activo, y tiene desde ese punto de vista una «textura psicológica» (Moscovici, 1979), sometida a las reglas que rigen los procesos cognitivos. Su componente social en seguida: la puesta en práctica de esos procesos cognitivos está determinada directamente por las condiciones sociales en que una representación se elabora o se transmite (Abric, 2001).

De otro lado la teoría de las representaciones plantea «que no hay distinción alguna entre los universos exterior e interior del individuo (o del grupo); el sujeto y el objeto no son fundamentalmente distintos» (Moscovici, Lage & Naffrechoux, 1969).

Ese objeto está inscrito en un contexto activo, concebido parcialmente al menos por la persona o el grupo, en tanto que la prolongación de su comportamiento, de sus actitudes y de las normas a las que se refiere. Dicho de otro modo: el estímulo y la respuesta son



indisociables, se forman en conjunto; estrictamente una respuesta no es una reacción a un estímulo, está hasta cierto punto en el origen del mismo. Es decir que en gran parte éste es determinado por la respuesta (Abric, 2001).

Si, por ejemplo, un individuo (o un grupo) expresa una opinión (es decir, una respuesta) respecto a un objeto o a una situación, dicha opinión en cierta forma es constitutiva del objeto, lo determina. El objeto reconstruido es entonces de forma tal que resulta consistente con el sistema de evaluación utilizado por el individuo. Es decir, por sí mismo un objeto no existe; es y existe para un individuo o un grupo y en relación con ellos. Así pues, la relación sujeto-objeto determina al objeto mismo. Una representación siempre es la representación de algo para alguien. Y como lo dice Moscovici (1986) esta relación, «este lazo con el objeto es parte intrínseca del vínculo social y debe ser interpretada así en ese marco». Por tanto, la representación siempre es de carácter social.

Esto permite definir a la representación como una visión funcional del mundo que permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas, y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias y adaptar y definir de este modo un lugar para sí (Abric, 2001).

Toda representación es así una forma de visión global y unitaria de un objeto, pero también de un sujeto. Esta representación reestructura la realidad para a la vez permitir una integración de las características objetivas del objeto, de las experiencias anteriores del sujeto, y de su sistema de normas y actitudes.

La representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará sus comportamientos o sus prácticas. Es una guía para la acción, orienta las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de pre-decodificación de la realidad puesto que determina un conjunto de anticipaciones y expectativas (Abric, 2001).

Según Moscovici, las RS emergen determinadas por las condiciones en las que son pensadas y constituidas, al tener como denominador el hecho de surgir en momentos de crisis y conflictos.

Las RS desempeñan un papel fundamental en las prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales debido a que responden a cuatro funciones (Abric, 2001).

- Del saber: permiten entender y explicar la realidad. El saber práctico de sentido común -como le llama Moscovici, permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren (Abric, 2001).
- Identitarias: definen la identidad y permiten la salvaguarda de la especificidad de los grupos. Además de la función cognitiva de entender y explicar, «las representaciones tienen también por función situar a los individuos y a los grupos en el campo social... Permiten elaborar una identidad social y personal gratificante; es decir, compatible con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados» (Mugny & Carugati, citado en Abric, 2001).
- De orientación: permite conducir los comportamientos y las prácticas; este proceso de orientación de las conductas por las representaciones resulta de tres factores esenciales:
  - Definición de la finalidad de la situación, es decir, definir anticipadamente el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto y el tipo de gestión cognitiva que se adoptará. La representación determina directamente el tipo de gestión cognitiva adoptado, así como la forma en que se estructura y comunica independientemente de la realidad. «objetiva» de la tarea.
  - La representación produce un sistema de anticipaciones y expectativas, es decir, la selección y filtro de las informaciones, la interpretación con objeto de volver la realidad conforme a la representación. Un ejemplo de esto, se puede evidenciar en una interacción conflictiva, para lo cual el mismo comportamiento de una persona puede ser interpretado en forma radicalmente diferente según la naturaleza de la representación elaborada por cada sujeto. Así, la existencia de una representación de la situación previa a la interacción misma, produce una anticipación en lo que inclusive las conclusiones son planteadas antes de que inicie la acción.
  - La representación es prescriptiva de comportamientos o prácticas obligadas, es decir, define lo lícito, lo tolerable o inaceptable en un contexto social dado.
- Las justificadoras: permiten justificar a posteriori las posturas y los comportamientos; es decir, intervienen también luego de la acción y permiten así a los actores explicar y justificar sus conductas en una situación. La

representación es determinada por la práctica de las relaciones; significa que la representación adopta un papel de persistencia o refuerzo de la posición social de un grupo. La representación tiene por función perpetuar y justificarla diferenciación social, puede -como los estereotipos- pretender la discriminación o mantener una distancia social entre los grupos respectivos.

Las funciones de las RS muestran bien cómo ellas son necesarias en la comprensión de la dinámica social. La representación es informativa y explicativa de la naturaleza de los lazos sociales, intra e intergrupales, y de las relaciones de los individuos con su entorno social. Por eso es un elemento esencial en la comprensión de los determinantes de los comportamientos y de las prácticas sociales (Abric, 2001).

Alrededor de la teoría de las RS y su expositor más relevante Serge Moscovici encontramos otros autores que contribuyen a clarificar el concepto que subyace a ella. Así, por ejemplo, Émile Durkheim quien fue uno de los primeros sociólogos en preguntarse sobre las condiciones sociales que intervienen en el conocimiento, refiere elementos que no pueden reducirse a lo biológico o la experiencia individual (Vera, 2002). Durkheim añade que en los comportamientos sociales están presentes las representaciones de las instituciones, de las acciones y de los valores que son aceptados por las personas que pertenecen a una sociedad particular (Aguirre, 1988). La explicación de Durkheim se levantó sobre el principio rector de su pensamiento, aquel que le permitió definir la sociología y sobre el cual se propuso encontrar respuesta a los fenómenos sociales: la irreductibilidad del conjunto social a la suma de sus elementos y el consiguiente requerimiento de explicar los fenómenos individuales por el estado de la colectividad y no viceversa (Vera, 2002).

De otro lado Durkheim afirma que es el individuo quien nace de la sociedad y no la sociedad de los individuos. Las representaciones individuales y colectivas significaron un punto de inflexión en el pensamiento de Durkheim en lo que refiere a la ponderación de la influencia de las entidades ideales sobre el conjunto de la vida social; afirma que la vida colectiva al igual que la vida mental del individuo, está hecha de representaciones; pero de distinto tipo. Las representaciones colectivas son producidas por las acciones y reacciones intercambiadas entre las conciencias individuales y al mismo tiempo las sobrepasan. Las representaciones colectivas necesitan de las individuales, pero no surgen de los individuos tomados aisladamente, sino en conjunto; hace falta la

asociación para que las representaciones de las personas se conviertan en cosas exteriores a las conciencias individuales (Durkheim, 1898) citado en (Vera, 2002).

Durkheim estableció diferencias entre las representaciones individuales y las representaciones colectivas, explica que lo colectivo no podía ser reducido a lo individual. Es decir, que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva y que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias y demás productos culturales colectivos (Durkheim, 1898 citado en Mora, 2002). Además Durkheim se atreve hacer la diferencia entre lo sociología y lo psicología: a la primera correspondía analizar todo acerca de las representaciones colectivas y a la segunda lo propio de las representaciones individuales (Mora, 2002).

En otros términos Durkheim habla que las representaciones colectivas son las formas que se tienen para pensar colectivamente en relación a un objeto o una situación en particular y que según como se planteen, estas podrían llegar a afectar o no el comportamiento de las personas colabora en la construcción de las RS (Durkheim, 1898 citado en Perera Pérez, 1998).

En esta perspectiva, Jodelet (1986) plantea que: las RS

*se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en el actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc.*

En síntesis, es «una forma de conocimiento, elaborada socialmente y compartida con un objetivo práctico que concurre a la construcción de una realidad común para un conjunto social» (Jodelet, 1986). Es a la vez «producto y proceso de una actividad mental por la que un individuo o un grupo reconstituye la realidad que enfrenta y le atribuye una significación específica» (Abric, 1987).

La representación no es así un simple reflejo de la realidad, sino una organización significativa. Esta significación depende a la vez de factores contingentes (de «circunstancias», dice Flament) -naturaleza y obligaciones de la situación, contexto inmediato, finalidad de la situación- y factores más generales que rebasan la situación misma: contexto social e ideológico, lugar del individuo en la organización social, historia del individuo y del grupo, desafíos sociales (Abric, 2001).

La representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determinará sus comportamientos o sus prácticas (Abric, 2001).

Por otra parte, Farr señala desde una perspectiva esquemática, que las RS aparecen cuando los individuos debaten temas de interés mutuo o cuando existe el eco de los acontecimientos seleccionados como significativos o dignos de interés por quienes tienen el control de los medios de comunicación. Además, sostiene que tienen una doble función: “hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible” (Farr 1983, citado en Mora 2002).

Otra de las autoras que ha trabajado sobre las RS es María Auxiliadora Banchs quien ofrece su propia definición, en la que denota el doble carácter de estas como contenido y como proceso; por lo tanto, son una forma de reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio de informaciones entre sujetos. (Banchs 1984, citado en Mora 2002).

La RS constituyen una unidad integrada por formaciones subjetivas: actitudes, creencias, información, y opiniones (Umaña, 2002).

#### Informaciones

Hace referencia a la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a la calidad y la cantidad de los mismos; carácter estereotipado o difundido sin soporte explicativo; trivialidad u originalidad en su caso: Dimensión o concepto se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo de personas con respecto a un objeto social (Moscovici, 1979).

Los conocimientos son comunicados a los otros por la intermediación de las informaciones dadas a través de las imágenes o de los modelos, de las actitudes, de las creencias, dentro de otras formas de expresión social compartidas por los grupos que, algunas veces, no se conocen personalmente, sino que se ha heredado ese conocimiento colectivo.

### Opiniones

Según Moscovici (1979), la opinión es una fórmula socialmente valorizada a la que las personas se adhieren y, por otra parte, una toma de posición acerca de un problema controvertido de la sociedad o de objetos sociales cuyo interés es compartido por el grupo.

La opinión propicia la utilización de conceptos; no obstante, ella no es el origen de los conceptos porque los significados que los originan provienen de las R S que se confrontan en el contexto de la comunicación y la divergencia (Rodríguez, 1997) (Umaña, 2002).

### Creencias

Según Rokeach, 1968, las creencias son proposiciones simples, conscientes o inconscientes, inferidas de lo que las personas dicen o hacen, capaces de ser precedidas por la frase: "Yo creo que..." El contenido de una creencia puede: a) describir el objeto de la creencia como verdadero o falso, correcto o incorrecto; b) evaluarlo como bueno o malo o, c) propugnar un cierto curso de acción o un cierto estado de existencia como indeseable (Rokeach, 1968) citado en Gallego, 1991). Entre creencia y actuación existe una relación, pero no como causa-efecto, sino como tendencia, predisposición o prescripción, en el sentido de orientación o norma para la acción (Umaña, 2002).

### Actitudes

Consiste en una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación. Su identificación en el discurso no ofrece dificultades ya que las categorías lingüísticas contienen un valor, un significado que por consenso social se reconoce como positivo o negativo, por tanto, es la más evidente de las tres dimensiones.

La actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente aunque los otros elementos no estén. Es decir, una persona o un grupo pueden tener una reacción emocional sin necesidad de tener mayor información sobre un hecho en particular (Umaña, 2002).

Estos cuatro componentes: conocimientos, opiniones, creencias y actitudes serán la base del proceso de investigación de las RS en este trabajo, en relación con aspectos que permitan aproximarnos a la comprensión de los comportamientos en relación a la AF.

### **3.2. Actividad Física**

La OMS define la AF como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Este gasto de energía se interpreta a través de los unidad de medida del índice metabólico (MET) lo que es dado por la intensidad en la que se practica la AF, la intensidad genera un incremento en el metabolismo basal lo que asegura un mayor consumo de energía. De acuerdo con el Departamento de Salud de Estados Unidos definen, en relación a la intensidad necesaria, nuevos términos como: AF de intensidad moderada (AFM) (caminar rápido, cuyas sensaciones fueran de aumento de calor y de la respiración) cuya equivalencia metabólica correspondería a 3-6 MET (equivalente metabólico: 1.2 Kcal/Kg/h. el gasto de energía en reposo se considera igual a 1 MET) y AF de intensidad Vigorosa (AFV) como podría ser correr rápido en la que se note mucho la sensación de calor o el aumento de la respiración y sudoración ( 6 MET) (OMS , 2010).

Otras de las definiciones encontradas para la AF hacen referencia a “cualquier actividad que involucre movimientos significativos del cuerpo o los miembros superiores o inferiores” y “todos los movimientos que se generan en las actividades diarias como el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades deportivas” (Delgado, 2006). Esto indica que la AF tiene unas dimensiones.

Las dimensiones en las que se desarrolla la AF hacen referencia a las actividades ocupacionales, del hogar, de transporte y de tiempo libre, en la última con una subdivisión en actividades deportivas, recreativas, de entrenamiento o de ejercicio (Delgado, 2006).

Está demostrado que la AF practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión. Además, la AF es un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso (OMS , 2010).

La relación entre la práctica de AF y condiciones sociodemográficas ha sido analizada en diversos estudios. En Colombia y a nivel mundial la prevalencia de AF se ha asociado en mayor medida con el género masculino, con un mayor nivel educativo y una buena percepción del estado de salud (Mantilla-Tolosa, 2006; Castro-Carvajal, Patiño-Villada, Cardona-Rendón, & Ochoa-Patiño, 2008).

Así mismo, la OMS estableció recomendaciones específicas para cada grupo de edad, las cuales son aplicables a los países de ingresos bajos y medios. No obstante, las autoridades nacionales deberán adaptarlas a la cultura de cada país al tener en cuenta, entre otros factores, el tipo de AF más prevalente entre la población (por ejemplo, actividades de ocio, ocupacionales, o durante los desplazamientos) (OMS , 2010).

Las recomendaciones para la población entre 18 a 64 años son las siguientes:

1. Los adultos de mayor edad deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de AF aeróbica moderada, o bien no menos de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de AF moderada y vigorosa.
2. La actividad aeróbica se desarrollará en sesiones de 10 minutos como mínimo.
3. Para obtener aún mayores beneficios, los adultos de este grupo de edades deberían aumentar hasta 300 minutos semanales su AF mediante ejercicios aeróbicos de intensidad moderada, o bien practicar 150 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de AF moderada y vigorosa.
4. Los adultos de mayor edad con dificultades de movilidad deberían dedicar tres o más días a la semana a realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio y evitar las caídas.
5. Deberían realizarse actividades de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más veces a la semana.



6. Cuando los adultos de este grupo no puedan realizar la AF recomendada debido a su estado de salud, deberían mantenerse activos hasta el momento que les sea posible y les permita su salud.

La población no puede acceder a estas recomendaciones de manera fácil y oportuna puesto que hay varias barreras que van desde lo personal hasta lo socioeconómico, en el estudio realizado a estudiantes de una universidad en Chile se concluyó que las principales barreras para la práctica de la AF hacen referencia a la falta de tiempo, el cansancio después de la jornada académica, la pereza, la falta de costumbre y el costo económico que hay que asumir (Olivares C., Lera M, & Bustos Z, 2008).

Dichas estrategias proyectan diversos modelos de intervención. Están los modelos de Intervención Individual que enfatizan la intervención en la persona a la cual están dirigidas las acciones, tienen en cuenta el grado de motivación, percepción de riesgos o actitud hacia la AF. Dentro de esta categoría se destacan en primer lugar, el Modelo Transteórico de Comportamiento, el Modelo de Procesamiento de la Información, el Modelo de Prevención de Recaídas y el Modelo de Creencias en Salud. En segundo lugar, los Modelos de Intervención Interpersonales, que incluye aquellos programas que enfatizan la intervención en grupos de personas a la cual están dirigidas las acciones. Los más conocidos son, La Teoría del Aprendizaje Social o Teoría cognitiva social, la Teoría de Acción Razonada, la Teoría del Comportamiento Planeado y el Apoyo Social. En tercer lugar, están los Modelos de Intervención Comunitarios, que plantean que las intervenciones para ser efectivas deben influir en múltiples niveles porque la salud está condicionada por muchos subsistemas ambientales, que incluyen la familia, la comunidad, el lugar de trabajo, las creencias y tradiciones, las finanzas y los entornos físicos y sociales. En esta categoría se encuentran, la Teoría de la Difusión de Innovaciones, el Modelo Ecológico, el Modelo de Organización de la Comunidad y la Teoría del Cambio Organizacional (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988 en Mena-Bejarano, 2006).

Estas recomendaciones y modelos de intervención para promover la práctica de AF deben articularse a varios principios centrales en la intervención en el campo de la seguridad y la salud en el trabajo, dentro de los que se destaca la promoción de la salud y la prevención de riesgos derivados del trabajo y promoción de estilos de vida saludable que lleva a la construcción de un entorno laboral saludable que garantiza bienestar para

los trabajadores y mejora las condiciones de la productividad, por lo tanto, la calidad de vida de toda la población (Casas & Klijn, 2006).

En este sentido, el meta análisis de Verweij y colaboradores, evidencia que las intervenciones que se centraron en la mejora de la AF y el comportamiento de la dieta fueron moderadamente eficaces en la reducción del peso corporal de los trabajadores, y que la adición de un componente ambiental y social (caminatas y competencias de equipo, participación de la familia, rutas de senderismo, entre otras) puede reducir aún más el peso corporal (Verweij, Coffeng, Mechelene, & Proper, 2011).

De otro lado, otras investigaciones han evaluado los resultados de ciertos diseños de orientación hacia la AF al destacar los resultados en condiciones de físicas y de salud de los trabajadores y no así en los aspectos de la productividad. En este sentido, Proper y colaboradores, (Proper, Hildebrandt, Van der Beek, Twisk, & Van Mechelen, 2003), en la evaluación de la efectividad de la orientación individual sobre la actividad de la aptitud física y la salud, a partir de un ensayo controlado y aleatorizado con una muestra de 299 empleados de tres servicios municipales en la Ciudad holandesa de Eschede, centrado en el cambio de comportamiento a través de protocolos de AF y nutrición PACE, se encontraron efectos positivos significativos sobre el gasto de total de energía, la capacidad cardio respiratoria, porcentaje de grasa corporal y colesterol en sangre, lo que afirma la idea de promover la implementación de programas de asesoramiento individual centrado en recomendación de AF moderada y protocolo específico nutricional.

