







## Trabajo Fin de Máster

Barreras percibidas hacia la práctica de actividad física:  
un estudio de caso instrumental en poblaciones  
desfavorecidas

Perceived barriers in the practise of the physical activity:  
an instrumental case study in disadvantaged population

Autor

María Sanz Remacha

Director

Luis García González

FACULTAD DE EDUCACIÓN

2016-2017

## Índice

Resumen .....	5
1. Introducción .....	7
1.1. Contexto del estudio .....	7
1.2. Motivación personal y justificación del estudio .....	7
2. Fundamentación teórica .....	9
2.1. Problemática actual.....	9
2.2. Revisión de la literatura .....	10
2.3. Propósito de investigación .....	13
3. Procedimiento metodológico .....	15
3.1. Participantes .....	15
3.2. Diseño .....	15
3.2.1. Marco epistemológico .....	15
3.2.2. Diseño metodológico.....	16
3.3. Acceso al campo de estudio y recolección de los datos.....	17
3.3.1. Acceso al campo de estudio .....	17
3.3.2. Recolección de los datos.....	18
3.4. Veracidad de los datos obtenidos .....	21
3.5. Análisis e interpretación de los datos .....	23
3.5.1. Análisis de los datos .....	23
3.5.2. Interpretación de los datos .....	27
4. Discusión .....	35
5. Conclusiones .....	41
6. Limitaciones y prospectivas .....	43
6.1. Limitaciones .....	43
6.2. Prospectivas.....	43
7. Referencias .....	45
ANEXOS .....	51

## **Resumen**

El sedentarismo y la inactividad física es una de las problemáticas actuales en la sociedad, estando más acentuado en las poblaciones desfavorecidas. El caso analizado en el presente estudio está formado por 11 informantes del barrio del Perpetuo Socorro (Huesca) pertenecientes a poblaciones desfavorecidas, 5 de ellas de etnia gitana. A partir de las preguntas de investigación se concreta el objetivo del estudio: analizar e interpretar las barreras percibidas por las mujeres pertenecientes a una población desfavorecida a la hora de practicar AF en su vida cotidiana. Se recogieron los datos a través de entrevistas, grupos de discusión y diario de campo, se transcribieron y se analizaron los datos mediante el software NVivo. Los resultados del estudio mostraron que las participantes perciben numerosas barreras a la hora de practicar actividad física, agrupadas en tres categorías principales: sociales, ambientales y personales. Entre todas, la barrera familiar fue la común y más habitual, además de las económicas, de enfermedad, las características psicológicas y la percepción del entorno percibidas. Se encuentran diferencias entre dos subgrupos del caso, las barreras culturales, de limitaciones físicas, de ausencia de compañía y de climatología sólo percibidas por el subgrupo de etnia gitana y, las barreras laborales únicamente percibidas por las no pertenecientes a la etnia gitana. Por tanto, será necesario implementar en el futuro programas eficaces adaptados a evitar o eliminar dichas barreras para conseguir un aumento de práctica de actividad física en este colectivo.

Palabras clave: población con bajos ingresos, ejercicio físico, barreras, gitano, metodología cualitativa.

## Abstract

Sedentarism and physical inactivity are current problems in the society that affects more disadvantaged population. The present research is a case study formed by 11 subjects who live in Perpetuo Socorro neighborhood (Huesca). They are disadvantaged population, 5 of them are gypsies. The aim of is: analizing and interpreting Data were collected by interviews, focus groups and field diary, they were transcribed and analysed with software NVivo. The results of the research demostrated that the participants perceived several barriers when they start to practise physical activity, which were grouped in three categories: socials, environmental and personal. The familiar barrier was common in all the cases, futhermore economic barriers, issues, psychological barriers and perception of the environment. There are differences between subgroups: cultural barriers, physical limitations, lack of company and climatology were perceived by the gypsy culture; the another subgroup only perceived laboral barriers. To sum up, it will be necessary to implement effective programme in the future which should be avoid barriers to get an increase of the practise of physical activity in this collective.