Ahora bien, Proper, y colaboradores, evalúan la eficacia de los programas de AF en el lugar de trabajo sobre la condición física y la salud, a través de una búsqueda de documentos en inglés y español relevantes publicados entre 1980 y 2000, utilizan las bases de datos de MEDLINE, EMBASE, Sportdiscus, CINAHL y Psychlit, encontró fuerte evidencia de un efecto positivo en relación a la AF y los trastornos musculo- esqueléticos; evidencia limitada de un efecto positivo sobre la fatiga; y evidencia no concluyente del efecto positivo sobre la aptitud física, la salud general, los lípidos en suero sanguíneo y la presión arterial. El autor destaca la necesidad de realizar mayor investigación de alta calidad para evidencia el impacto de la AF en relación a las variables ya presentadas (Proper, y otros, 2003).

Sin embargo, el mismo autor, evalúa la eficacia de los programas de AF en los lugares de trabajo con respecto a los resultados relacionados con el trabajo tales como ausentismo, satisfacción del trabajo, estrés laboral, rotación de empleados y productividad encontró evidencia limitada. El investigador a partir de una revisión sistemática de la literatura, en la que se incluyeron ensayos controlados o controlados a juicio, encontró evidencia limitada del efecto sobre el ausentismo; evidencia no concluyente frente a la satisfacción del trabajo, estrés laboral y rotación de empleados y evidencia nula para la productividad (Proper, Staal, Hildebrandt, Van der Beek, & Van Mechelen, 2002).

En conclusión, han de considerarse algunas variables socio-demográficas así como generales de la organización de las dinámicas sociales y específicas de los lugares de trabajo a la hora de evaluar la realización de AF. En términos de la evidencia del impacto de la AF en la salud y bienestar en la población trabajadora, existen diversos resultados que destacan la vinculación de esta con intervenciones nutricionales, ambientales e individuales, en lo cual es posible constatar la eficacia en algunas variables de salud, pero cuyo impacto en variables del trabajo son escasas o débiles.

### **3.3. Representación social y Actividad Física**

Más allá del diseño de los estudios emergen preguntas en relación con otros o nuevos factores que inciden en el cambio mismo de los comportamientos de los efectos directos de la AF, con lo cual tiene cabida la pregunta ¿qué incide en la incorporación de dichos cambios en términos de pasar de un estado de IF a una condición de activo físico? En este sentido, la información que poseen los sujetos en salud se encuentra distribuida en los lugares de trabajo, estudio, medios de comunicación y centros de atención médica lo que sugiere que las personas adoptarán conductas que favorecerán o no su salud y bienestar, sin embargo, esto no garantiza que las personas adopten comportamientos saludables y estilos de vida que contribuyan a una mejor salud y por ende a una mejor calidad de vida.

Estudios sobre RS y los comportamientos en AF describen el abordaje conceptual asumido sobre la actitud hacia la AF desde la perspectiva del proceso y el resultado, que ayudan a comprender aspectos cognitivos, afectivos y conductuales de la AF en Tiempo Libre (AFTL) especialmente, sobre aquellos que se dan en el proceso mismo de la

experiencia de la práctica, destacan como principal barrera para la práctica la falta de tiempo, la preferencia por género y el peso de aspectos de infraestructura en la práctica de la AF (Castro, Patiño., Cardona, & Ochoa,2008).

Por otra parte, Robledo 2006, en el Estudio de las características socio culturales de la AF, logra identificar que, en cuanto a las barreras personales para realizar AF, la afirmación más relevante coincide con la falta de tiempo, así como falta de recursos, influencia social y obligaciones familiares. Igualmente, en su estudio visibilizó la necesidad de crear ambientes físicamente favorables para promover la AF y estilos de vida saludable y también el establecimiento de soporte social institucional y familiar, aspecto que ha sido enfatizado sistemáticamente por muchos autores. El soporte familiar para favorecer la práctica de la AF hizo parte de los discursos de los participantes del estudio, confirman lo que la teoría y experiencias no exitosas han demostrado. Se sugiere entonces que las acciones sean dirigidas a la familia, tener a la madre como eje y multiplicadora de información, fomentar así las interrelaciones familiares para condicionar de estilos de vida saludables. Es importante posicionar a la familia como un canal de respuesta colectiva y fortalecedora de redes sociales para la resolución de problemas; como agente de salud y como unidad organizativa de la comunidad (Robledo Martínez, 2006).

De igual forma, Prieto y Agudelo (2006) para la asociación de la práctica de AF con las relaciones sociales es innegable, las personas que disponen de una red amplia de amigos y familiares son más activas que aquellas que no cuentan con esa condición, y aspectos como la capacidad comunitaria y el sentido de pertenencia a una comunidad son favorables para la práctica de AF (Prieto Rodríguez & Agudelo Calderon, 2006).

### **3.3.1. Salud-Enfermedad, bienestar, cuerpo y trabajo**

Indagar sobre AF se vinculan rápidamente los conceptos de salud-enfermedad, bienestar, cuerpo y trabajo. En este sentido, es necesario hacer algunas puntualizaciones al respecto.

La definición de salud ha sido un importante objeto de estudio de todos los tiempos. Inicialmente la salud era considerada como la ausencia de la enfermedad, lo que representaba cualquier situación que alterara el funcionamiento normal del cuerpo y sus órganos. En el diccionario de la Real Academia la salud está definida como “el estado en

que un ser orgánico ejerce sus funciones normalmente". Esta definición es muy amplia, poco precisa y cuantificable (Battistella, 2008).

La OMS es un punto de referencia dominante que define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS , 2010) lo que sugiere que se reconoce que el sujeto tiene tres pilares en su desarrollo: físico, mental y social, al definirlo como un ser biopsicosocial. Sin embargo, esta definición es rígida en términos de una visión idealista de un estado completo de bienestar, que no reconoce la historicidad, el contexto, el movimiento, en tanto la salud evoluciona, se transforma y cambia junto con la sociedad.

En esta línea más integral Canguilhem 1997, permite entender la salud como el desarrollo de las capacidades y las potencialidades del cuerpo humano, (la capacidad respiratoria, la capacidad cardiovascular, la capacidad neuromuscular, la capacidad inmunológica, la capacidad visual, la capacidad digestiva, la capacidad afectiva, la capacidad intelectual, la capacidad sexual, etc.) desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. (Canguilhem, 1997). Así mismo la conservación de esas potencialidades y capacidades el mayor tiempo posible en el adulto, gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico" (Martínez, 1988). Lo que refleja una visión más compleja que involucra componentes histórico-sociales en vínculo con el componente sanitarista; lo que hace ver al individuo como un ser que piensa, siente y actúa; quien además se responsabiliza del funcionamiento y potencialización de las capacidades que adquirió desde su nacimiento con la interacción y ayuda que le brinda la sociedad.

En este sentido, Breilh (2014) afirma que la vida humana no es estática ni tiende a un movimiento cerrado, sino que se caracteriza por una transformación constante y por formas de metabolismo con la naturaleza cuyas propiedades sobresalientes son:1) la vida humana es un proceso esencialmente colectivo, caracterizado por un movimiento (histórico) desarrollado en procesos que constituyen su esencia y que se manifiestan en hechos observables llamados fenómenos; 2) el mundo real es esencialmente contradictorio y por eso dinámico; 3) la realidad social es unitaria y no parcelaria, pese a que existen los procesos generales (macro), particulares (mezzo) y singulares o individuales (micro) les caracteriza el compartir propiedades definitorias universales, es decir que existe unidad en medio de la diversidad; y, 4) la vida colectiva se caracteriza

como parte de un mundo jerarquizado, para lo cual existen procesos que tienen mayor peso que otros al definir las características del movimiento (Breilh, 2014 ).

Breilh (2014), afirma que el proceso de la salud en el ser humano no es un fenómeno meramente biológico rodeado de “factores sociales”, es un proceso socio-biológico integrado y dinámico, determinado por relaciones dinámicas con el mundo animal y vegetal. La nueva unidad entre lo social y lo biológico que surgió al aparecer el ser social humano implicó, desde entonces, la subsunción y recomposición del funcionamiento de las leyes biológicas a las leyes sociales (Breilh, 2014 ).

Los procesos generales se desarrollan en la sociedad en su conjunto. Lo general o universal se repite a través de lo particular y de lo singular. Los procesos particulares se desenvuelven en los grupos poblacionales característicos (clases sociales con sus patrones de vida propios), son por tanto aquellos que al ser generales forman parte de los procesos globales y marcan los rasgos específicos de los grupos, delimitan a su vez el movimiento de los procesos singulares.

Los procesos biológicos de la salud-enfermedad son una parte del todo de la vida social de la población y por tanto, se da entre esas dimensiones, la salud y lo colectivo, una relación esencial, interna, no apenas externa asociativa. La vida del ser humano es un proceso complejo que se realiza en sociedad (Breilh, 2014 ).

A su vez, estos planteamientos inciden en una perspectiva diferente a la dominante a la hora de abordar el bienestar (en tanto ya no se refiere al equilibrio de un sistema u órgano) y por supuesto el cuerpo, en lo cual se propende por una perspectiva más amplia e integral de los sujetos y el colectivo.

En el caso del bienestar y en una primera aproximación podríamos decir que el bienestar social es un componente de la calidad de vida de una colectividad, que juega en papel básico junto con el bienestar económico y con el bienestar psicológico para configurar el bienestar total de ésta y de los individuos que la constituyen. Por tanto, el bienestar social no es sinónimo de bienestar económico, aunque durante largo tiempo se haya querido hacer converger. Esta falsa creencia se basa en el erróneo supuesto de que el crecimiento económico genera desarrollo social y, como consecuencia, desarrollo humano (Rodríguez Fernandez, Zarco Martín, & Ardid Muñoz, 1993).

En relación al cuerpo, Molina (2013), afirma que existe un dominio de visiones sobre el cuerpo y la corporalidad de corte biologista, eficientista que desnaturalizan la esencia de este al no considerar una perspectiva más integradora de las dimensiones del ser

humano (Molina, 2013). Apoyada desde la teoría crítica destaca la necesidad de ubicar el abordaje de los cuerpos en contexto espacio- tiempo y en relación con otros y para otros. Aquí aspectos como la experiencia, la alteridad; la socialización del hombre y sus expresiones en lo cultural tales como el símbolo y el lenguaje, las múltiples interacciones sociales y ambientales y las relaciones entre los hombres centradas en el poder, así como el destaque de su capacidad de transformar desde la praxis son categorías que contribuyen enriquecer la concepción del cuerpo y el movimiento corporal (Molina & Carmona, 2006).

*“El cuerpo en un marco eminentemente social se concibe como resultante de los procesos de socialización que atraviesan los sujetos en colectivo, con lo que el cuerpo no logra ser disuelto ni acotado en una sola dimensión: la producción material que habitamos no se da sólo a nivel de la materialidad de la carne sino también mediante la encarnación corporal de los símbolos y las metáforas en la carne y de la desencarnación de ideas a través de formas culturales y estructuras sociales: el cuerpo es un lugar que incorpora ideas y que genera ideas; el lenguaje no es un modo de comunicación desencarnado sino que depende del cuerpo y lo intensifica; nuestros cuerpos al ser insertados en el poder abstracto del lenguaje, se intensifican y se extienden”* (Molina & Carmona , 2006).

La estructura social que contiene la construcción de los cuerpos “no es neutra, ella expresa un campo de relaciones con una cierta lógica. Lógicas que develan una organización social, en la que el trabajo es una categoría central. Marx (1867), rescata la idea de que el trabajo es un proceso entre el hombre y la naturaleza. Un proceso en el que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza. Pone en movimiento las fuerzas naturales que pertenecen a su corporeidad, brazos y piernas, cabeza y manos, a fin de apoderarse de los materiales de la naturaleza bajo una forma útil para su propia vida. El trabajo es una facultad exclusiva del hombre (Marx, 1867). Sin embargo, el mismo autor llama la atención en relación a que la lógica de organización del trabajo en el capitalismo prioriza la generación de riqueza en la forma de plus valor, que es apropiada por un grupo, lo que impone una visión utilitaria del cuerpo. Así, el cuerpo/instrumento se caracteriza por la participación corporal segmentada, sometido a la automatización, la mecanización y la realización de tareas parciales, con límites en la creatividad, la toma de decisiones y la libertad. Foucault se refiere particularmente a las

relaciones entre el poder político y el cuerpo y describe diferentes formas históricas de entrenar (adiestrar) el cuerpo para que sea socialmente productivo. El cuerpo es un elemento que gestiona (administra) en relación a las estrategias de la economía y la administración social de las poblaciones (Foucault, 1992).

Así, el trabajo aliena el cuerpo al someterlo a patrones y normas motoras y lo convierte en instrumento al servicio del rendimiento, frente a lo cual el cuerpo-sujeto no es estático, no es vacío, en consecuencia, él también debe ser entendido como un lugar de resistencia a las hegemonías económicas, culturales y morales” (Molina, 2013).

En este sentido, abordar a los trabajadores en el ambiente de trabajo, implica también una reflexión en torno a la identificación de marcos comprensivos capaces de reconocer la complejidad de dicho abordaje, en tanto el trabajo aparece como categoría central en la organización social y en la definición concreta de fenómenos como la salud-enfermedad y el bienestar-malestar. Más aún, ante los profundos cambios económicos, sociales y políticos que vive el mundo moderno y sus efectos en el conjunto de las sociedades obliga a entender al sujeto que trabaja y a los componentes del trabajo, (objeto, medios, organización, división y el trabajo en sí) desde perspectivas que los articulen lo que coloca en tensión los marcos explicativos construidos históricamente desde las ciencias dedicadas a su estudio que tienden a trasladar las indicaciones definidas en el campo clínico a la empresa, sin mayores ajustes referidos a las condiciones particulares que implica el mundo del trabajo (Molina, 2002).

### **3.3.2. Representación social, salud –enfermedad y cuerpo**

La investigación de los comportamientos en salud rescata el lugar de las RS como explicativas de dichos comportamientos. En este sentido, investigaciones previas en salud evidencian que los sujetos poseen un conocimiento específico de sentido común, orientado a la práctica, la comunicación, comprensión y dominio de su entorno social (Jodelet, 1986). Asimismo, se plantea que es posible identificar de manera diferenciada por grupos elementos nodales o centrales de la representación y otros más periféricos. La información que poseen los sujetos sobre el objeto de representación proviene fundamentalmente de los medios formales y de forma vivenciada por la comunicación social y la observación (Knapp , León , Mesa, & Suárez, 2003).



En relación a los vínculos entre la representación social, la salud y el cuerpo, ((Boltanski, 2004) plantea que en relación al concepto de salud- enfermedad, recurso médico, consumo de medicamentos, técnicas de cuidado corporal y actividades lúdicas ellas están en relación directa con la categoría clase social entendida como condiciones objetivas que se traducen en el orden cultural. Así los grupos hacen un uso diferenciado de su cuerpo. En el caso de individuos que hacen un uso intensivo de este como mecanismo para garantizar condiciones materiales de existencia es posible evidenciar que prestan menos atención al cuerpo y mantienen una relación menos consiente cuanto más intensamente son llevados a actuar físicamente; así el esfuerzo físico introduce ruido entre la comunicación entre el sujeto y su cuerpo. Adicionalmente esta actitud tiene una función de regulación con el fin de impedir el incremento de la conciencia corporal que podría llevar a reducir la calidad y cantidad del trabajo realizado. En este sentido, el autor recalca que en la medida que crece el nivel de instrucción del trabajador y decrece el volumen del trabajo manual a favor del trabajo intelectual, las relaciones del individuo con el cuerpo también cambian, a mayor trabajo intelectual mayor tendencia a establecer una relación consiente con el cuerpo y a entrenar sistemáticamente las percepciones de sus sensaciones físicas y la expresión de sus sensaciones. Así mismo la práctica de un deporte, la utilización lúdica intencional o reglada del cuerpo crece cuando se pasa de las clases populares a las clases superiores.

De otro lado, las RS en salud se construyen con base en un discurso médico, es decir, están constituidas de materiales fragmentarios y heteróclitos, palabras y frases escuchadas, arrancadas al discurso de los médicos (Boltanski, 1974). No obstante, a esta representación adaptada del discurso médico, es necesario incorporarle los conocimientos que las personas adquieren a lo largo de su trayectoria y curso de vida, mismas que ganan matices diversos a través del contacto con instituciones de salud, con el personal médico, así como los saberes compartidos por la red de apoyo familiar y comunitaria (Rangel, 2011).

También existen estudios sobre representación social y enfermedad (Rodríguez y colaboradores 2016; Wiesner, Vejarano, Caicedo, Tovar, & Cendales, 2006; Cardona, 2010), que destacan una fuerte tendencia hacia la responsabilidad individual en su origen, tratamiento y cura; un cierto fatalismo, temor al juicio social, o naturalización de la enfermedad y la expectativa de curación por encima de las posibilidades científicas

frente a la enfermedad. Esto aunado a condiciones estructurales en la organización y provisión de servicios explica los comportamientos en salud. Estos estudios destacan la necesidad de estudiar las RS para entender y/o develar las significaciones y los constructos que les permiten a las personas actuar, desenvolverse y darle sentido a la vida cotidiana, como resultado de una producción colectiva y personal (Castellanos & Flores, 2007 citado en Cardona Arias, 2010).

## Capítulo 4. Marco Metodológico

### 4.1. Tipo de estudio

Este es un estudio Transversal Descriptivo Cualitativo. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (Hernandez, Fernández , & Baptista, 2006).

La investigación cualitativa descriptiva, es un proceso continuo y sistemático que permite tener unas aproximaciones subjetivas a las categorías de interés; se fundamenta en un proceso inductivo en el que se explora, describe, comprende e interpreta los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes (Hernandez, Fernández , & Baptista, 2006).

El método fenomenológico se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes. El centro de indagación de esta clase de estudios parte de la descripción de los significados vividos y existenciales. La recolección de datos se hace a través de entrevistas abiertas, observaciones o documentos. Su fundamentación se asocia a que pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante, el análisis y discursos de temas específicos y la contextualización que el investigador hace de las experiencias en términos de temporalidad, espacio, corporalidad y contexto relacional (Salgado, 2007) (Hernandez, Fernández , & Baptista, 2006).

### 4.2 Población Objeto

Trabajadores de una empresa de transporte masivo de la ciudad de Bogotá.

**Universo:** Operadores de bus articulado y biarticulado. El número total es de 346 operadores, organizados en tres turnos, tabla partida<sup>1</sup>, apertura y cierre con rotaciones cada 15 u 8 días o en ocasiones turnos fijos.

**Grupos:** Para efectos de esta investigación, se definen dos grupos de operadores de una empresa de transporte masivo: el grupo 1 será compuesto por operadores que realizan AF (GA) y el grupo 2 por los que no realizan AF (GA). Para la distribución en grupos, se tomó como referencia los resultados de los exámenes ocupacionales y el seguimiento dado a través del programa de riesgo cardiovascular y actividades deportivas de la empresa que laboran. En un primer momento quedaron dos grupos distribuidos de la siguiente manera: 50 operadores activos y 296 no activos. En un segundo momento se realiza un filtro para el cual, el criterio de inclusión del primer grupo (GA) era haber realizado AF durante los últimos 6 meses de manera regular, mínimo tres veces a la semana idealmente en alguna de las ofertas de la empresa para poder garantizar la validez de la información, con este criterio se encuentran 20 operadores. Del grupo de los no activos (GNA), se realiza una selección de operadores identificados con riesgo cardiovascular como resultado de los exámenes ocupacionales y quienes tenían varias recomendaciones escritas para iniciar la práctica de AF sin que logran seguir dicha recomendación, con este criterio se encuentran 50 operadores; estos exámenes son realizados por la empresa anualmente con el fin de dar cumplimiento y seguimiento a los programas de vigilancia epidemiología establecidos previamente, los cuales se convierten en un mecanismo para el diagnóstico y el control del estado de salud de los colaboradores en general.

**Muestra:** El grupo de operadores activos estaba conformado por 20 operadores, y el grupo de no activos por 50. En ambos grupos se aplicó el test IPAQ (cuestionario internacional de AF en los últimos 7 días) con el fin de confirmar la clasificación de cada participante en el grupo correspondiente según el resultado del cuestionario (Hernández, Fernández , & Baptista, 2006).

Se realizaron las entrevistas a los participantes de los dos grupos hasta obtener saturación de la información de lo cual se obtuvo nueve (9) operadores para el grupo

---

<sup>1</sup> Se entiendo por tabla partida la realización del trabajo en dos segmentos; el primero se realiza en la mañana y el segundo en la tarde, dejando un espacio de tiempo de aproximadamente 6 horas entre los segmentos.

activo y seis (6) operadores para el grupo no activo; la muestra se constituyó con el criterio de saturación de la información, es decir, hasta que hubo un entendimiento del fenómeno o de las categorías de la Investigación (Hernandez, Fernández , & Baptista, 2006).

Inicialmente el grupo activo estaba conformado por 8 operadores. Sin embargo al realizar la entrevista se identifica que un operador ubicado en el grupo de no activos corroborado con el instrumento IPAQ (cuestionario internacional de AF en los últimos 7 días) es una persona que realiza AF con una regularidad de 3 a 5 veces a la semana fuera de la empresa, razón por la cual se decide incluirlo en el grupo de operadores activos. Esta situación se presenta como resultado de que la indagación por la AF en los últimos 7 días no considera el sesgo que significa la rotación de turnos que hace que por periodos de 8 a 15 días el trabajador tenga restricciones para la AF por los horarios de trabajo.

### **Descripción de los participantes**

En el grupo de operadores activos participaron 9 operadores de género masculino, que conducen buses de tipología articulado y biarticulado, todos residentes de la Ciudad de Bogotá y con una edad promedio de 42 años. La mayor parte del grupo de operadores activo hace uso frecuente de las instalaciones del gimnasio de la empresa de Transporte Masivo en la que laboran.

En el grupo de operadores no activos participaron 6 operadores de género masculino, que conducen buses de tipología articulado y biarticulado, todos residentes de la Ciudad de Bogotá y con una edad promedio de 45,1 años. La mayoría de ellos cuentan con una recomendación de salud.

### 4.3. Descripción de las categorías

Tabla 1. Categorías de trabajo

Categoría	Definición	Códigos
INFORMACIÓN	Hace referencia a la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Conocimientos que muestran particularidades en cuanto a la calidad y la cantidad de los mismos; carácter estereotipado o difundido sin soporte explicativo; trivialidad u originalidad en su caso: Dimensión o concepto se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo de personas con respecto a un objeto social (Moscovici, 1979).	<p><b>A.F. y Salud-enfermedad</b></p> <p><b>A.F y Bienestar</b></p>
OPINIÓN	Según Moscovici (1979), la opinión es una fórmula socialmente valorizada a la que las personas se adhieren y, por otra parte, una toma de posición acerca de un problema controvertido de la sociedad o de objetos sociales cuyo interés es compartido por el grupo.	<p><b>A.F. y Cuerpo</b></p> <p><b>A.F. y Trabajo</b></p>
CREENCIAS	Según Rokeach (Gallego, 1991) las creencias son proposiciones simples, conscientes o inconscientes, inferidas de lo que las personas dicen o hacen, capaces de ser precedidas por la frase: “Yo creo que...” El contenido de una creencia puede: a) describir el objeto de la creencia como verdadero o falso, correcto o incorrecto; b) evaluarlo como bueno o malo o, c) propugnar un cierto curso de acción o	

	<p>un cierto estado de existencia como indeseable. Entre creencia y actuación existe una relación, pero no como causa-efecto, sino como tendencia, predisposición o prescripción, en el sentido de orientación o norma para la acción. (Umaña, 2002).</p>	
ACTITUDES	<p>Consiste en una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación. Su identificación en el discurso no ofrece dificultades ya que las categorías lingüísticas contienen un valor, un significado que por consenso social se reconoce como positivo o negativo, por tanto, es la más evidente de las tres dimensiones.</p>	

## **4.4. Instrumento**

El guion fue elaborada y posteriormente se solicitó revisión por parte de un experto para determinar la claridad, la congruencia y la pertinencia de las preguntas realizadas. El eje conductor de la entrevista fueron los conocimientos, opiniones, creencias y actitudes frente a la AF en relación con la salud- enfermedad, el bienestar, el cuerpo y el trabajo.

Entrevista semi-estructurada: Se comienza con una primera entrevista de carácter muy abierto, la cual parte de una pregunta generadora, y en este caso en particular se indaga sobre la AF y su relación con las categorías de salud, bienestar, trabajo y cuerpo. Estas preguntas se enfocan a los conocimientos, las actitudes, las opiniones y las creencias de cada entrevistado. Se busca no sesgar un primer relato, que será el que servirá de base para la profundización posterior. Se considera, en tal sentido, que la propia estructura, con que la persona entrevistada presenta su relato, es portadora en ella misma de ciertos significados que no deben alterarse con una directividad muy alta, particularmente, se repite, al comienzo del proceso (Sandoval Casilimas, 1996).

## **4.5. Análisis de la información**

Las entrevistas, fueron grabadas y transcritas textualmente; luego fueron ingresadas al programa ATLAS TI, con el fin de organizar la información. Después de tener la información en la herramienta se organiza por categorías para su posterior análisis el cual realiza el investigador. Por último, se presenta el análisis de las entrevistas a cada uno de los participantes para la su aprobación.

La herramienta informática para ordenar los datos de la investigación fue ATLAS TI, esta organización implicó:



1. Identificación de las entrevistas para cada grupo de participantes: el grupo de los activos se identificó como (GA), y el grupo de los no activos (GNA). Para el grupo GA correspondieron a 9 entrevistas y para el grupo GNA correspondieron a 6 entrevistas.
2. Codificación de las entrevistas al tener como base las categorías establecidas e identificar nuevas categorías que emergieron del discurso.
3. Organización del texto en unidades conceptuales más abordables.
4. Agrupación de códigos en familias, con el fin de realizar un análisis más detallado de cada categoría y hacer comparación de los distintos significados obtenidos
5. Por último, se generaron redes de relación entre familias, códigos y citas, que permitieron identificar y definir las dimensiones conceptuales en términos de RS para cada grupo.

## Capítulo 5. Resultados

### 5.1 Descripción de los grupos

#### Grupo Activo

##### Salud/AF, conocimiento

Para los participantes del grupo activo en la categoría salud/ conocimiento la AF es un dispositivo para el control de la enfermedad y cuidado de la salud cardiovascular principalmente, la cual asocian con la prevención del infarto y la disminución de los triglicéridos y el colesterol; al ser la AF un dispositivo que promueve el cuidado del corazón y potencializa su funcionamiento. Así mismo, atribuyen a la práctica regular de la AF la ausencia del dolor muscular en las actividades de la vida diaria.

*“para mí la actividad física es un medio de... primero de salud, de tener buena salud, condición física, de estar muy bien en sentido de cardiovascularmente, de la tensión, mantiene activos sus músculos, genera una buena actividad no de cansancio sino más bien de energía” GA, P8*

##### Salud/AF, actitud

En relación a las actitudes se destaca el entrenamiento como un referente clave para la obtención de dichos resultados el cual debe ser regular. Emerge una idea trascendente en el sentido de que es del entrenamiento constante del que se obtendrá la prolongación de la vida. Sin embargo, también se observa una clara conciencia sobre el cuidado que se debe tener en el entrenamiento para no llegar a la sobrecarga, la cual genera daño.

*“Teniendo una actividad física regular, ojala fuera todos los días, es lo más saludable para nuestro organismo.” GA, P9*

## Salud/AF, creencia

De otro lado, creen que las personas que son sedentarias sufren de fuertes dolores musculares asociados principalmente a la falta de movimiento.

*“pero hay gente que realmente tenemos todo y simplemente no hay ganas, no me gusta no me nace no quiero y ya. Y por más que uno nota que el ejercicio es salud y que no lo hace se deteriora y parece que fuera irrelevante.” GA, P4*

## Salud/AF, opinión

Desde la opinión no se presentan referencias vinculadas con esta unidad.

En síntesis, en este grupo se evidencia, una clara relación entre la ejecución de la AF y la ausencia de enfermedad, al tiempo que existe una creencia arraigada en el sentido de que quien no hace AF se “expone” a sufrir una enfermedad.

El núcleo central de la representación social de la AF con la salud es la prevención como un medio para evitar el deterioro de las condiciones de salud y la aparición de enfermedades. Es importante resaltar que, para este grupo, la prevención se vincula directamente con la responsabilidad individual, es decir con la práctica de hábitos de vida saludables y el auto cuidado. Llama la atención la poca existencia de referencias que vinculen la AF con el goce, el placer, la lúdica, los proyectos de vida, las relaciones con otros como expresiones de salud y bienestar.

## Cuerpo/AF, conocimiento y actitud

Los operadores en los conocimientos y las actitudes describen la AF como un dispositivo para lograr un cuerpo vital y funcional; es decir que les permita mejorar y optimizar su sistema cardiovascular y musculo esquelético y así potenciar su desempeño físico.

*“es la realización de ejercicios corporales, ejercitar el cuerpo por mediante del trote, caminar movimiento de brazos estiramientos” GA, P9*

*“mi meta no es llegar a ser una persona grande, marcada, mi meta es mantenerme una salud cardiovascularmente bien y que mantenga bien mis tejidos músculos.” GA, P8*

## Cuerpo/AF, opinión

Además la AF es considerada como una herramienta para la “manipulación del cuerpo” a través de la cual se pueden obtener diferentes resultados como el aumento de la masa muscular, la tonificación de la misma, la disminución de la medida del abdomen, la quema de grasa y la disminución del peso corporal, los cuales son visibles y medibles.

*“hace unos años acá yo tenía bastante estomaguito, bastante volumen abdominal y se ha ido el se fue, se fue totalmente porque le cambie los hábitos de comida y el ejercicio ayudado mucho para cambiar esta parte” GA, P2*

*“mis carnes, mi masa muscular la mantengo siempre firme” GA, P3*

Dicha manipulación lleva a tener un control más sistemático del cuerpo que se expresa en frases tales como:

*“yo quiero mucho a mi cuerpo.... mi cuerpo lo quiero mucho, mi cuerpo lo adoro” GA, P4*

## Cuerpo/AF, creencia

Adicionalmente, los testimonios vinculan la idea de cuerpo y lo estético, destacan referencias como: más bello, más varonil y más atractivo para otros, lo que permite mostrar, exhibir el cuerpo. En este sentido, la idea del cuerpo para otros, da a la práctica de AF un carácter de medio para eliminar las impurezas del cuerpo que se acumulan por los hábitos alimenticios inadecuados y la “tendencia que tiene el cuerpo para ser sedentario, estático”.

*“cuando mantengo haciendo ejercicio me siento más joven, me siento más atractivo hacia el género contrario y aun hacia el mismo género lo he sentido”*  
GA, P4

*“porque si uno no lo hace el cuerpo es como una materia inerte se va engordando, los músculos se van volviendo muy flácidos y no va a tener una textura física apropiada para el cuerpo”* GA, P6

## Bienestar/AF, conocimiento

Desde los conocimientos la AF se comporta como un dispositivo que genera bienestar físico y psicológico, debido a que contribuye a disminuir el cansancio y las condiciones de estrés cuando se realiza; lo anterior vincula directamente el bienestar con la ausencia de enfermedad y por consiguiente una mejora en la calidad de vida.

*“eso evita el estrés, evita el cansancio, evita todo”* GA, P3

Los resultados evidencian que este grupo de trabajadores exaltan y engrandecen los efectos de la AF, ignoran y minimizan otros determinantes que generan bienestar.

## Bienestar/AF, creencia

En el plano de las creencias esta idea se amplía al vincular la AF y el concepto de felicidad o su relación contraria, es decir la no práctica de la AF se vincula con sentimientos de amargura; de tal suerte que la AF se asume como un dispositivo para incrementar el estima propio y el auto cuidado en tanto se incrementa el conocimiento

corporal, en otras palabras “se escucha más el cuerpo y la forma en la que se comunica con cada uno”. En este plano se destaca la idea del “gusto” para la realización de la AF.

*“la persona que no hace deporte es una persona que es amargada” GA, P3*

*“lo que pasa es que ya es cultura de cada cual que a esa persona no le gusta no le nace o no le llama la atención” GA, P1*

## **Bienestar/AF, opinión**

En las opiniones destacan la AF como un componente que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y afirman que no hay ninguna barrera para realizar AF más allá de los propios límites que se impone cada quien y que se refieren a los límites “mentales” o actitudes como la pereza y el desinterés. En síntesis este grupo refiere que las herramientas para la práctica de la AF se encuentran a disponibilidad de todos.

*“el ejercicio es importante para uno totalmente para uno poder sobre vivir y llevar una mejor calidad de vida” GA, P3*

*“no hay ninguna limitación para hacer ejercicio hay múltiples cosas para hacer ejercicio hay parques, en la casa hay ejercicios caseros, no yo creo que la limitación está en uno mismo ”GA, P3*

## **Bienestar/AF, actitud**

En relación a las actitudes se destaca que para obtener los beneficios de la AF esta debe complementarse con unos hábitos de vida saludables, en lo cual la dieta alimenticia juega un papel primordial. Los participantes hacen referencia a la importancia de tener un componente actitudinal reflejado en la disposición, el interés y las ganas de realizar AF.

De acuerdo a cada una de sus experiencias dadas por la práctica de la AF se sienten más vitales, con más ánimo, más dispuestos ante las situaciones cotidianas.

*“las ganas por que sin ganas tu puedes tener todo el tiempo y no lo haces” GA, P3*

*“porque el ejercicio debe estar uno es tranquilo y relajado para poderlo hacer adecuadamente” GA, P4*

De otro lado algunos participantes afirman que la AF es un dispositivo para mejorar las relaciones interpersonales y les permite compartir más tiempo con los miembros de la familia.

El núcleo central de la representación social de la AF con el bienestar es la calidad de vida, en tanto que contribuye a mejorar el estado de ánimo, genera felicidad y fortalece las relaciones interpersonales; de igual forma la práctica de la AF evita el estrés, el cansancio y sentimientos de amargura. Para los participantes los beneficios de la AF se logran con la práctica regular, constante y disciplinada.

En esta categoría se hace referencia a la idea de que para la realización de la AF no existen limitaciones físicas o estructurales, pues los recursos (de infraestructura, de aditamentos y de espacios) existen, están dispuestos y son de libre acceso para todas las personas; ellos identifican la limitación como mental, la cual se asocia directamente con la pereza.

### **Trabajo/AF, conocimiento y creencia**

Desde el conocimiento y las creencias no se presentan referencias vinculadas con esta unidad.

### **Trabajo/AF, opinión**

En términos de la opinión los participantes consideran que las condiciones de trabajo dadas por los turnos de trabajo, las tablas de programación y la distancia entre el lugar de trabajo y el lugar de residencia pueden ser algunos de los factores que favorecen o limitan la práctica de la AF.

*“aquí en mi trabajo lo que me favorece es que en este momento estoy trabajando la tabla partida, tabla flexible y el tiempo suficiente para entrenar sin tiempo limitado” GA, P8*

*“aquí hay oportunidad de hacer ejercicio, pues infortunadamente hay muchas ocasiones en donde las tablas no lo admiten por las distancias le da a uno pereza devolverse, pero si busca uno un horario de disciplina lo logra, mantener la ropa de gimnasio en el closet, en el locker” GA, P4*

La mayoría de los participantes de este grupo coinciden, en que el desempeño de su trabajo les demanda permanecer en una posición sedente prolongada y mantener una actitud sedentaria, motivo por el cual se percibe la necesidad de realizar AF en los

tiempos libres. Así, el reconocimiento de los riesgos derivados del trabajo, se convierten en motivación para realizar la AF.