Key words: low income population, physical exercise, barriers, gypsy, qualitative methodology

## INTRODUCCIÓN

### 1. Introducción

#### 1.1. Contexto del estudio

El presente estudio se contextualiza en la Comunidad de Aragón, concretamente en la provincia de Huesca, en el barrio del Perpetuo Socorro. La investigación se encuadra en un proyecto europeo denominado “CAPAS-CIUDAD/CAPAS-CITÉ”. Este proyecto está integrado dentro del programa de cooperación transfronterizo España-Francia-Andorra (POCTEFA) subvencionado por los fondos europeos FEDER (Fondos Europeos para el desarrollo económico y regional). Dicho proyecto está formado por tres líneas de investigación: “Sigue la Huella”, “Desplazamiento Activo” y “Pío se Mueve”, centrando mi Trabajo Fin de Máster en esta última.

Por otra parte, a partir del próximo año, la investigación contará con una financiación de los Proyectos de Investigación, desarrollo e Innovación para jóvenes investigadores, aprobado por la comisión de Investigación de la Universidad de Zaragoza.

#### 1.2. Motivación personal y justificación del estudio

El presente Trabajo Fin de Máster, tiene como autora a María Sanz Remacha, quién actualmente compagina los estudios del Máster de Aprendizaje a lo Largo de la Vida: Iniciación a la Investigación con los estudios a tiempo completo del doctorado, cursando el tercer año en el programa de Educación de la Universidad de Zaragoza. Su tesis doctoral se desarrolla junto al grupo de investigación EFYPAF (Educación Física y Promoción de la Actividad Física).

María es graduada en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte por la Universidad de Zaragoza (Campus de Huesca), realizó el Máster Universitario en Profesorado de Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato, Formación Profesional, Enseñanzas de Idiomas, Artísticas y Deportivas, en la especialidad de Educación Física en la Universidad de Zaragoza compaginándolo con el inicio del Grado en Psicología a través de la UNED, el cual tuvo que dejar en el presente, a mitad de camino, por la carga de trabajo. Terminado el Máster de Profesorado, y motivada por los pequeños estudios de investigación que había realizado hasta ese momento, decidió matricularse en el programa Doctoral de Educación y continuar en esta rama de investigación.

Entusiasmada y motivada por las variables psicosociales, eligió una línea de investigación basada en la promoción de hábitos saludables en poblaciones desfavorecidas, relacionando dos temáticas importantes: la actividad física y la psicología. Utilizando una metodología cualitativa a través de la investigación-acción, enmarcada en una futura intervención basada en el Modelo Socioecológico, el cual permite implicar a todos los agentes del entorno de los informantes.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### 2. Fundamentación teórica

#### 2.1. Problemática actual

Está demostrado que la práctica de actividad física (AF) regular produce en la salud de las personas numerosos beneficios físicos (p. e., reducción de enfermedades crónicas y coronarias, hipertensión, diabetes tipo II, embolia, osteoporosis y obesidad) y psicológicos (p. e., disminución de depresión y aumento de bienestar) (Diehl y Choi, 2008; Donelly, Blair, Jakicic, Manor, Rankin y Smith, 2009). Sin embargo, el predominio de los estilos de vida sedentarios sigue aumentando en toda la población, concretamente en los países de la Unión Europea, demandando planes de actuación (Sjöström, Oja, Hagströmer, Smith y Bauman, 2006).