*“la labor que se desempeña es mantener mucho tiempo en la misma posición, por eso en los ratos que tengamos nosotros libres si necesitamos ejercer el cuerpo, hacer actividad física” GA, P9*

## **Trabajo/AF, actitud**

Los participantes relacionan la práctica de la AF con una mayor productividad en su trabajo, debido a que esta les genera un bienestar físico y mental. Destacan que la AF los hace sentir más despiertos, menos perezosos, con un mejor estado de ánimo y una mejor actitud ante las situaciones diarias que se puedan presentar en el desempeño de sus labores.

*“llego otra vez como nuevo al trabajo llego descansado llego despejado, mente nueva, mente positiva y eso me ayuda mucho en mi trabajo” GA, P1*

*“uno llega muy fresco llega relajado uno llega como con mucha fuerza mucho dinamismo mucha proactividad llega uno rico, como despejado” GA, P1*

En esta categoría emerge nuevamente la idea que, para mejorar los beneficios de la AF, se debe tener una práctica consiente, supervisada, planificada y acompañada de buenos hábitos alimenticios.

El núcleo central de la representación social de la AF con el Trabajo está dado en términos de la productividad, debido que la AF los renueva, despejan la mente, les provee nuevas fuerzas y los mantiene despiertos. Vinculan la productividad con las exposiciones riesgosas y las exigencias del trabajo, pero no como limitantes sino como una condición que se debe contrarrestar para prevenir lesiones futuras; la mayoría refieren que la falta de tiempo no es una condición que impida el desarrollo de la AF.



## Grupo No Activo

En este grupo de operadores se evidencia, una diferencia con el grupo de los activos en relación al discurso, específicamente en los argumentos y las repuestas que dieron a las preguntas; las cuales son más genéricas, utilizaron un lenguaje más común y menos específico.

### Salud/AF, conocimiento

En cuanto a los conocimientos los participantes del grupo no activo en relación a la AF y la salud expresan claramente la idea de que la AF es un dispositivo para evitar la enfermedad y mejorar las condiciones de salud; hacen referencia a aspectos como la circulación, la respiración, el desarrollo muscular, entre otros.

*“si, sé que mejora mucho la salud, evita que uno esté enfermo, el sedentarismo lo vuelve a uno gordo, que uno no esté cansado, que uno no esté con sueño, como dije que libere las toxinas que tiene el cuerpo salgan y estar mejor de los pulmones” GNA, P5*

Consideran que el sedentarismo es el responsable de los dolores musculares. Sin embargo, de los relatos en su conjunto se hace evidente que el concepto sedentario se vincula con una característica del trabajo y no con un comportamiento del sujeto.

*“con el paso del tiempo y por nuestros malos hábitos de alimentación y de trabajo nosotros empezamos a tener una serie de dolores sobre todo en las articulaciones en el caso personal mío...” GNA, P6*

*“en el trabajo uno se vuelve muy sedentario” GA, P5*

### Salud/AF, opinión

En su opinión la AF es un dispositivo para salir del sedentarismo el cual trae como consecuencia el sobrepeso y algunas enfermedades como son la hiperlipidemia, el dolor de cabeza y la obesidad, al tiempo que tienen una idea claramente definida en que la AF evita los malestares del cuerpo y es un dispositivo para mejorar la vejez.

*“si digamos yo no me dedico hacer ejercicio continuo voy a tener problemas de sobrepeso de dolor de articulaciones, de muchas que dependen de cuando uno es sedentario” GNA, P4*

*“La actividad física es para mi concepto es la manera uno de cuidarse haciendo deporte*

*he... salir del sedentarismo, salir de la rutina del diario vivir, para mi seria eso una rutina de deporte pienso Yo” GNA, P1*

## **Salud/AF, actitud**

Finalmente, desde las actitudes y basados en su experiencia ellos vinculan la práctica de la AF exclusivamente como control de las enfermedades, al ser la enfermedad la razón que los motiva a realizar AF; reconocen que la AF inhibe el dolor.

*“ocasionalmente, cuando me siento enfermo lo realizo” GNA, P1*

## **Salud/AF, creencia**

Desde las creencias no se presentan referencias vinculadas con esta unidad.

El núcleo central de esta categoría se concentra en la representación de que la AF es un medio de prevención de la enfermedad, sin embargo, existe una fuerte tendencia a creer que la AF es el medio para el tratamiento a algunas enfermedades, motivo por el cual la práctica de la misma se da únicamente cuando se está enfermo. De otro lado, reconocen que es responsabilidad de cada persona implementar hábitos de vida saludables, sin embargo, pese a tener esa consciencia no se identifica una intención de cambio.

## **Cuerpo/AF, conocimiento**

En relación a los conocimientos, los participantes del grupo no activos describen la AF como el movimiento del cuerpo, el cual se puede hacer al caminar, trotar o simplemente moverse lo que genera un fortalecimiento del sistema musculo esquelético; la falta de este movimiento conlleva al sobrepeso; consideran la AF como un dispositivo para mejorar el tono muscular y el incremento de la masa muscular, además ayuda a eliminar la grasa localizada.

*“el cuerpo se sostiene mejor, los huesos están más fuertes, el cuerpo se sostiene mejor, al tener más fortaleza en el cuerpo” GNA, P5*

*“pues digamos ya el sobrepeso, los gorditos, ya si uno tiene una actividad constante pues va a tener un cuerpo adecuado sin gorditos sin grasita y la circulación pues el cuerpo se siente mucho más” GNA, P4*

## Cuerpo/AF, creencia

En cuanto a las creencias, la AF es un dispositivo para mejorar la estética de sus cuerpos, específicamente la apariencia de sus músculos y de la piel; logrando con esto tener un aspecto más joven; para ellos, en la medida en que más se hace AF mayor será el rejuvenecimiento, la apariencia de la piel “se ve más blanca”, y eso conlleva a que se vean más atractivos y más simpáticos.

*“si se despercude uno, de verdad uno llega como quemado, como negrito y con el sudor; no sé uno con el sudor va eliminando todas las toxinas entonces uno como que se despercude como que queda la piel más blanca” GNA, P3*

*“mantenerse uno en forma y pues a medida que uno va haciendo ejercicio y actividad física uno se va rejuveneciendo” GNA, P3*

## Cuerpo/AF, opinión

Desde la opinión afirman que la AF es un dispositivo para un cuerpo más fuerte, más activo, más rígido y con mejor contextura física, que evita malestares y se fatiga menos.

*“para mi es una serie de movimientos que se requiere para poder he estar en forma o empezar a tonificar ciertas partes de nuestro cuerpo” GNA, P6*

## Cuerpo/AF, actitud

Para las actitudes no se presentan referencias vinculadas con esta unidad.

El núcleo central de esta categoría es la representación de un cuerpo funcional, el cual a través de la práctica de la AF se desarrolla y se potencializa. Sin embargo, existe un vínculo fuerte con lo estético que se expresa en lógicas dominantes de representación de este referidas a un color de piel más blanco, a una figura de apariencia esbelta y a un ideal de tono muscular y de permanencia de la apariencia juvenil al llegar incluso a expresar que alcanzar estos cánones de belleza vinculan una mejor condición de salud. Reconocen que la no práctica explica la “deformación corporal” y altera la funcionalidad, así como acelera el proceso de envejecimiento.

## Bienestar/AF, conocimiento

Desde el conocimiento, los participantes ven la AF como un dispositivo que genera bienestar pues en su percepción sienten que mejora su estado de ánimo, la calidad de sueño y un mejor funcionamiento en su vida sexual.

*“empezando porque que dormimos mejor nuestra actividad diaria se realiza de una forma más eficiente y en términos generales nos sentimos mejor”*

## Bienestar/AF, creencia

En cuanto a las creencias, pese a reconocer los beneficios de la AF, algunos consideran que las personas no la practican porque esta les va a generar cansancio y agotamiento. De otro lado, justifican y relacionan la no práctica de la AF con actitudes de desinterés, pereza y falta de disciplina.

*“desafortunadamente muchas veces gana más la pereza que el querer hacerlo” GNA, P1*

*“Si me gusta, pero me falta más auto control, si autocontrol de organizar el tiempo y hacerlo disciplina” GNA, P4*

## Bienestar/AF, opinión

En su opinión consideran que la AF ayuda a disminuir el estrés, tener una mente más activa, despierta y una estima más elevada; de igual forma la práctica de la misma contribuye a mejorar el desempeño de sus actividades cotidianas como el trabajo y las relaciones familiares y sociales; lo anterior se evidencia, en expresiones de felicidad y tranquilidad.

*“pues a mí en mi caso me ayuda mucho con la ansiedad, con el estrés...” GNA, P1*

*“la actividad física; pues generan bienestar, estar uno saludable. Y desde que uno esté en buena salud uno está bien en todo momento e incluso el ego se le sube y la autoestima” GNA, P3*

*“pues desde que un esté bien físicamente uno puede trabajar mejor, puede ser más productivo, puede tener más vida familiar porque esta uno más con la familia, no está uno pensando en acostarse a dormir descansar sino está más uno más con los hijos con la esposa, podemos salir a caminar, en el trabajo uno rinde mejor, porque el estar bien físicamente” GNA, P5*

*“uno está haciendo ejercicio uno esta alegre, uno no está triste” GNA, P3*

## Bienestar/AF, actitud

Con relación a las actitudes, los participantes refieren que la práctica de la AF debe ser un goce, para esto, hacen alusión a la importancia de la utilización de aditamentos (ropa deportiva), así como la disposición en términos de tiempo más no de espacios.

*“hay que estar en ropa cómoda, sin el estrés del tiempo, sin el estrés de las cosas laborales, para mí ese hacer ejercicio es dedicarme una hora en un gimnasio o salir a trotar realmente con la ropa adecuada y el tiempo adecuado” GNA, P4*

*“unos tenis y una pantaloneta, la actividad física uno en la casa la puede hacer, la puede hacer en la calle, la puede hacer en el trabajo, la puede hacer en cualquier parte” GNA, P5*

A pesar de ser un grupo de trabajadores que no realizan AF de manera continua, es de resaltar que ellos consideran que no existen limitaciones físicas para la práctica de la AF, sino que son limitaciones de orden mental y de interés por la realización de la misma.

*“porque yo digo yo he visto cosas de personas que no tienen piernas y hacen ejercicio, yo he visto casos de personas que no tienen brazos y nadan entonces las limitaciones están es en la mente de uno cuando uno pone de por medio los pretextos que no tengo tiempo de que me queda lejos de que está lloviendo de que mi turno me lo cambiaron entonces uno no debe permitir que esas limitaciones” GNA, P6*

En síntesis, el núcleo central de las RS relacionadas con el bienestar, hacen alusión a la calidad de vida, en términos de la obtención de una vida más tranquila y con menos condiciones de estrés, sin embargo, resultan evidentes excusas de índole actitudinal que limitan la práctica de la AF. Esta idea se ratifica con la fuerte referencia que ellos hacen sobre la no existencia de limitaciones físicas sino mentales para el desarrollo de la AF.

## Trabajo/AF, conocimiento

En el conocimiento tienen una clara idea que la práctica de la AF es una herramienta que mejora el desempeño laboral, específicamente les permite trabajar de una manera más tranquila, más óptima y con una mente despejada.

*“mentalmente pues es igual si el cuerpo trabaja activamente pues la mente va estar despierta va tener mayor capacidad de memorizar de estar pendiente o sea en el trabajo de uno de operador es muy importante tener eso tener la mente despierta activa” GNA, P4*

*“ese bienestar de pronto es tranquilidad, de pronto es quitarse de encima el estrés por el trabajo, por las cosas cotidianas que vive a diario y al terminar el trabajo físico, termina*

*uno más tranquilo” GNA, P4*

## **Trabajo/AF, creencia**

Con respecto a las creencias, consideran y estarían dispuestos a realizar AF siempre y cuando está esté incluida en la programación de su trabajo, pues sería la única manera de destinar un tiempo para su desarrollo. En otras palabras, responsabilizan al trabajo y a la programación del mismo como el factor limitante a la hora de realizar AF.

*“lo único que pediría es que nuestro trabajo esté relacionado con el gimnasio... si está dentro de nuestra programación seguro que lo vamos a usar a si sea media hora” GNA, P6*

*“anteriormente en la programación aparecía gym entonces qué le tocaba, asistir por obligación, por obligación; y así la gente venía” GNA, P3*

## **Trabajo/AF, opinión**

Opinan y reconocen que su trabajo tiene unas condiciones de exposición que afectan y tienen impacto negativo en el cuerpo y en el estado de salud; los discursos hacen referencia a las implicaciones que tiene la posición sedente prolongada, el trabajo monótono y la carga laboral, específicamente en el aumento del peso, la disminución de la capacidad física, el dolor musculo esquelético y los procesos de atención y concentración.

*“nosotros permanecemos el 90% sentados eso produce elevación de peso y fuera de eso el cuerpo seba deformando va adquiriendo harta barriga o estómago” GNA, P4*

De otro lado y menor medida, algunos de los participantes refieren que la AF favorece su desempeño laboral, otros manifiestan que tener una buena salud a través de la AF previene la ocurrencia de accidentes laborales.

*“más descansado, no me fatigo tan rápido al estar sentado, no me duele al levantarme de la silla, no me duelen las piernas, los brazos la columna, ayuda bastante” GNA, P1*

*“No solo incrementar la actividad física si no incrementarla buena salud y eso representarían buenos trabajadores y representaría en menos accidentes en la vía representaría en carro más cuidados mejor desempeño en nuestra labor en términos*

*generales porque un tipo que está pilas que está haciendo ejercicio está pilas en todo y está cuidando su carro y está cuidando así mismo” GNA, P6*

## **Trabajo/AF, actitud**

Las actitudes refuerzan la idea antes expuesta sobre la identificación de factores y condiciones riesgosas del trabajo que limitan la práctica de la AF y los conlleva a un estado de sedentarismo y por consiguiente un aumento en el riesgo para la salud. Para ellos las amplias jornadas de trabajo, la rotación y organización de los turnos de trabajo, las condiciones propias del puesto de trabajo y la monotonía del desempeño se convierten en limitantes para la práctica de la AF.

*“tenemos un turno de 4,5 a 6 horas constantes en el bus como son carros automáticos no tienen cambios no tienen closh y entonces tienen un aparatico que se llama crucero que es donde uno lo activa el carro se va solo sin uno acelerarlo y entonces si uno no tiene una actividad física adecuada la monotonía le empieza andar a uno sueño he si uno se sienta uno estando lleno que recién almuerza sin hacer una actividad física el sedentarismo ya viene la mala posición en la silla del operador ya le va a dar a uno sueño” GNA, P3*

*“la semana pasada estaba en un turno por la tarde si un turno larguísimo por la tarde y en otros patios nunca en este patio y cuando esta semana me pusieron a madrugar y hoy era que me dormía en el segundo recorrido yo no sabía qué hacer yo me cacheteaba me jalaba los pelos del brazo y hasta me toco pedir permiso para ir al baño era la única forma de echarme agua en la cara me estaba durmiendo eso es un peligro eso nos ha pasado a todos algún día” GNA, P6*

En la mayoría de los participantes emerge la idea que existe cansancio del trabajo que les genera desinterés a la hora de hacer AF por lo que privilegian el descanso.

*“pues pienso yo que los días de descanso también los podría utilizar, pero no lo utilizo” GNA, P1*

En síntesis, para el grupo de los no activos, el núcleo central de la categoría trabajo está directamente relacionado con las condiciones del trabajo, básicamente las exigencias, dadas por los turnos programados, y las exposiciones riesgosas, dadas por la posición sedente prolongada, la exposición a vibración, el ruido y la presión en el trabajo; las cuales se convierten en limitantes para la práctica de la AF.

## **5.2. Relaciones entre grupos**

### **Actividad Física y Salud-enfermedad**

El grupo de activo como el de no activos coinciden en que la AF es un dispositivo para el cuidado de la salud, control y tratamiento de la enfermedad; el grupo activo es más concreto en su discurso de la prevención de la enfermedad cardiovascular principalmente, mientras el grupo no activo describe la AF como un dispositivo que evita la enfermedad en general y/o en tratamiento de las condiciones especiales de salud. Este último grupo es más genérico en la descripción de sus ideas, mientras que el grupo activo tiene un discurso más estructurado y dirigido a la prevención de la enfermedad, lo cual se puede atribuir a su contacto más permanente con ambientes y discursos sanitarios de la AF; además en la descripción de sus ideas tienen un referente claro del entrenamiento constante y estructurado para la obtención de dichos resultados mientras que para el grupo de no activos muchas actividades de la vida diaria pueden ser consideradas AF.

En los dos grupos se puede observar un idea muy clara de la AF como dispositivo preventivo de la enfermedad, que muy seguramente ha sido construida y reforzada a través del discurso objetivo que escuchan sobre la AF en los diferentes momentos como son las capacitaciones por parte de la empresa, las recomendaciones de AF dadas por el Distrito a través de los medios informativos como la televisión, el periódico y la radio.

### **Actividad física y Cuerpo**

En esta categoría ambos grupos coinciden en relacionar la AF y el cuerpo desde una idea del cuerpo funcional, que les permite desarrollar habilidades y capacidades físicas; sin embargo, esta concepción es más fuerte en el grupo de los activos puesto que ellos han tenido la experiencia y la vivencia gracias a la práctica regular de la AF, que además ha desarrollado y fortalecido la idea del cuidado de sí mismo.

Otro de los factores vinculados al cuerpo hace referencia a lo estético. Sin embargo, se observa una sutil diferencia en tanto para el grupo activo, la AF es un dispositivo que le



permite al individuo hacer la manipulación del cuerpo, controlarlo, dominarlo y programarlo para lograr un resultado previamente concebido de acuerdo a sus gustos y preferencias. Así, en la mayoría de los entrevistados activos, se expresa la idea de un cuerpo más varonil y más bello, el cual se puede mostrar, un cuerpo para otros. De otro lado, para el grupo no activo la AF se convierte en un mecanismo más vinculado a elementos de belleza y juventud como un ideal a alcanzar.

## **Actividad física y Bienestar**

Los dos grupos coinciden en que la práctica de la AF es un dispositivo que genera bienestar y mejora la calidad de vida, debido a que se tiene una mejor percepción del descanso, del estado de ánimo y de la disminución del estrés, también comparten la idea que la AF se comporta como un dispositivo que genera felicidad o en su relación contraria: la no práctica de AF se vincula con la amargura; además promueve el auto cuidado y el amor propio.

Para el grupo de activos muestra una idea clara de la AF como dispositivo para mejorar no solo la condición de salud física, sino que mejora las relaciones interpersonales y el compartir más tiempo con los hijos; mientras que el grupo no activo muestra una visión más limitada centrada en la ausencia de la enfermedad.

Ambos grupos coinciden que no existen limitaciones físicas para la práctica de la AF, manifiestan que la limitación es de carácter mental; ejemplifican que existen personas que tienen alguna situación de discapacidad cognitiva y/o física y esto no es impedimento para la realización de la AF. De manera reiterativa expresan que actitudes de desinterés y pereza son la causa de la no práctica regular de AF.

Es importante resaltar que para los dos grupos existe una relación entre la práctica de la AF y la responsabilidad del individuo, la cual está dada básicamente por la constancia, disciplina y regularidad con la que se desarrolle. Idea que se reafirma con el concepto del grupo activo que declara que la AF debe ser consciente, supervisada, planificada y acompañada de buenos hábitos alimenticios.

## Actividad física y Trabajo

En el grupo no activo en relación al concepto de AF hace referencia a una visión más amplia del movimiento al definirla como cualquier movimiento (“moverse”) en contraposición la AF para que sea efectiva debe cumplir con algunos criterios relacionados con el tiempo, la frecuencia y la variabilidad entre otros.

Tanto el grupo de activos como el de no activos coinciden en la opinión que el trabajo que desempeñan tiene unas exposiciones riesgosas y unas exigencias laborales que hacen que sea un trabajo rutinario y monótono y que los riesgos aumenten, de igual forma promueve el sedentarismo. Además, consideran que los turnos de trabajo, las tablas programadas y las distancias que tiene que recorrer determinan la práctica de AF.

Para el grupo de los activos estas condiciones de trabajo, no son limitantes para la práctica de la actividad física, ellos las perciben de manera crítica y toman las medidas pertinentes y optan por realizar AF con el fin de contrarrestar los efectos negativos de dichas condiciones. De forma diferente, el grupo de los no activos relacionan el trabajo y la IF. Para ellos las exigencias del trabajo (posiciones, turnos, tablas y distancias que deben recorrer) los lleva a tener un comportamiento sedentario, al ser el trabajo la causa principal de la falta de movimiento de los sujetos.

## Capítulo 6. Discusión

Una representación social (RS) es un ensamble organizado de informaciones, de opiniones, de actitudes y de creencias a propósito de un objeto determinado. La representación es socialmente producida y fuertemente marcada por los valores correspondientes a un sistema social e ideológico y a la historia del grupo que la genera por lo cual constituye un elemento esencial en la visión del mundo (Abric, 2001). No todos los elementos que constituyen una RS tienen la misma importancia, se evidencia, una jerarquización entre ellos.

La idea de rescatar la representación social en el análisis de la práctica de la AF, amplía lo que hasta ahora se ha considerado en su estudio, en tanto se parte de concebirla como una práctica sistematizada y regular en un marco individual que trabaja los beneficios físicos, psicológicos y emocionales de la persona. En este sentido, se evidencia, una ausencia en el reconocimiento de las necesidades diferenciales de los grupos y sujetos en la organización de los procesos referentes a la AF, necesidades que contemplan entre otras: el trabajo y la ocupación, el sistema de organización social, las relaciones de poder, los discursos sociales sobre el movimiento, el ocio, el goce, el fitness y el auto cuidado (Jiménez Rodríguez, 2015).

Sin desconocer la amplia oferta de recursos y programas para el desarrollo de la práctica de la AF la cual es dada a través de diferentes escenarios como los parques, los gimnasios, y las ciclo rutas que han sido diseñados de acuerdo a los parámetros y clasificación de los modelos de intervención para los programas de promoción de la AF dados por la Physical Activity and Health.

En este sentido, es necesario direccionar y adaptar la AF a la diversidad poblacional, es decir, a los diferentes grupos etarios, a las necesidades de las personas, a la ocupación, a un enfoque de género y a un diagnóstico individual y colectivo que integre las RS que tiene cada uno de los grupos que se desea intervenir.

De acuerdo a los relatos encontrados en las entrevistas y la revisión de la bibliografía se pudieron identificar los núcleos y aspectos periféricos de la representación social (Abric, 2001), para cada grupo de los operadores de una empresa de transporte masivo de la ciudad de Bogotá frente a la AF que serán objeto de la discusión en este capítulo y que se espera contribuyan al diseño de programas que logren una mayor permanencia de los trabajadores en los mismos.

## **6.1. El discurso sanitario de la Actividad física y la Salud**

La expresión del discurso sanitario se encuentra marcada en los dos grupos, debido al intenso trabajo en la documentación y comunicación de los beneficios de la AF en la salud de las personas los cuales se proporcionan a través de los medios de comunicación masivos y de las estrategias que las ciudades han implementado para la divulgación del discurso sanitario. En la ciudad de Bogotá se cuenta con 4 programas que tienen como objetivo fomentar los hábitos de vida saludable y promover la práctica de la AF los cuales se distinguen: Muévete Bogotá (es una estrategia para modificar los estilos de vida en Bogotá), Muévete trabajador (estrategia que busca incrementar la práctica de la AF en el sitio de trabajo unida al fomento de hábitos alimentarios saludables), Muévete escolar (“Un presente activo por un futuro saludable” busca movilizar a toda la comunidad educativa en torno a la importancia de la práctica regular de AF y alimentación sana, al tener en cuenta que los hábitos físicos establecidos durante la infancia y la adolescencia tienden a mantenerse en la vida adulta) y Módulos RAFI (Puntos de atención para la recomendación y asesoría en AF)(Secretaría Distrital de Cultura, 2009).

En relación con la salud, la OMS ha respaldado a través de su discurso que la AF practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebro vascular, diabetes de tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión; además, la AF es un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso (OMS, 2016).

Sin embargo, aunque la oferta distrital para la promoción de la AF es alta, se estructura de acuerdo a las recomendaciones establecidas en la literatura y es respaldada por la documentación científica, no garantiza captar la atención y el interés de todas las personas para una práctica regular y sistematizada de la AF, debido a que hay RS en referencia a la AF por lo cual al priorizar la relación AF – salud – enfermedad se debilita la posibilidad de cercanía y utilidad de la misma, máxime cuando para muchos de los usuarios la salud y la enfermedad se vincula con otros aspectos estructurantes de la vida en sociedad como son las condiciones de trabajo y calidad de vida, frente a las cuales el impacto real de la práctica de la AF queda disminuida.

De esta manera, los relatos evidencian un reconocimiento y aceptación del vínculo AF y salud, pero se observan diferencias en las prácticas entre los dos grupos, para el grupo activo ese vínculo es extremadamente fuerte mientras para el grupo no activo se observó resistencias en la forma de otros factores condicionantes frente a la condición de salud. En este sentido, aun cuando estudios previos señalan que, para los sedentarios, las urgencias de salud son el único motivo para la realización de la AF, convirtiéndose esta en un instrumento para mejorar el estado de salud, (Capdevila, Niñerola, & Pintanel, 2004), llama la atención el hecho de que a pesar de que el grupo de no activos tiene prescripción médica de ejercicio, como resultado de la presencia de una condición de enfermedad, ello no es razón suficiente para incorporar la práctica. Así, es necesario repensar y organizar nuevas referencias que estimulen la práctica de AF más allá de los resultados en la prevención y manejo de las enfermedades.

De otro lado, y de acuerdo con Pate y otros (1991) la relación entre AF y salud, se enmarca en dos perspectivas, una perspectiva de resultado y otra de proceso. Desde la perspectiva de resultado, la práctica de AF se considera como un medio para mejorar la salud, para curar o evitar la aparición de enfermedades, especialmente aquellas que se asocian con el sedentarismo. Desde la perspectiva de proceso, la AF se considera fundamentalmente una experiencia personal y una práctica sociocultural, aquí la salud se vincula al concepto de calidad de vida (Pate, y otros, 1991). Al tener en cuenta esta conceptualización, las RS de este grupo de trabajadores frente a la AF y su relación con la salud, se enmarcan en la perspectiva de resultado, pues la AF es considerada como un medio para la obtención de un fin para la prevención de la enfermedad, la cual

sumada a la práctica de hábitos de vida saludables y el autocuidado logra mejorar la condición física y de salud.

En este sentido, vale la pena entonces llamar la atención en la necesidad de rescatar una visión del incremento de la AF como proceso desde una dimensión más socio-cultural, no tan sanitaria, y en vínculo estrecho con la visión de calidad de vida.

## **6.2. La responsabilización y culpabilización de los sujetos frente a la no práctica de la actividad física y la consecuente presencia de enfermedad**

La actitud se comporta como una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, la cual puede ser positiva o negativa, favorable o desfavorable. La actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente, aunque los otros elementos no estén (Umaña, 2002).

Así, en el estudio de Niñerola i Maymí & Cols., en el cual se describen algunos factores por los cuales las personas sedentarias no realizan AF, se destaca la falta de organización y/o motivación, las obligaciones familiares, la falta de fuerza de voluntad, además de una baja condición física y el malestar producido por el ejercicio físico en sus fases iniciales (Niñerola i Maymí, Capdevila Ortís, & Pintanel Bassets, 2006). Esta mirada centra la atención en el individuo, sus motivaciones y sus decisiones o formas de vida como opción individual y descontextualizada de un escenario social que le puede facilitar o limitar dichas decisiones.

Si bien el grupo no activo reconoce la importancia de fomentar e implementar hábitos de vida saludables en lo concreto, no se observa la incorporación de la práctica de AF.

Al buscar ampliar la comprensión de esta situación, se reconoce que en relación con la motivación, “entendida como el estado de tensión que pone en movimiento al organismo hasta que haya reducida esa tensión y recobrado el equilibrio”, esta permite diferenciar el

comportamiento animal de la conducta humana referida al movimiento, en tanto la actividad motriz, al estar relacionada con una motivación pierde el carácter instintivo y la ejecución motriz puede diversificarse adaptándose más sutilmente a la situación. En consecuencia, y al retomar a Foucault, es dable suponer, que la construcción en torno a las motivaciones y necesidades del sujeto en la sociedad, son afectadas por el entorno a tal grado que se definen modelos preestablecidos como conductas normalmente esperadas y de rendimiento en cuanto al desempeño de habilidades motoras, que en últimas marcan la concepción de salud, de enfermedad, de cuerpo, de MCH, y de normalidad – anormalidad (Molina Achury y Carmona Moreno, 2006) en (Molina Achury, Landinez & Prieto, 2002).

De otro lado, el comportamiento de no AF, más allá de una lógica de “desinterés” puede ser reflejo de una condición que se expresa por factores más estructurantes que la condición individual. Al respecto, Boltanski en su escrito “*Las clases sociales y el cuerpo*”, como ya fue presentado, afirma que los grupos sociales tienen diferentes formas de relacionarse con el cuerpo, situación que explica entre otras condiciones, por las propias exigencias que la organización social del trabajo impone a cada grupo. Así, para él ciertos grupos ignoran el cuerpo y acallan el ruido que este genera, ruido entendido como manifestaciones de requerimientos de cuidado del propio cuerpo, lo que les permite seguir en su trabajo. Dentro de los aspectos que definen esta relación con el cuerpo están el grado de instrucción y el tipo de trabajo a realizar. De otro lado, el GNA ve la AF como una distracción que lo lleva a la pérdida de tiempo, frente al conjunto de tareas y responsabilidades por las que debe responder, lo que posiblemente no se tiene en cuenta a la hora de desarrollar programas para el fomento de la AF (Boltanski L. , 2004).

En esta misma dirección, Breilh plantea que el conjunto de los recursos físicos y psicológicos con los que se cuenta para la práctica de ejercicio o deporte es el producto de un proceso complejo de determinación social, que indican las limitaciones y las potencialidades de los practicantes, las cuales son inducidas por la condición de clase y el modo cultural de vida y las prácticas de estilo de vida personales las cuales se determinan por el grupo social al que se pertenece (Júnior, Capela, & Breilh, 2010).

Así en los resultados encontrados se hace evidente el predominio de un discurso sanitarista clásico que responsabiliza al individuo que ignora otros factores de grupo y social centrales en la práctica. En este sentido, para ambos grupos la incorporación a la

estructura discursiva de la responsabilidad individual frente a la práctica de la AF y por consiguiente frente a la presencia de mayor o menor enfermedad, está plenamente incorporada. Este aspecto se corresponde con el predominio de una conceptualización que prioriza las dimensiones individuales más que sociales a la hora de explicar la Salud –enfermedad, como fue presentado en el capítulo conceptual. Sin embargo, no puede ignorarse que para el grupo no activo la no práctica de la AF, se justifica de forma reiterada pero minimizada, por diferentes factores vinculados con la organización de la tarea como son la falta de tiempo, la organización de los turnos, los desplazamientos, o por una situación objetiva de cansancio físico fruto del esfuerzo permanente en el desarrollo de la tarea.

Así, si la representación social en el indicador de la actitud sobresale por ser una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas cuya función es dinamizar y regular su acción; la regulación de la acción en este caso, está dada por la responsabilización y culpabilización del sujeto frente a la enfermedad como mecanismo que desplaza la atención del conjunto de actores en los aspectos vinculados con la organización de la tarea o incluso con los aspectos sociales frente a la generación de condiciones materiales, subjetivas y sociales para una verdadera promoción de la práctica de la actividad física.

### **6.3. La actividad física como dispositivo que fomenta la disciplina, el esfuerzo y el control**

Los operadores en su discurso referenciaban una idea claramente establecida en relación a la práctica de la AF, la cual debe ser realizada de manera disciplinada y constante para obtener los resultados deseados en relación al componente de salud como ausencia de enfermedad, funcional como potencialización de capacidades y estético como ideal predefinido.

En este sentido, Foucault afirma que la disciplina es un mecanismo orientado a regular el comportamiento de los individuos en el organismo social. Esto se hace mediante el control de la organización del espacio (arquitectura), del tiempo (horarios) y la actividad de las personas en el comportamiento (ejercicios, posturas, movimientos). Foucault hace



referencia que el poder no está en la disciplina, más bien la disciplina es simplemente una forma en la cual el poder es ejercido (Foucault, 1999). Así, el vínculo entre AF y disciplina, misma que se ubica en el campo del conocimiento científico, termina por despojar a los individuos del control de una práctica cotidiana que hace parte de la vida misma, el moverse. Ejemplifica esta afirmación, la referencia del grupo no activo a que se reconozca la realización de actividades cotidianas como expresión de AF o por el contrario, la idea del grupo que realiza AF en el sentido de la necesidad de sistematicidad y asistencia técnica o supervisión en la práctica de la AF.

Así mismo, los discursos llaman a la necesidad de “controlar la tendencia a la indisciplina del cuerpo” por lo que se hace necesario manipular y controlarlo debido a que este tiende a ser “sedentario y voluntarioso”. En este sentido, Foucault se refiere particularmente a las relaciones entre el poder político y el cuerpo, y describe diferentes formas históricas de entrenar (adiestrar) el cuerpo para que sea socialmente productivo (Foucault, 1999).

En otra perspectiva, y en coherencia con lo ya planteado “la idea clásica de que los organismos se adaptan (pasivamente) a las condiciones del ambiente ha sido superada por la concepción moderna que ve la relación entre el organismo y el ambiente como un proceso cambiante de relaciones de producción y reposición, determinándose que el organismo sea tanto producto del ambiente como el ambiente sea producto del organismo. En cada nuevo momento del desarrollo de esa relación surge un nuevo patrón de transformaciones” (Breilh, 2014), con lo que gana fuerza la idea de entender la práctica de la AF como resultante de un proceso dinámico de contradicciones que ocurren en varios dominios integrados: la vida laboral y de consumo (eje de la reproducción), la vida organizativa, la vida cultural y de construcción de identidad, y la vida de relaciones con el entorno (metabolismo con la naturaleza). Entendido así, la práctica de la AF, sea como proceso o sea como resultado se redimensiona y abre posibilidades para promoverla como práctica desde referencias diferentes a la idea de disciplina: el goce y el disfrute, la vivencia, la conciencia, la interrelación social, la vida en comunidad y en vínculo con la idea de transformar aquello que limite el bienestar y la salud en un sentido más allá de la ausencia de enfermedad, desde la AF en favor de la vida.

## **6.4. Actividad física y su importancia en el logro de productividad y estereotipos de belleza**

Según Prieto Rodríguez et al 2005, el cuerpo es el efecto de una construcción social y cultural, en esta construcción el cuerpo es socializado, valorado, culturalizado y de él se esperan ciertas formas, funciones y roles (Prieto Rodríguez, Naranjo Polanía, & Garcia Sanchez, 2005). En la concepción social del cuerpo, el contexto sociocultural e histórico influye en determinar la significación y la importancia del cuerpo, así como la construcción de las ideas sobre el cuerpo.

Así, se entiende que el entorno modifica la concepción que se tiene del cuerpo, es importante mencionar que en la sociedad existe una lógica de poder que regula, disciplina y normaliza los cuerpos; al ser la AF un dispositivo fundamental para esa normalización: “la visión utilitaria del cuerpo, que surge desde el siglo XIX y se mantiene hasta nuestros días, puede ser caracterizada como la hegemónica en el mundo del trabajo. Para el siglo XX el cuerpo se construye sobre la base del hedonismo, el narcisismo, el individualismo y la producción capitalista, para lo cual el cuerpo cae en el plano del cuerpo / instrumento. El trabajo aliena el cuerpo que lo obliga a someterse a patrones y normas motoras y lo convierte en instrumento al servicio del rendimiento” (Molina & Carmona, 2006).