Algunos estudios muestran que el aumento de sedentarismo e inactividad física se ve más acentuado en las poblaciones desfavorecidas por su mayor exposición a factores de riesgos (Frohlich, Ross y Richmond, 2006), existiendo más consecuencias negativas (p. e., enfermedades crónicas e infecciosas, diabetes) debido a factores como el bajo nivel socioeconómico y cultural (Frohlich, et al., 2006; Australian Bureau of Statistics, 2012). En España, los resultados en población adulta de la Encuesta Nacional de la Salud 2011-2012 son congruentes con los anteriores y muestra que el 41,3% de la población encuestada se declara sedentaria, siendo un 35,9% hombres y un 46,6% mujeres. No obstante, estos datos se acentúan aún más en las clases sociales desfavorecidas, declarándose sedentarios el 52,5%, produciéndose un aumento en ambos sexos (Encuesta Nacional de Salud, 2012).

La OMS (2011) afirma que el sedentarismo se convierte en el cuarto factor de riesgo de mortalidad en el mundo. Este aumento en la edad adulta está causado por: las responsabilidades familiares que ocupan la mayor parte del tiempo, y las obligaciones laborales cuyas exigencias físicas son cada vez más escasas, añadiendo a estas causas, la disminución del transporte activo en la vida diaria.

Algunos estudios epidemiológicos de la OMS (2011) señalan que una de las consecuencias negativas que produce el sedentarismo y la ingesta de alimentos calóricos elevados es la obesidad. En la actualidad, países como EE.UU o Reino Unido cuentan, aproximadamente, con más de un 20% de población obesa. En España, los resultados del estudio SEEDO en el año 2000 muestran una prevalencia de obesidad en población adulta del 14,5%, concretamente un 15,75% son mujeres y un 13,39% hombres.

Estos porcentajes se prevé que tenderán a aumentar a lo largo de los años (Costa y Gil, 2005) y por ello, será conveniente conocer los factores que influyen en dichos porcentajes.

Actualmente existen escasos estudios focalizados en las barreras existentes en las poblaciones vulnerables a la hora de practicar AF de manera regular. Por ello es de gran importancia entender y profundizar cuáles son las barreras que presenta dicha población. Para su consecución utilizaremos la metodología cualitativa, a través de descripciones detalladas de las personas y de sus comportamientos, expresadas por ellos en situaciones observables (Watson-Gegeo, 1982), ya que la metodología cuantitativa no permite comprender ni explicar en toda su amplitud, las problemáticas y cuestiones planteadas en el contexto social (Pérez Serrano, 2004). Estos resultados nos ayudarán como punto de partida a la hora de plantear e iniciar programas de intervención que ayuden y promuevan herramientas para fomentar conductas saludables y un estilo de vida activo en las poblaciones desfavorecidas.

## 2.2. Revisión de la literatura

En el siglo XXI se ha constatado que uno de los principales problemas es la inactividad física (Blair, 2009), aumentando conforme avanza la edad y siendo mayor en el sexo femenino (Guthold, Ono, Strong, Chatterji y Morabia, 2008). Este aumento puede ser debido a la evolución tecnológica y los cambios culturales de las últimas décadas, estando todo ello muy relacionado con la disminución del esfuerzo en la vida diaria (Piéron, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (2010) propone reducir el predominio de obesidad y sobrepeso aumentando los comportamientos activos regulares. Para ello recomienda a la población adulta, entre los 18 y los 64 años, practicar un mínimo de 150 minutos semanales (5 sesiones de 30 minutos) de AF aeróbica moderada o un mínimo de 75 minutos semanales de AF aeróbica vigorosa o una combinación de ambas. Para conseguir beneficios, se aconseja aumentar estos niveles hasta 300 minutos semanales de AF aeróbica moderada o 150 minutos de AF aeróbica vigorosa, o su combinación. Además, sería conveniente combinar el ejercicio aeróbico con la tonificación de los grandes grupos musculares. Sin embargo, a pesar de conocer los beneficios que produce la práctica de AF, la cantidad de sujetos que no cumplen las recomendaciones se acentúa notablemente (Guthold et al., 2008), sobre todo en algunos países europeos como Irlanda, Italia, Malta, Portugal y España que cuentan con niveles más bajos de AF (Loyen, et al., 2016)