En las RS de los participantes de este estudio, tanto activos como no activos, esta concepción está claramente definida, pues ellos tienen un discurso biológico, instrumental y estético del cuerpo, en el cual la AF se convierte en una herramienta para el adiestramiento y manipulación del mismo para que sea un cuerpo esbelto, tonificado y delgado que cumple con los estándares sociales. Esto se corresponde con lo encontrado por Mendieta (2014) para quien la AF y los comportamientos relacionados con la alimentación se encuentran vinculados con la apariencia corporal en los hombres; de igual forma, el estudio de Sánchez (2001) identificó que los hombres que realizan AF tienden a tener más precisión para elegir su imagen real, los hombres que realizaban AF moderada ( $1 \pm 4$  semanas h) fueron quienes mejor percibieron su imagen corporal e índice de masa corporal (Sanchez, y otros, 2001).

## **6.5. Los riesgos del trabajo: condición a superar desde lo individual o limitante para la práctica de actividad física**

Los conductores de transporte urbano, en el desempeño de su labor, constantemente se exponen a unas condiciones de trabajo que afectan y tienen repercusiones sobre su estado de salud y sobre su calidad de vida. Dentro de las principales exposiciones se encuentran: el mantenimiento de una postura sedente de manera prolongada, largas jornadas de trabajo en ocasiones en horario nocturno, con periodos de descanso irregulares, la falta de AF y el sedentarismo que conlleva a una tendencia al sobrepeso o a la obesidad, el estrés, que se genera durante la conducción en determinadas situaciones de tráfico, ocasionado por las condiciones meteorológicas, el estado de las vías, y que se ve aumentado por las condiciones laborales, con ritmos y horarios de trabajo muy ajustados, el trato diario con los viajeros y el posible riesgo de agresiones, así como por la fatiga física y mental (Sánchez & Forero, 2014).

Los participantes de este estudio tanto los activos como los no activos reconocen las condiciones de trabajo a las que se exponen a diario, sin embargo, al hacer la relación de esas condiciones con la práctica de la AF, el grupo de los activos minimiza los riesgos y destaca los beneficios de la AF en la forma de un dispositivo para incrementar la productividad en su trabajo. Para ellos la AF los renueva, despeja la mente, les provee energía para su desempeño laboral. En este grupo, las exposiciones riesgosas del trabajo no son limitantes sino se convierten en una condición que deben contrarrestar para prevenir lesiones; es importante destacar que para este grupo la falta de tiempo no es una condición que impida el desarrollo de la AF. Estos resultados corresponden con lo encontrado por (Miguel, Schweige, de las Mozas, & Hernández, 2011), en su estudio “efecto del ejercicio físico en la productividad laboral y el bienestar” las personas que participaron en el programa de ejercicio físico y salud presentaron un mayor rendimiento laboral; igualmente (Musich, Hook, Baaner, & Edington, 2006) señalan que una buena condición de salud en el trabajo impacta positivamente en la productividad y disminuyen el ausentismo laboral.

En contraposición a esta idea el grupo de los no activos relaciona la no práctica de la AF con las condiciones del trabajo; las exigencias y las exposiciones riesgosas se convierten

en causa para la no práctica de la AF. Llama la atención que es en el grupo de no activos en el cual emerge desde el primer momento el vínculo con elementos más allá del individuo y su actitud que explican los comportamientos en relación a la AF, por tanto, la referencia al sedentarismo como resultante de la condición de trabajo pone el acento ya no en el individuo y sus decisiones personales sino en una condición del grupo que es ajena a este. Este aspecto será continua y sistemáticamente ratificado por el grupo de no activos. Al respecto, según el estudio “Análisis de las motivaciones de práctica de AF y de abandono deportivo en la Ciudad de La Habana (Cuba)”, uno de los motivos para no haber realizado nunca AF es el salir cansado del trabajo debido a las exigencias del mismo (Ruiz, García, & Díaz, 2007).

En este mismo sentido, del peso de la organización del trabajo y la práctica de la AF, el discurso los operadores no activos referencia momentos de la vida en las que identifican prácticas continuas de AF que les habían ayudado a fomentar una actitud favorable a la misma, pero que desaparecieron con el tiempo por las exigencias de la realización de su rol actual como trabajador. Lo anterior sumado a que este grupo de trabajadores expresan conocer cada efecto favorable de la AF, hacen evidente una actitud favorable a la AF que no se corresponde con una práctica real y que se explica por limitaciones objetivas derivadas de la organización de la tarea que se desarrolla.

En este sentido, Marx afirma que el trabajo en las sociedades capitalistas en vez de ser una expresión de las capacidades humanas, se reduce a un medio para alcanzar un fin y ese fin es equivalente a dinero. Esto significa que en las sociedades capitalistas el trabajo no equivale a actividad ni creatividad: “no se reafirma, sino que se niega, no se siente satisfecho, sino infeliz, no desarrolla libremente su energía mental y física, sino que mortifica su cuerpo y arruina su mente” (Marx, 1867).

Con estos elementos, podríamos afirmar que mientras el grupo activo asume acríticamente la intencionalidad de promover la productividad y de alguna forma la salud para garantizar una mayor productividad, el grupo no activo, resiste esta práctica en tanto no alcance condiciones objetivas de mejora del desarrollo del trabajo. En este sentido, el diseño de programas de promoción de la AF requiere reconocer las condiciones objetivas de organización del trabajo, los discursos y experiencias de los grupos y buscar una acción articulada de los mismos a dichos componentes.

## Conclusiones y recomendaciones

Este trabajo realizó una caracterización de las RS de trabajadores activos y no activos de una empresa de transporte masivo al buscar con ello comprender mejor la presencia de prácticas diferenciadas frente a los programas de actividad física de la empresa.

Una mirada general muestra similitudes en los discursos relacionados con información, creencias y opiniones en relación al vínculo AF salud-enfermedad, cuerpo y bienestar. Sin embargo, la relación AF y trabajo muestra claras diferencias.

La relación AF y salud muestra como núcleo central el vínculo de esta como dispositivo preventivo y de manejo de la enfermedad, para ambos grupos. Se destaca para ambos grupos el reconocimiento de la idea de la responsabilidad que cabe a los individuos frente al desarrollo de la AF y en ese sentido de recibir sus beneficios. Sin embargo, se destaca en el grupo no activo la identificación del sedentarismo como resultado de la actividad laboral así como limitante para el desarrollo de la AF. Esta dimensión de análisis muestra claramente la presencia de un enfoque clásicamente sanitarista con predominio de una mirada biologista y de un gran peso en el plano individual.

En términos de la relación AF y cuerpo y como reflejo de lo anterior, ambos grupos referencian una mirada centrada en la funcionalidad y su vínculo con la productividad, así como con elementos de una lógica dominante de lo estético, que se expresa en el deseo por cuerpos bellos y rasgos físicos definidos como ideales. Así mismo en los discursos se comparte la presencia de una lógica centrada en la “disciplina” o “control del cuerpo” como lo deseado. Sin embargo, en el grupo de los no activos esta referencia de ideal estético es más fuerte, en tanto muchos de ellos han sido definidos como “son sobrepeso”, “gordos” “anormales”, “enfermos” lo que contribuye a incrementar el deseo por el logro del ideal de que se está lejos.

En términos de AF y bienestar se observa una tendencia más clara en el grupo de activos de vínculo de bienestar como calidad de vida en un sentido amplio, que incluye las relaciones interpersonales, familiares y de la vida social, mientras para el grupo de no activos la calidad de vida se define en términos más restringidos vinculados con disminución de malestar y/o enfermedad.

La relación AF y trabajo emergió de forma claramente diferenciada. Así mientras para el grupo activo la AF contribuye a contrarrestar el efecto de condiciones riesgosas del trabajo, para el grupo no activo se hace claramente evidente que el trabajo y su organización no permite el desarrollo de la práctica de AF.

La actitud y la disposición de los operadores es uno de los mayores condicionantes para la práctica de AF, así, identificadas las barreras por las cuales los trabajadores no practican AF, entender las consecuencias objetivas de la no práctica en términos del proceso salud-enfermedad y ser conscientes de las condiciones de trabajo de los operadores, se requiere poner atención y direccionar acciones que fomenten la práctica regular de la AF, desde un enfoque motivacional que replantea perspectivas de abordaje y que incluya elementos organizaciones del trabajo.

Así dentro de los aspectos que se sugiere incorporar en el diseño de programas de promoción de la AF orientados a trabajadores se destacan los siguientes:

1. Concebir la AF más allá de los beneficios preventivos frente a la enfermedad y potenciar este como expresión del movimiento vinculado con la vida y el bienestar, es decir con el reconocimiento propio y en vínculo con otros.
2. Priorizar abordajes que conciban la AF tanto en su dimensión de proceso como de resultado y no solo en función de este último, y menos en sujeción a lógicas exclusivamente de productividad o disminución de ausentismos o ATEP. En este sentido, es claro que se busca este impacto, sin embargo, es posible llegar a él, pero no como punto de referencia central en tanto ignora la complejidad del problema y la propia visión interés de los trabajadores que posiblemente vaya más allá de estas dimensiones.
3. Estructurar propuestas que se ubiquen dentro de contextos específicos, al reconocer en ellos las potencialidades y limitaciones de los mismos, lo que en el plano del trabajo significa reconocer la complejidad de la organización del trabajo, los riesgos derivados en su conjunto, el impacto sobre la salud y el bienestar y las potencialidades y trayecto de vida de los trabajadores, así como las condiciones objetivas y culturales de la vida fuera de los ambientes de trabajo.
4. En este sentido, es necesario pensar el lugar de los programas de AF en la estructura organizacional de los lugares de trabajo. Experiencias previas han

mostrado que los programas insertos en las áreas de bienestar laboral tienen poco peso al interior de la organización.

5. Como resultado de lo anterior, estas propuestas se anclarían en una dimensión más estructurante que supera las limitaciones de un abordaje que priorice los resultados exclusivamente en el compromiso individual de los trabajadores.

6. Construir propuestas que apunten a transformar los imaginarios sociales frente a la AF que prioricen el goce, el disfrute, la articulación social, la vida familiar y comunitaria en lugar de la idea de prácticas disciplinadas, mecanizadas y especializadas como fundamento para la práctica de AF así como una proyección más integral de los beneficios de esta que superen, por ejemplo, la centralidad en la AF y su vínculo con el ideal de belleza por una perspectiva más en el reconocimiento propio y aceptación de la diversidad en lo estético.

Este estudio permitió transformar la visión propia de la autora quien tiene una trayectoria larga de trabajo con grupos de trabajadores, centrada en la promoción de la AF y para quien queda clara la importancia de considerar las RS de los grupos, las cuales deben estudiarse y entenderse desde sus componentes: información, opinión, creencias y actitudes con el fin de conocer los procesos de constitución del pensamiento social, mismo que no es indiferente a la producción de escenarios para un doble propósito: aumentar la productividad y reproducir ideas dominantes que limitan el desarrollo de los trabajadores y su posibilidad de bienestar como autodeterminación y libertad.

## Bibliografía

Abric, J. C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Delval.

Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Mexico: Coyoacán.

Aguilar Zinser, J. V., Irigoyen Camacho, M. E., Ruiz García, R. V., Pérez Ramírez, M., Guzmán Carranza, S., Velázquez Alva, M. C., & Cervantes Valencia, L. M. (2007). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en operadores mexicanos del transporte de pasajeros. *Gaceta Médica de México*(1), 21-25.

Alves de Sena, J. E., Meireles de Pontes, L., Gomes Ferreira, U. M., & Mendonça da Silva, J. (2008). Body composition and relationship whit the level of physical activity of taxi drivers and postmen of Joao Pessoa. *Fit Perf J*, 7(1), 20-5.

American Heart Association. (2007). El sedentarismo (inactividad física). Recuperado el Septiembre de 2016, de American Heart Association: Disponible en: [www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3018677](http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3018677)

Armenta González-Palenzuela, F. (2004). La motivación y adhesión hacia la actividad física y el deporte. *Escuela Abierta*, 7, 137-152.

Backman, A. (Feb de 1983). Health survey of professional drivers. *Scand J Work Environ Health*, 9(1), 30-35.

Battistella, G. ( 2008). Centro de Estudios para el Desarrollo del Sector Salud. Obtenido de Centro de Estudios para el Desarrollo del Sector Salud: <http://148.228.165.6/PES/fhs/Dimension%20Educacion%20para%20la%20salud/Salud%20y%20>

Boltanski, L. (1974). *Puericultura y moral de clase*. Laia.

Boltanski, L. (2004). *As Classes Sociais e o Corpo* (R. Machado A, & M. A. Loyola, Trads.) Sao Pablo: Paz e Terra (3).

Breilh, J. (2014 ). Congreso nacional einternacional de fisioterapia. "Nuevos paradigmas de la fisioterapia en el Ecuador". Determinación social de la capacidad física (subsunción de lo biológico). Ecuador.

Calvo, J., Schweiger Gallo, I., Majano, O., & Hernández López, J. M. (2011). Efecto del ejercicio físico en la productividad laboral y el bienestar. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 589-604.



- Canguilhem, G. (1997). Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, 4(2), 287-307.
- Capdevila Ortís, L., Niñerola i Maymí, J., & Pintanel i Bassets, M. (2004). Motivación y actividad física: el autoinforme de motivos para la práctica de ejercicio físico (AMPEF). *Revista de psicología del Deporte*, 13(1), 55-74.
- Cardona Arias, J. A. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Salud Pública*, 12 (5), 765-776.
- Casas, S. B., & Klijn, T. P. (2006). Promoción de la salud y su entorno laboral saludable. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(1), 136-141.
- Castellanos, L. G., & Flores, P. F. (2007). Representación social del VIH/SIDA en personas que viven y trabajan en dos centros penitenciarios Mexicanos. *Psicología y salud*, 7(1), 33-43.
- Castro-Carvajal, J. A., Patiño-Villada, F. A., Cardona-Rendón, B. M., & Ochoa-Patiño, V. (2008). Aspectos asociados a la actividad física en el tiempo libre en la población adulta de un municipio antioqueño. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 679-90.
- Chaparro Narváez, P. E., & Guerrero, J. (2001). Condiciones de Trabajo y Salud en Conductores de una Empresa de Transporte Público Urbano en Bogotá D.C. *Rev. salud pública*, 3(2), 171 - 187, .
- Collazos Cediell, V., & Rueda Rodriguez, J. (2001). Factores de riesgo cardiovascular en la población de Risaralda. *Catálogo Bibliográfico-Universidad Tecnológica de Pereira*, 119-128.
- Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia. Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.
- Colombia, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (31 de Julio de 2002). DECRETO 1607 DE 2002. Por el cual se modifica la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el Sistema General de Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones. Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. ( 2012). Ley 1562 del 11 de julio de 2012. Bogotá D.C., Colombia.
- D., C. (2003). La geopolítica del cuerpo. *Nómadas: revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, 8, 5.
- de Miguel Calvo, J. M., Schweiger Gallo, I., de las Mozas Majano, O., & Hernández López, J. M. (2011). Efecto del ejercicio físico en la productividad laboral y el bienestar. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 596-604.

- Delgado, J. (2006). Definición y Clasificación de Actividad Física y Salud. . PubliCE Standard.
- Departamento Nacional de Planeación. (2011). Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prosperidad para todos. Bogotá D.C., Colombia: DNP.
- Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 6(3), 273-302.
- Empresa de Transporte Masivo de Pasajeros de la Ciudad de Bogotá. (2015). Programa de vigilancia epidemiologica para el control del riesgo cardiovascular. Bogotá D.C.
- Escobar, S. (2010). Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana: Medellín Colombia. *Salud pública Méx*, 52(1), 46-51.
- Foucault, M. (1994). El "cuerpo" como base del sentido de la acción social. *Reis*, 41-83.
- Foucault, M. (1992). Las relaciones de poder penetran en los cuerpos M. Foucault, *Microfísica del poder*. España: La Piqueta.
- Foucault, M. (1999). *Vigilar y castigar, Nacimiento de la prisión*. Mexico: Siglo XXI.
- Gallego, M. J. (1991). Investigación sobre pensamientos del profesor: aproximaciones al estudio de las teorías y creencias de los profesores. *Revista española de pedagogía*, 189, 287-325.
- García Ferrando, M. (1997). Un estudio sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores. En C. S. Blanch, *Los españoles y el deporte*. Madrid.
- Giddens, A. (2000). *Manual de sociología, ciencias sociales* . España. Alianza Editorial.
- Göbel, M., Springer, J., & Scherff, J. ( Mayo de 1998). Stress and strain of short haul bus drivers: psychophysiology as a design oriented method for analysis. *Ergonomics*, 41(5), 563-580.
- Gould, D., Fletz, Horm, & Weiss. (1982). *Participation motives in competitive youth swimmers*. Ottawa, Canadá: Editorial Mental training for coaches and athletes.
- Groeneveld, P. v. (2006). Factors associated with non-participation and drop-out in a lifestyle intervention for workers with an elevated risk of cardiovascular disease. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1), 1.
- Guanche Garcell, H., Suárez Enríquez, T., Gutiérrez García, F., Martínez Quesada, C., Piñera Crehuet, S. d., García Ternblom, A. E., & Céspedes Lantigua, E. (2003). Factores de riesgo de accidentalidad en conductores profesionales de entidades transportistas. *Rev Cubana Med Gen Integral*, 19(5).
- Hernández Sampieri, C. R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw-Hill.