Los bajos niveles de AF y el sedentarismo están asociados a numerosas variables, entre ellas al nivel socioeconómico bajo (Cleland, Ball y Crawford, 2012; Gildlow, Johnston, Crone, Ellis y James, 2006) y al lugar o la zona desfavorable en la que se vive (Kavanagh, Goller, King, Jolley, Crawford et al., 2005; Van Lenthe, Brug, Mackenbach, 2005); relacionado, a su vez, con un bajo nivel educativo (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, Davey, 2006). Algunas de estas características son comunes en las poblaciones denominadas poblaciones desfavorecidas o vulnerables, definidas como “*subgrupo o subpoblación que, debido a características sociales compartidas, corren un mayor riesgo de riesgos. Se refiere a grupos que, debido a su posición social están comúnmente expuestos a condiciones que los distinguen del resto de la población*” (Katherine, Frohlich y Louise, 2008:218).

Uno de los subgrupos enmarcado dentro de las poblaciones desfavorecidas es el de la etnia gitana. La Real Academia Española (RAE) la define como “*comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales etc.*”. Dicha etnia lleva presente en España desde hace siglos, tratándose, mayoritariamente, de una población con un nivel educativo bajo (López-Escribano y Beltrán, 2009; Peters, Parry, Van Cleemput, Moore, Cooper y Walters, 2009), con problemas sociales, económicos y de salud (Peters et al., 2009) (p.e., obesidad, migraña y depresión; Carrasco-Garrido, López de Andrés, Hernández, Jiménez-Trujillo y Jiménez-García, 2010). Su organización social se basa en dos pilares importantes: la edad y el género, siendo el fundamental la familia. En este caso, el padre es la única autoridad y se encarga de conseguir el dinero para mantener a la familia, mientras que la mujer, desde joven, se responsabiliza de tareas laborales adultas, siendo muy precarias a la hora de procrear (Santiago, 2008). En cuanto a sus hábitos de vida, se podría destacar que la práctica de AF no forma parte de su vida diaria ya que, habitualmente, dejan de realizarla cuando terminan el período lectivo obligatorio (Blasco, 2006). Aunque, en general, las poblaciones con bajos niveles educativos, un estatus social bajo y el vivir en zonas económicamente desventajadas se relacionan con niveles más bajos de práctica de AF (Kavanagh et al., 2005; Haskell, Lee y Patel, 2007), poniéndolos en un alto riesgo a desarrollar enfermedades de corazón (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2005).

En la actualidad, existen estudios que muestran algunas de las barreras a las que se enfrentan estas poblaciones a la hora de practicar AF. Para ello han realizado un análisis de contenidos a partir de citas textuales afirmadas por las poblaciones desfavorecidas a estudiar, de las que emergen diferentes categorías, dependiendo de la información recogida y las características de la población desfavorecida a estudiar. Investigaciones de hace una década

centran su atención en las características demográficas de esta población (i.e., nivel socioeconómico, edad y género) (Burton, Payeh, Turrell, 2000); al contrario que Owen, Humpel, Leslie, Bauman y Sallis (2004) quienes recalcan que el ambiente es un determinante importante para la práctica de AF, independientemente de las características demográficas. Por otra parte, estudios como el de Chang, Nitzke, Guilford, Adair, y Hazard (2008) basados en la teoría social cognitiva para guiar a la población desfavorecida hacia las conductas saludables, categoriza las barreras en personales, ambientales y estilos de vida. Baruth, Sharpe, Parra-Medina y Wilcox (2014) utilizan una división de las barreras hacia la AF diferente a la de Chang et al. (2008), agrupándolas en: barreras personales (i.e., falta de diversión, comentarios crueles de su entorno, lesiones y condiciones de salud), sociales (i.e., falta de energía y de tiempo y falta de compañía para hacer ejercicio) y ambientales (i.e., falta de seguridad, perros, niños maleducados que hacen comentarios hirientes, el tráfico, la falta de vigilancia y el gran coste de los gimnasios). Por último, Cason-Wilkerson, Golberg, Albright, Allison y Haemer (2015) de su estudio cualitativo cuyas informantes eran madres con bajos ingresos e hijos con sobrepeso, agrupan las barreras emergidas en cuatro categorías: el coste, la falta de energía y de tiempo disponible, la influencia de otros miembros de la familia y los desafíos con el ambiente (p. e., falta de seguridad en el barrio).