- Hinestroza Castañeda, J. F. (2009). Riesgo Cardiovascular en Conductores de Servicio Público Intermunicipal 2009. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira.
- IDRD. (2015). Instituto Distrital de Recreación y Deporte. Recuperado el 10 de 09 de 2016, de Programas para la Recreación y el Deporte: <http://www.idrd.gov.co/>
- Iglesias, L. E., & Galvis Marín, Y. (2013). Modelo Predictivo de los Niveles de Sedentarismo en Población de 18 A 60 Años, Medellín 2012. Universidad Autónoma de Manizales, Maestría en Intervención Integral En El Deportista, Manizales.
- Instituto de Seguros Sociales - Corporación Salud y Desarrollo. (1997 ). El bienestar del conductor del transporte público urbano. Santafé de Bogotá D. C.: Libros y libros.
- Instituto Nacional de Salud. (2015). Actividad Física en Colombia Boletín N° 5. Bogotá D.C.: INS.
- Jakobsson, R., Gustavsson, P., & Lundberg, I. (Mar de 1997). Increased risk of lung cancer among male professional drivers in urban but not rural areas of Sweden. *Occup Environ Med*, 54(3), 189-193.
- Jiménez Rodríguez, J. (2015). Actividad física, imagen corporal y condiciones de vida: un abordaje teórico desde los determinantes y la determinación social de la salud. Bogotá, Colombia: Tesis de Maestría, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario.
- Jodelet, D. (1986). *Psicología Social II. La representación social: fenómenos, concepto y teoría.*
- Júnior, E. M., Capela, P., & Breilh, J. (2010). Ensaio Alternativo Latino-Americano de Educação Física. *Esportes e Saúde.*
- Knapp Rodríguez, E., León Hernández, I., Mesa Borroto, M., & Suárez Alemán, M. d. (2003). Representación Social de la Salud Humana. *Revista Cubana de psicología*, 20(2), 153-164.
- M., E. (s.f.). Un proyecto para una escuela con cuerpo y en movimiento. *Ágora para la Educación Física y el Deporte*, 4, 91-110.
- Mantilla Toloza, S. C. (2006). Physical activity in people aged 15 to 49 living in a particular locality in Bogotá, Colombia. *Rev. salud pública [online](Sup 2)*, 69-80.
- Maradiaga Montoya, R. Y. (Febrero-Marzo de 2006). Monografias.com. Recuperado el 14 de Octubre de 2016, de Monografias.com: <http://www.monografias.com/trabajos47/hipertension-arterial-taxistas/hipertension-arterial-taxistas.shtml>
- Marshall, S., & Gyi, D. (Octubre de 2010). Evidence of health risks from occupational sitting: where do we stand? *Am J Prev Med*, 39(4), 389-391.

- Martínez, F. (1988). Aportes a la Discusión sobre el concepto de Salud y Enfermedad. Revista Facultad de Salud Pública, 11.
- Martínez-Baena, A. C. (2012). Factores influyentes en la actividad físico deportiva de adolescentes españoles: opiniones sobre el papel de la escuela. Granada: Universidad de Granada.
- Martínez-López, E., & Saldarriaga-Franco, J. (2008). Inactividad Física y Ausentismo en el Ámbito Laboral. Rev. salud pública, 10(2), 227-238.
- Marx, C. (1867). K. Marx. Das Kapital. Kritik der politischen Oekonomie. Erster Band, Hamburg Ediciones Bandera Roja.
- McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. Health Education Quarterly, 15(4), 351-378.
- Mena-Bejarano, B. (2006). Análisis de Experiencias en la promoción de la Actividad Física. Rev. Salud pública, 8 (Sup. 2), 42-56.
- Mendieta Izquierdo, G. (Enero - Junio de 2014). Percepción de cuerpo e imagen corporal masculina: una revisión narrativa. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología I, 14(1), 17 - 30.
- Michaels, D., & Zoloth, S. (Jun de 1991.). Mortality among urban bus drivers. Int J Epidemiol, 20(2), 399-404.
- Ministerio de Trabajo. (2015). Decreto 1072 de 2015. Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. Bogotá.
- Ministerio de Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2011). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 ENSIN. Bogotá, D.C.: Oficina Asesora de Comunicaciones y Atención al Ciudadano ICBF.
- Molina Achury, N. J. (2013). Reflexiones para el abordaje de la salud, el cuerpo y el movimiento corporal en la escuela. Revista de la Facultad de Medicina, 61(4), 469-476.
- Molina Achury, N. J., & Carmona Moreno, L. D. (2006). Algunos aprendizajes frente a la teoría del Cuerpo y el Movimiento Corporal. Revista de la Facultad de Medicina, 181-194.
- Molina Achury, N. J., Landinez, N., & Prieto, A. (2002). Fisioterapia en la Universidad Nacional de Colombia: Saberes y Prácticas . Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia.
- Molina, N. A. (2002). La enseñanza de la Fisioterapia para el mundo del trabajo. Bogotá Universidad Nacional de Colombia

- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social., 78-102.
- Mora, M. (2002). Las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital, 2, 1-25.
- Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires : Huemul.
- Moscovici, S. (1986). Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Psicología social II. Barcelona: Paidós.
- Moscovici, S., Lage, E., & Naffrechoux, M. (1969). Influence of a consistent minority on the responses of a majority in a color perception task. Sociometry, 365-380.
- Mugny, G., & Carugati, F. (1985). L' intelligence au pluriel: les représentations sociales de l' intelligence et de son développement. Cousset: DelVal.
- Musich, S., Hook, D., Baaner, S., & Edington, D. W. (2006). The association of two productivity measures with health risks and medical conditions in an Australian employee population. PubMed, 20(5), 353-363.
- Niñerola i Maymí, J., Capdevila Ortís, L., & Pintanel Bassets, M. (2006). Barreras percibidas y actividad física:El autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. Revista de Psicología del Deporte, 15(1), 53-69.
- Olds, T., Wake, M., Patton, G., Ridley, K., Waters, E., Williams, J., & Hesketh, K. (Jan de 2009). How do school-day activity patterns differ with age and gender across adolescence? J Adolesc Health, 44(1), 64-72.
- Olivares C., S., Lera M, L., & Bustos Z, N. (Marzo de 2008). Etapas del Cambio, Beneficios y Barreras en Actividad Física y Consumo de Frutas y Verduras en Estudiantes Universitarios en Santiago de Chile. Revista Chilena de Nutrición, 35(1), 25-35.
- OMS . (2010). Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Suiza: Ediciones de la OMS .
- OMS. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra: Ediciones OMS.
- OMS. (2016). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Actividad física: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>
- OPS. (2002). La Inactividad física: Un factor de riesgo para la salud en las Américas. Programa de Alimentación y nutrición. Organización Panamericana de la Salud / División de promoción y protección de la salud.

- Pate, R., Blair, S., Durstine, J., Eddy, D. L., Hanson, P., Painter, P., & Wolfe, L. A. (1991). Guidelines for exercise testing and prescription. *Lea & Febinger*, 70-72.
- Paredes Arcila, C., Montoya Torres, A., Vélez Vásquez, A., & Álvarez, J. (2009). Actitudes hacia la actividad física relacionada con la salud desde la perspectiva del proceso y del resultado en los usuarios de los gimnasios de Empresas Públicas de Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Physical Activity and Public Health. (2007). Updated Recommendation for Adults From American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(108), 1-93.
- Prieto A, N. S. (2005). El cuerpo, en el campo de estudio de la fisioterapia. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 53(2), 57-71.
- Prieto Rodríguez, A., & Agudelo Calderon, C. A. (2006). Enfoque Multinivel para el Diagnóstico de la Actividad Física en Tres Regiones de Colombia. *Rev. Salud pública.*, 8(2), 57-68.
- Prieto Rodríguez, A., Naranjo Polanía, S. P., & Garcia Sanchez, L. V. (2005). *Cuerpo Movimiento: Perspectivas*. Centro editorial Universidad del Rosario.
- Proper, K. I., Hildebrandt, V. H., Van der Beek, A. J., Twisk, J. W., & Van Mechelen, W. (2003). Effect of individual counseling on physical activity fitness and health: a randomized controlled trial in a workplace setting. *American journal of preventive medicine*, 24(3), 218-226.
- Proper, K. I., Koning, M., Van der Beek, A. J., Hilderbrant, V. H., Bosscher, R. J., & van Mechelen, W. (2003). The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical journal of sport medicine*, 13(2), 106-117.
- Proper, K. I., Staal, B. J., Hildebrandt, V. H., Van der Beek, A. J., & Van Mechelen, W. (2002). Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 75-84.
- Rangel Esquivel, J. M. (2011). Representaciones Sociales del Proceso Salud/Enfermedad/ Atención de Participantes en Programas Sociales de Salud Pública. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 11, 28-56.
- Republica de Colombia Diario Oficial. (2009). Ley 1355 de 2009. Ley 1355 de 2009, I S S N 0122-2112. Bogotá D.C , Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- Robledo Martínez, R. (2006). Características Socioculturales de la Actividad Física en Tres Regiones de Colombia. *Rev. Salud pública*, 8(2), 13-27.

- Rodriguez Fernandez, A., Zarco Martin, V., & Ardid Muñoz, C. (1993). Copmadrid Publicaciones .  
Obtenido de Copmadrid Publicaciones :  
[http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol3/arti2.htm#\\_Hlk421785706](http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol3/arti2.htm#_Hlk421785706)
- Rokeach, M. (1968). Beliefs, attitudes and values: A theory of organization and change. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ruiz Juan, F., Garcia Montes, M. E., & Díaz, S. A. (Junio de 2007). Análisis de las motivaciones de práctica de actividad física y de abandono deportivo en la Ciudad de la Habana (Cuba). *Anales de Psicología*, 23(1), 152-166.
- Salgado Lévano, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13 n.13 Lima 2007(13).
- Sánchez García, M. J., & Forero Henao, S. (2014). Estudio de las Condiciones de Trabajo de los Conductores de Vehículos de Carga en Colombia para proponer mejoras en los puestos de Trabajo. Bogotá D.C : Pontificia Universidad Javeriana .
- Sánchez Villegas, A., Madrigal, H., Martinez Gonzalez, M. A., Kearney, J., Gibney, M. J., de Irala, J., & Martinez, J. A. (Abril de 2001). Perception of body image as indicator of weight status in the European union. *PubMed*, 14(2), 93-102.
- Sandoval Casilimas, C. A. (1996). Investigación Cualitativa. Bogotá D.C.: Arfo Editores e Impresores Ltda.
- Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte. (2013). Encuesta Bienal de Culturas 2013. Bogotá D.C.: Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte.
- Secretaría Distrital de Cultura, R. y. (2009). Bogotá más Activa. Política Pública de Deporte, Recreación y Actividad Física para Bogotá 2009-2019. Bogotá, Colombia : Panamericana Formas e Impresos S.A.
- Sena, P. F. (2008). Body composition and relationship whit the level of physical activity of taxi drivers and postmen of Joao Pessoa. *Fit Perf J*, 7(1), 20-5.
- Umaña, A. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuadernos de ciencias sociales*, 127.
- UNESCO. (1978). Carta internacional de la Educación Física, la Actividad Física y el Deporte. Unesco.
- Varela, M., Duarte, C., Salazar, M., Lema, L., & Tamayo, J. (2011). Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. *Colombia Médica*, 42, 269-77.

- Vera, H. (2002). Representaciones y clasificaciones colectivas. La teoría sociológica del conocimiento de Durkheim. *Sociológica*, 103-121.
- Verweij, Coffeng, Mechelene, & Proper. (2011). Meta- analyses of workplace physical activity and dietary behaviour interventions on weight outcomes. *Obesity Reviews*, 12(6), 406-429.
- Vidarte-Claros, J. A., Vélez-Álvarez, C., & Parra-Sánchez, J. H. (2012). Niveles de sedentarismo en población de 18 a 60 años. Manizales, Colombia. *Rev. salud pública*, 14(3), 417-428,.
- Wiesner Ceballos, C., Vejarano, V. M., Caicedo Mera, J. C., Tovar Murillo, S. L., & Cendales, D. R. (2006). La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia, representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Salud Pública*, 8(3), 185-196.
- Winkleby, M., Ragland, D., & Syme, S. (1988). Self-reported stressors and hypertension: evidence of an inverse association. *Am J Epidemiol*, 127(1), 124-34.



# Anexos

## Anexo 1. Entrevista Semiestructurada

Representaciones Sociales de la actividad física en los operadores de Transmilenio de la empresa Ciudad Móvil: recomendaciones de un programa de actividad física en transportadores.

La entrevista se desarrollará de acuerdo a las 4 categorías de las representaciones sociales dentro de las cuales se tendrán en cuenta las unidades de actividad física, salud-enfermedad, cuerpo, bienestar y trabajo.

### 1. Conocimiento:

- ¿Para usted que es Actividad Física?
- ¿Usted sabe si la actividad física tiene algún efecto en la salud de las personas?
- ¿Usted conoce los beneficios de la actividad física?
- ¿Desde su conocimiento cuales son los resultados de la actividad física en el cuerpo?
- ¿Qué aspectos generan bienestar en la vida de las personas?
- ¿Considera usted que la actividad física es importante para su trabajo?

### 2. Actitud:

- ¿Usted realiza actividad física?
- Si la respuesta es afirmativa: ¿Dónde la realiza? ¿Cuándo la realiza? ¿Porque la realiza?
- Si la respuesta es negativa: ¿Por qué no la realiza?
- ¿Qué le facilita hacer actividad física? ¿Que no le facilita hacer actividad física?

- ¿A observado algún cambio en su cuerpo al realiza actividad física?
- ¿Cómo se siente en su trabajo cuando hace actividad física? ¿Cómo se siente cuando no realiza actividad física?

### **3. Creencia:**

- ¿Hay personas con limitaciones para hacer actividad física?
- ¿Es necesario hacer actividad física para estar sano? ¿Porque lo es o porque no los es?
- ¿La actividad física puede generar daños en el cuerpo de las personas? ¿Qué tipo de daño?
- ¿Existe relación entre la alimentación y la actividad física?
- ¿Hacer o no hacer actividad física influye en su trabajo? ¿De qué manera?

### **4. Opinión:**

- ¿Cómo usted se valora en relación a la práctica de actividad física? (activo, muy activo o sedentario)
- ¿Cómo considera su estado de salud?
- ¿Cómo valora su cuerpo? ¿Qué parte le gusta? ¿Qué parte no le gusta de su cuerpo? ¿Quisiera cambiarla?
- ¿La actividad física contribuye para este cambio?
- ¿En su lugar de trabajo se favorece o no la práctica de actividad física?
- ¿En su opinión para incrementar la actividad física que requiere?
- ¿En su opinión que necesita para incrementar la actividad física?

## Anexo 2. Consentimiento informado

### Formulario de consentimiento entrevista individual

**Proyecto: Representaciones sociales frente a la actividad física de los operadores de Transmilenio de la empresa Ciudad Móvil.**

<b>Nombre del Participante</b>	
<b>Número Identificación del participante</b>	<b>Número del teléfono</b>

Este documento de consentimiento puede contener palabras que Usted no entienda. Por favor pida al investigador que le explique cualquier cosa que no entienda.

Se le ha solicitado que participe en el estudio, ***“Representaciones sociales frente a la actividad física en trabajadores de una empresa de transporte masivo de la ciudad de Bogotá”***, dirigido por la Universidad Nacional de Colombia.

#### 1. ¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE ESTUDIO?

El propósito de la investigación es originar nuevo conocimiento sobre las representaciones sociales frente a la actividad física que tienen los operadores de Transmilenio de la empresa Ciudad Móvil a partir de su experiencia personal. Sus opiniones, experiencias y vivencias nos ayudarán a comprender y caracterizar los componentes de actitud, creencia, opiniones y conocimientos de las representaciones sociales que cada uno tiene frente a la actividad física.

#### 2. ¿QUÉ SE ME VA A PEDIR HACER?

Si decide participar, se le realizará una entrevista semi estructurada sobre sus experiencias, vivencias y opiniones en relación con la actividad física. La duración de la entrevista será de aproximadamente una hora.

El investigador grabará la entrevista. Puede solicitar que se detenga la grabación o retirarse del estudio en cualquier momento. En la grabación no se registrará su nombre, solo se utilizará un código.

### **3. ¿QUÉ RIESGOS HAY?**

No hay ningún riesgo por participar en este estudio. Si alguna pregunta de la entrevista le hiciera sentir incómodo, no tiene por qué contestar si no lo desea.

### **4. ¿HAY BENEFICIOS DE ESTAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN?**

Aunque no reciba ningún beneficio directo, esperamos que la sociedad pueda beneficiarse con los resultados de la investigación.

### **5. ¿QUÉ OTRAS OPCIONES HAY?**

Es libre de decidir si participar o no en el estudio

### **6. ¿SE MANTENDRÁ MI INFORMACIÓN PRIVADA?**

Los resultados del estudio serán publicados, pero su nombre o identidad no será revelada y su información se mantendrá privada, al igual que la de la institución en caso de pertenecer a alguna de ellas. Con el fin de proteger su información, el investigador; (Ingrid Paola Ramírez Fandiño) mantendrán protegido su registro. Sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a la información. Y en ningún caso, se incluirán nombres, direcciones u otra información identificativa.

Para mayor información podrá comunicarse con **Nancy Janeth Molina Achury**, en la Carrera 30 No. 45-03 Edificio 471(Facultad de Medicina) Oficina 519- 520. Universidad Nacional de Colombia. Teléfono: 3165000 Ext. 15063, 15089

### **7. CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO**

Cualquier pregunta que tenga con relación al estudio o su participación, antes o después de su consentimiento, será contestada por el investigador.

Este formulario explica la naturaleza, demandas, beneficios y cualquier riesgo del proyecto. Su participación es voluntaria y puede elegir no participar sin ninguna sanción o pérdida de beneficio.

Firmando este formulario de consentimiento, no está renunciando a sus derechos legales de reclamación

Se le entregará una copia de este formulario

Su firma más abajo indica que consiente en participar en el estudio citado más arriba.

\_\_\_\_\_

Firma de la persona participante	Nombre Impreso	Fecha
----------------------------------	----------------	-------

## **8. DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR**

"Certifico que he explicado al individuo citado más arriba la naturaleza y propósito, los beneficios potenciales y posibles riesgos asociados con la participación en este estudio de investigación, he contestado todas las preguntas que han surgido, y he sido testigo de la firma. He proporcionado (ofrecido) al sujeto/participante una copia de este documento firmado".