Además de las categorías emergentes más comunes, en otras investigaciones con características similares a las nombradas, se encuentran categorías diferentes, características de la información recogida de sus informantes. En el estudio de King, Castro, Eyler, Wilcox, Sallis y Brownson, (2000) emergen barreras como la familia (numerosa), el ambiente y los roles de trabajo y la falta de apoyo social. En el de Ries et al. (2014) observan como principales barreras el sobrepeso y la obesidad. Los grupos focales de otras investigaciones, como la de Hoebeke (2008) obtienen un resultado dispar, en el que la barrera fundamental a la hora de realizar AF es la fatiga, a diferencia del resto de adultos quienes aseguran que su barrera primordial es la falta de tiempo (Sherwood y Jeffery, 2000). Por último, otras barreras que aparecen son la escasa accesibilidad y los altos niveles de crímenes en los barrios desfavorecidos, lo que dificultan la práctica de AF, conllevando un aumento de ocio pasivo (Stamakis, Hillsdon, Mishra, Hamer y Marmot, 2003).

Profundizando en el análisis de contenidos, en la investigación cualitativa de Chang et al. (2008) se pueden encontrar afirmaciones literales asociadas a las barreras personales tales como: “*Cosas que yo necesito hacer por mí misma pero siempre están como último lugar como el ejercicio, tú sabes que los niños van en primer lugar*”, “*Se tarda tanto en ver los resultados que renuncias antes de verlos*”; barreras ambientales referidas a la alimentación saludable como: “*no trajo su comida para el almuerzo y fuimos a un sitio rápido como el McDonals y conseguir una hamburguesa doble por 99 céntimos*”; comportamientos saludables como: “*no tienes un horario porque los hijos quieren que hagas algo....estás estresado*”.

La diversidad de estudios muestra la cantidad de barreras de diversa índole en función del grupo poblacional. De esta manera, emergen barreras comunes en todos (p. e., familiares y ambientales) pero hay que recalcar la importancia de las barreras específicas para cada uno de los casos, diferenciándose del resto de los grupos. Por ello, aunque existe variedad de evidencia científica sobre las barreras a las que se enfrentan las poblaciones desfavorecidas, no se encuentran estudios que centren su atención en subgrupos formados, en parte por etnia gitana. De este modo, resulta necesario profundizar en las barreras comunes y diferentes que nos podemos encontrar en nuestro grupo, para en un futuro, implementar programas adaptados a sus limitaciones.

### **2.3. Propósito de investigación**

A partir de la puesta en práctica de un proyecto europeo basado en la incorporación de conductas saludables en poblaciones desfavorecidas, se visualiza la problemática actual y el aumento del sedentarismo e inactividad física, y como consecuencia la obesidad, en dicha población. Por tanto, se ha establecido que es de gran importancia comprender las barreras que sufren este tipo de poblaciones a la hora de practicar AF habitualmente, lo que ayudará a implementar intervenciones adaptadas a sus necesidades y demandas, que les proporcionen herramientas para llevar a cabo conductas saludables en su vida diaria.

Para comprender la forma de vida e indagar sobre las barreras que puede experimentar esta población en concreto, partimos de la principal pregunta de investigación: ¿Qué barreras experimentan este tipo de población desfavorecida a la hora de incorporar la práctica de AF a su vida cotidiana? ¿Cómo son las barreras que perciben esta población en concreto? ¿De qué manera perciben las barreras todas las participantes?.