\_\_\_\_\_

Firma del Investigador

Fecha: \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Descripción Operadores

Grupo Activo	Descripción
G1. 1	<p>Hombre de 47 años de edad quien trabaja como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 6 años y fue promovido a operador líder; dentro de sus funciones esta realizar tabla de operación la cual consiste en operar un bus articulado por las diferentes troncales de la Ciudad, este turno no suma más de 8 horas programadas de operación las cuales pueden ser en horas de la mañana o la tarde, el turno puede empezar en cualquiera de los portales, estaciones cabecera del sistema o en la empresa cuando deben sacar bus para iniciar servicio, dentro del turno tiene un descanso programado de 1 a 2 horas en donde la programación se lo indique, como operador líder tiene dos turnos rotativos de 8 horas en el turno de la mañana 6:00 a.m a 2:00 p.m o de 2:00 p.m. y dentro de sus funciones esta realizar auditorías en la vía. Tiene escolaridad hasta el grado 11(bachiller), además ha realizado seminarios y cursos relacionados en transporte, seguridad vial y manejo de grupo los cuales han sido otorgados por la empresa, cuanta con una asignación salarial de \$ 1.534.000 mensuales, vive en la localidad de Suba en un apartamento que es de propiedad conyugal, lo habita con la esposa y tres hijas, su esposa y dos de sus hijas trabajan, los ingresos mensuales sumados los de su esposa y propios superan los \$2.300.000.Realiza la actividad física desde hace 7 años (atletismo y ciclismo) con una regularidad de 4 a 5 veces por semana de 2 a 3 horas cada día y lo hace en los horarios contrarios a su jornada laboral, por lo general participa en todas las actividades deportivas programadas por la empresa.</p>

--	--

G1.2	<p>Hombre de 34 años de edad quien se desempeña como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 4 años, dentro de sus funciones esta conducir bus articulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 8, puede iniciar y terminar su tabla de trabajo en cualquier portal o estación cabecera del sistema; este operador no cuenta con horario fijo, semanalmente se realiza el cambio horario el cual se puede establecer de la siguiente manera: en la mañana puede empezar desde la hora de apertura de la operación que es a las 3:50 a.m o terminar el cierre que sería a las 23:30, los descansos están programados dentro de la tabla de trabajo los cuales se pueden tomar en los diferentes portales y pueden llegar a perderse por las manifestaciones, accidentes o varados en la vía. Tiene escolaridad hasta 11 de bachillerato. Cuenta con una asignación salarial \$1.275.000 mensuales, su lugar de residencia es en el municipio de Chía y vive en la casa de sus padres con su hija de 7 años, en este momento se encuentra soltero y es padre cabeza de hogar. Realiza actividad física de 4 a 5 veces por semana, 2 horas cada vez en el gimnasio de la empresa y lleva más de 2 años realizando la actividad de manera continua, por lo general realiza ejercicio cardiovascular en la elíptica, bicicleta o trotadora y después realiza trabajo específico de uno o dos grupos musculares.</p>
G1.3	<p>Hombre de 38 años de edad quien se desempeña como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 6 años, dentro de sus funciones esta conducir bus articulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 8, cuenta con un horario fijo en la mañana que por lo general inicia operación e a las 3:50 a.m hasta las 13:00, los descansos están programados dentro de la tabla de trabajo los cuales se pueden tomar en los diferentes portales y pueden llegar a perderse por las manifestaciones, accidentes o varados en la vía. Cuenta con el turno fijo porque en las tardes se está formando como entrenador personal. Tiene escolaridad hasta 11 de bachillerato. Cuenta con una asignación salarial de \$ 1.275.000 mensuales, vive en la</p>

	<p>localidad de suba en el barrio Mirandela en un apartamento en arriendo con su esposa y dos hijos, los ingresos mensuales de su núcleo familiar superan los \$2.100.000. La actividad física la realiza en horas de la tarde mínimo 4 veces a la semana en un tiempo de 1 hora, la actividad la realiza en la casa, parque o gimnasio de la empresa. Cuando realiza la actividad física en la casa o parque la realiza junto a sus hijos.</p>
G1.4	<p>Hombre de 44 años de edad quien se desempeña como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 12 años, el cual fue promovido a operador de bus biarticulado en los últimos 6 meses, dentro de sus funciones esta conducir bus articulado y biarticulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 8, puede iniciar y terminar su tabla de trabajo en cualquier portal o estación cabecera del sistema; este operador no cuenta con horario fijo, semanalmente se realiza el cambio horario el cual se puede establecer de la siguiente manera: en la mañana puede empezar desde la hora de apertura de la operación que es a las 3:50 a.m o terminar el cierre que sería a las 23:30, los descansos están programados dentro de la tabla de trabajo los cuales se pueden tomar en los diferentes portales y pueden llegar a perderse por las manifestaciones, accidentes o varados en la vía. Su escolaridad es hasta el grado 11, (bachiller), su asignación salarial es de \$1.437.000 mensuales, vive en la localidad de Kennedy en barrio Patio bonito en una apartamento en el cual paga arriendo y comparte con sus dos hijos, en este momento se encuentra separado y es padre cabeza de familia, Realiza actividad física en el gimnasio de la empresa de 4 a 5 veces por semana 2 horas cada vez aunque no siempre termina o tiene el descanso en Ciudad Móvil, lleva más de 7 años realizando la actividad de manera continua, además participa en 3 o 4 carreras de atletismo en el año, esto depende de las carreras que sean patrocinadas por la empresa, el fin de semana que cuenta con descanso realiza la actividad física junto a sus hijos en el gimnasio del barrio en el cual vive.</p>
G1.5	<p>Hombre de 43 años de edad quien se desempeña como operador de bus</p>



	<p>articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 3 años, dentro de sus funciones esta conducir bus articulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 4 a 6 porque cuenta con horario fijo que se denomina tabla partida la cual realiza la primera parte del trabajo en horas de la mañana y la segunda parte en horas de la tarde, en el intermedio cuenta con un tiempo de descanso entre 7 y 8 horas, el cual utiliza para realizar sus diligencias personales, realizar actividad física y descansar. Tiene escolaridad hasta 11 de bachillerato. Tiene una asignación salarial de \$1.275.000 mensual más una bonificación que recibe mensualmente por trabajar en horario partido, este bono es variable de acuerdo a las horas trabajadas, pero por lo general es de \$170.000, vive en la localidad de Usme con su esposa y tres hijos en la casa de la Mamá, debido a una alteración congénita en el hijo menor su esposa no labora y es ama de casa. Realiza actividad física en el gimnasio de la empresa de 4 a 5 veces por semana 2 a 3 horas cada vez, lleva más de 3 años realizando la actividad de manera continua, aunque anteriormente realizaba actividad física pero la tuvo que interrumpir por su trabajo en carretera como transportador de carga pesada (mula).</p>
G1.6	<p>Hombre de 45 años de edad quien se desempeña como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 6 años, dentro de sus funciones esta conducir bus articulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 4 a 6 porque cuenta con horario fijo que se denomina tabla partida la cual realiza la primera parte del trabajo en horas de la mañana y la segunda parte en horas de la tarde, en el intermedio cuenta con un tiempo de descanso entre 7 y 8 horas, el cual utiliza para realizar sus diligencias personales, realizar actividad física y descansar. Tiene escolaridad hasta 11 de bachillerato. Tiene una asignación salarial de \$1.275.000 mensual más una bonificación que recibe mensualmente por trabajar en horario partido, este bono es variable de acuerdo a las horas trabajadas pero por lo</p>

	<p>general es de \$170.000, vive con su esposa e hijo en la casa de sus padres en la localidad de Tunjuelito. Realiza actividad física de 3 a 4 veces por semana 2 a 3 horas cada vez, por lo general realiza ciclismo en el velódromo del parque el tunal y sale a realizar ruta los fines de semana lleva más de 20 años realizando ciclismo, habitualmente realiza circuitos y carrera 2 a 3 veces en el año, según las programadas por la empresa.</p>
G1.7	<p>Hombre de 32 años de edad quien se desempeña como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 1 año 8 meses, dentro de sus funciones esta conducir bus articulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 8, puede iniciar y terminar su tabla de trabajo en cualquier portal o estación cabecera del sistema; este operador no cuenta con horario fijo, semanalmente se realiza el cambio horario el cual se puede establecer de la siguiente manera: en la mañana puede empezar desde la hora de apertura de la operación que es a las 3:50 a.m o terminar el cierre que sería a las 23:30, los descansos están programados dentro de la tabla de trabajo los cuales se pueden tomar en los diferentes portales y pueden llegar a perderse por las manifestaciones, accidentes o varados en la vía. Tiene escolaridad hasta 11 de bachillerato. Tiene una asignación salarial de \$1.275.000 mensuales, vive con su esposa e hijo en vivienda familiar en la localidad de Bosa. Realiza actividad física en el gimnasio de la empresa de 3 a 4 veces por semana 2 horas cada vez, además sale a montar bicicleta los fines de semana en la sabana de Bogotá, lleva realizando actividad física por más de 8 años de manera consecutiva.</p>
G1.8	<p>Hombre de 40 años de edad quien se desempeña como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 5 años, dentro de sus funciones esta conducir bus articulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 4 a 6 porque cuenta con horario fijo que se denomina tabla partida la cual realiza la primera parte del trabajo en horas de la mañana y la segunda parte en horas de la tarde, en el intermedio cuenta con un tiempo de descanso</p>

	<p>entre 7 y 8 horas, el cual utiliza para realizar sus diligencias personales, estudiar un técnico en transporte en el SENA, realizar actividad física y descansar. Tiene una asignación salarial de \$1.275.000 mensual más una bonificación que recibe mensualmente por trabajar en horario partido, este bono es variable de acuerdo a las horas trabajadas pero por lo general es de \$170.000, vive en la localidad de Bosa en la vivienda de sus padres, se encuentra separado, pero debe dar una cuota para la manutención de sus hijos, los cuales viven con la mamá. Realiza actividad física de 3 a 4 veces por semana 1 a 2 horas cada vez en el parque cercano a la casa y cuando tiene la oportunidad en el gimnasio de la empresa, lleva más de 2 años realizando actividad física.</p>
G1.9	<p>Hombre de 55 años de edad quien se desempeña como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 2 años y medio, el cual tiene una restricción del tiempo de conducción el cual no puede ser superior a 4 horas continuas debido a un problema de columna lumbar, esta restricción está dada en los últimos 12 meses; dentro de sus funciones esta conducir bus articulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 8las cuales se reparten en dos turnos, cada uno de 4 horas o menos y entre estos tiene un descanso de 1 hora aproximadamente, puede iniciar y terminar su tabla de trabajo en cualquier portal o estación cabecera del sistema; este operador no cuenta con horario fijo, lo que significa que semanalmente se realiza el cambio horario el cual se puede establecer de la siguiente manera: en la mañana puede empezar desde la hora de apertura de la operación que es a las 3:50 a.m o terminar el cierre que sería a las 23:30, . Su escolaridad es hasta el grado 11, (bachiller), su asignación salarial es de \$1.275.000 mensuales, vive en el barrio Villas de Madrigal con su esposa y dos hijos. Realiza actividad física en el parque cerca a la casa de 3 a 4 veces por semana 1 hora, esta actividad la lleva realizando de manera continua en los últimos 7 meses.</p>

**NO ACTIVO**

G2.1	<p>Hombre de 48 años de edad quien se desempeña como operador de bus biarticulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 8 años, dentro de sus funciones esta conducir bus biarticulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 8, no cuenta con un horario fijo lo hace que su turno rote semanalmente entre la jornada mañana y tarde, por lo general el turno de la mañana para la apertura de la operación da inicio a las 3:50 a.m y el de cierre hasta 23:30, los descansos están programados dentro de la tabla de trabajo los cuales se pueden tomar en los diferentes portales y pueden llegar a perderse por las manifestaciones, accidentes o varados en la vía. Tiene escolaridad hasta 11 de bachillerato. Tiene una asignación salarial mensual de \$ 1.437.000, vive en la localidad de Tunjuelito en casa propia la cual ya termino de pagar, vive con su esposa quien es ama de casa y sus dos hijos. Relata que fue muy activo y realizaba actividad física cuando se encontraba en el ejército y el continuo durante los tres años siguientes, además muy esporádicamente realiza actividad física en su casa en una bicicleta estática que tiene. Por un problema de obesidad mórbida meses atrás tuvo que realizarse la cirugía bariátrica con la cual lleva una pérdida de más de 30 kilos.</p>
G2.2	<p>Hombre de 38 años de edad quien se desempeña como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 6 años, dentro de sus funciones esta conducir bus articulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 8, la programación con la que labora tiene una consideración especial por una restricción medica dada por el médico ocupacional que restringe la operación por más de 4 horas continuas asociado a nefrectomía del riñón izquierdo y obesidad grado II, no cuenta con un horario fijo sino rotativo semanalmente, el cual puede iniciar a las 3:50 a.m con la apertura de la operación, o el turno de la tarde que puede</p>

	<p>terminar a cierre de la operación a las 23:30, los descansos están programados dentro de la tabla de trabajo los cuales se pueden tomar en los diferentes portales y pueden llegar a perderse por las manifestaciones, accidentes o varados en la vía. Tiene escolaridad hasta 11 de bachillerato. Cuenta con una asignación salarial de \$1.275.000 mensuales, vive con su esposa, suegro e hijo en la casa que fue heredada a su esposa, se encuentra ubicado en la localidad de Tunjuelito, los ingresos familiares son de \$2.100.000 aproximadamente. Manifiesta haber realizado actividad física en su juventud, ocasionalmente sale a montar bicicleta con su hijo y esposa.</p>
G3.3	<p>Hombre de 31 años de edad quien se desempeña como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 4 años, dentro de sus funciones esta conducir bus articulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 8, en este momento se encuentra trabajando en el turno de la noche en el patio de Bosa en el alistamiento de los buses, el cual da inicio a las 8 p.m y termina a las 4:00 a.m. Tiene escolaridad hasta 11 de bachillerato. Cuenta con una asignación salarial de \$ 1.275.000 más los recargos nocturnos cuando se encuentra en el turno noche para el alistamiento de la flota, vive en la casa de su suegra con su esposa y tres hijas la cual se encuentra ubicada en la localidad de Ciudad Bolívar, los ingresos familiares están alrededor de \$2.000.000, refiere haber realizado actividad física cuando era más joven y afirma que cuando se siente enfermo busca la forma de volver a realizar la actividad así sea en un tiempo corto de dos a tres veces a la semana.</p>
G2.4	<p>Hombre de 55 años de edad quien se desempeña como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 6 años, dentro de sus funciones esta conducir bus articulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida ,las horas máximas de conducción por día son 4 a 6 porque cuenta con horario fijo que se denomina tabla partida</p>

	<p>la cual realiza la primera parte del trabajo en horas de la mañana y la segunda parte en horas de la tarde, en el intermedio cuenta con un tiempo de descanso entre 7 y 8 horas, el cual utiliza para realizar sus diligencias personales y descansar. Tiene escolaridad hasta 11 de bachillerato. Tiene una asignación salarial de \$1.275.000 más una bonificación que recibe mensualmente por trabajar en horario partido, este bono es variable de acuerdo a las horas trabajadas pero por lo general es de \$170.000, vive en la localidad de Tunjuelito en la casa de su suegra con su esposa y dos hijos, la esposa se dedica al cuidado de la casa y la mamá. Refiere realizar actividad física muy esporádicamente.</p>
G2.5	<p>Hombre de 60 años de edad quien se desempeña como operador de bus biarticulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 9 años, dentro de sus funciones esta conducir bus biarticulado para el transporte masivo de pasajeros el cual realiza en la Ciudad de Bogotá según la programación establecida, las horas máximas de conducción por día son 8, no cuenta con un horario fijo, puede iniciar la operación en la mañana a las 3:50 a.m o en el turno de la tarde con el cierre de la operación hasta las 23:30, los descansos están programados dentro de la tabla de trabajo los cuales se pueden tomar en los diferentes portales y pueden llegar a perderse por las manifestaciones, accidentes o varados en la vía. Tiene una escolaridad hasta 11 (bachillerato). Cuenta con una asignación salarial de \$1.437.000 mensual, vive en la localidad de Fontibón en un arriendo con su hija menor, su estado civil es viudo. Refiere haber realizado actividad física algunos meses atrás en el gimnasio de la empresa.</p>
G2.6	<p>Hombre de 39 años de edad quien trabaja como operador de bus articulado en la empresa Ciudad Móvil desde hace 6 años y fue promovido a operador líder; dentro de sus funciones esta realizar tabla de operación la cual consiste en operar un bus articulado por las diferentes troncales de la Ciudad, este turno no suma más de 8 horas programadas de operación las cuales pueden ser en horas de la</p>

	<p>mañana o la tarde, el turno puede empezar en cualquiera de los portales, estaciones cabecera del sistema o en la empresa cuando deben sacar bus para iniciar servicio, dentro del turno tiene un descanso programado de 1 a 2 horas en donde la programación se lo indique, como operador líder tiene un turno administrativo de 7:30 a 16:30 con una hora de almuerzo en el cual debe desarrollar diferentes funciones desde el escritorio, terminada la jornada laboral adelanta actividades académicas en la carrera de contaduría. Tiene una asignación salarial de \$1.534.000 mensual, vive con su esposa y dos hijas en vivienda familiar en el municipio de Chía, los ingresos familiares son alrededor de \$2.200.000.No realiza actividad física.</p>
--	--

#### Anexo 4. Recursos y gastos

Recursos		Valor unitario	Cantidad	Total	Gastos asumidos por
<b>1. Bibliografía</b>					
a) Textos.					
b) Fotocopias.		\$ 100	10	\$ 1.000	Empresa
c) Internet.		\$ 500	240	\$ 120.000	Empresa
e) Otros.		\$ 25.000	3	\$ 75.000	Investigadora
<b>2. Trabajo de campo</b>					
a) Hojas de papel		\$ 25	200	\$ 5.000	Empresa
b) esferos y marcadores		\$ 1.000	5	\$ 5.000	Investigadora
c) Impresiones		\$ 200	100	\$ 20.000	Empresa
d) Grabadora De voz		\$ 200.000	1	\$ 200.000	Investigadora
e) Instalaciones		\$50.000	7	\$350.000	Empresa
<b>3. Viajes y viáticos</b>					
a) Pasajes.		\$ 5.000	7	\$ 35.000	Investigadora
<b>4. Análisis y manejo de la información</b>					
a) Computador.		\$ 1.200.000	1	\$ 1.200.000	Investigadora
b) Programa Atlas ti		\$150.000	1	\$150.000	Investigadora
<b>6. Recurso humano</b>					
a) Docente Directora		\$ 30.000	32	\$ 960.000	Universidad
b) Estudiante		\$ 18.000	420	\$ 7.560.000	Investigadora
c) Participantes		\$5.000	42	\$ 210.000	Empresa
			<b>Total</b>	\$10.891.000	