Una vez planteadas las preguntas de investigación, conforme avanza el estudio y accedemos al campo, enunciamos el objetivo principal y general del presente estudio: analizar e interpretar las barreras percibidas por las mujeres pertenecientes a una población desfavorecida a la hora de practicar AF en su vida cotidiana. La concreción del objetivo del estudio se determinó posteriormente para evitar reducir la atención al contexto y a la circunstancia (Stake, 1995).

Se han planteado presupuestos de partida con el objetivo de delimitar el tema amplio de estudio. A partir de la revisión de la literatura anterior, se deduce que actualmente la inactividad física y el sedentarismo en las poblaciones desfavorecidas es superior debido a diversas barreras encontradas en los estudios. Sin embargo, nos interesa profundizar y comprender las barreras específicas que perciben nuestras informantes, como un caso único colectivo, en su vida diaria. No queremos identificar y crear una lista de barreras, afirmadas individualmente por los participantes, sino crear un conocimiento explicativo y descriptivo de las barreras comunes encontradas por las participantes de este estudio.

Los núcleos de interés de nuestro estudio son los siguientes:

- Experiencias que emergen de las mujeres de la población desfavorecida asociadas con la incorporación de la AF a su vida
- Barreras percibidas en dicha población vinculadas con la práctica de AF habitual, profundizando en las barreras comunes y diferentes entre los subgrupos poblacionales (gitanas y no gitanas) encontrados dentro de la misma población desfavorecida, analizando las posibles diferencias.

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

### 3. Procedimiento metodológico

#### 3.1. Participantes

La muestra total del estudio está formada por 11 informantes provenientes de una población desfavorecida del barrio del Perpetuo Socorro (Huesca), con edades comprendidas entre los 27 y los 58 años ( $M=37,72$ ;  $DT= 8,34$ ); 7 pertenecientes a la etnia gitana. Los datos recogidos por el Ayuntamiento de Huesca en enero de 2017 ([www.huesca.es/areas/nuevas-tecnologias/datos-estadisticos/](http://www.huesca.es/areas/nuevas-tecnologias/datos-estadisticos/)) muestran que la provincia cuenta con una población empadronada total de 52.819 habitantes, de los cuales 5.998 se encuentran en el barrio del Perpetuo Socorro, en uno de los extremos de la ciudad. Este barrio, en los datos presentados por el área de informática del Ayuntamiento de Huesca en 2009, contaba con un 23% de población inmigrante (duplica la media de la ciudad) y aunque no se sabe la proporción exacta, existe un gran número de población perteneciente a la etnia gitana.

Todas ellas son consideradas población desfavorecida por el bajo nivel socioeconómico al que pertenecen, debido a sus bajos ingresos anuales. La mayoría dependen de ayudas y subvenciones que les proporciona el Gobierno de Aragón, tanto para alimentación en el hogar (disminución de precios en algunos supermercados) como becas de comedor, ayudas para material, etc. Más de la mitad de las informantes son desempleadas en la actualidad, una está de baja (por enfermedad), dos trabajan de limpiadoras y una es monitora en el comedor escolar. Además, la media de número de hijos entre las informantes es entre 2 y 3, siendo la que menos tiene un hijo y la que más 5.

Respecto a su nivel de estudios, se caracteriza por un nivel bajo, teniendo la mayoría únicamente el graduado escolar, a excepción de tres informantes que han llegado a la Educación Secundaria Obligatoria, dos hasta 2ºESO y una hasta 4ºESO.

#### 3.2. Diseño

##### 3.2.1. Marco epistemológico

La epistemología se define como “*la ciencia del conocimiento científico, como el estudio del engranaje entre las distintas lógicas, métodos o teorizaciones, o disciplinas que dan forma y contenido a las ciencias*” (Arraiz y Sabirón, 2012: 22).

Basándonos en la clasificación de los dos paradigmas dominantes y excluyentes: el paradigma positivista y el etnográfico (Arraiz y Sabirón, 2012), nuestra investigación tiene como finalidad comprender e interpretar, insistiendo en la importancia del fenómeno y de los hechos. Así pues, nos enmarcaremos en el paradigma etnográfico. Su conocimiento se caracteriza por una lógica comunicativa, partiendo de la praxis para configurar la teoría, “*La teoría es una reflexión en y desde la práctica*” (Sáez, 1988:27). Así, se acentúa la comprensión de la comunidad desde sus reflexiones, se observa la realidad unificada como un único caso (Pérez Serrano, 2004) y se obtienen unos datos reales y profundos cuyo control es manejado por los investigados. En su aspecto axiológico, Pérez Serrano (1990: 21) afirma que “*los valores indicen en la investigación y forman parte de la realidad, y la misma investigación es influida por los valores del contexto social y cultural*”.

En coherencia con el paradigma en el que nos basamos y los presupuestos de partida de nuestro estudio, adoptaremos una metodología cualitativa. Este tipo de metodología utiliza una descripción detallada de un fenómeno asegurando la intersubjetividad mediante la recogida de datos de un entorno complejo, susceptibles de codificación con el objetivo de crear conocimiento válido, sin buscar la generalización de los resultados sino la profundidad un contexto determinado (Pérez Serrano, 1990).

### 3.2.2. Diseño metodológico

Planteamos en el estudio actual un diseño de estudio de caso el cuál tiene su origen en los métodos de investigación etnográficos (Stake, 1995), manteniendo la coherencia del diseño epistemológico explicado anteriormente.

Este tipo de diseños nos permite comprender un “caso particular”, es decir, un grupo de personas con las mismas características, “*considerándose una totalidad única e integrada, en la que todo acontecimiento depende de esa totalidad*” (Ceballos-Herrera, 2009: 417). Este diseño nos ayuda a entender la unicidad y la complejidad del caso (Creswell, 1998). La unicidad se concibe como la singularidad del caso, aquello que, desde diferentes perspectivas, únicamente la pueden comprender las personas pertenecientes al caso o cercanas a él. En el caso de este trabajo, se trata de una población desfavorecida dentro de un núcleo poblacional concreto, en el barrio del Perpetuo Socorro de la ciudad de Huesca, con características específicas y por tanto diferentes de cualquier otro grupo poblacional, aunque comparta elementos comunes.

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Por otra parte, la complejidad se puede definir como el conjunto de interrelaciones (p. e., políticas, educativas, sociales, personales, culturales, temporales y espaciales) que ocurren en el contexto a profundizar (Yin, 2003). Así pues, para llegar a comprender esta unicidad y complejidad se acude a la descripción de los acontecimientos (Skate, 1995).

Teniendo en cuenta la clasificación de Stake (1995) utilizaremos un diseño de estudio de caso instrumental, ya que el caso elegido a analizar tiene como objetivo estudiar unas preguntas de investigación que nos permitirán comprender un asunto general, en nuestro caso centrado en los bajos niveles de práctica de AF.

### **3.3. Acceso al campo de estudio y recolección de los datos**

#### **3.3.1. Acceso al campo de estudio**

Tanto los maestros del colegio Pío XII como los pediatras que trabajan en el barrio donde se encuentra dicha población, observaron alarmados una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en algunos de sus alumnos y pacientes. A través de las numerosas consultas con el pediatra del Centro de Salud, se planteó la problemática a las madres, quienes demandaron una solución para detener la obesidad de sus hijos y comenzar la incorporación de hábitos saludables en su vida cotidiana. Una de las soluciones propuestas se basó en la modificación de las conductas de todo su entorno, entre ellas las de las familias, concretamente de las madres.

Para poder llevar a cabo una intervención en dicha población sobre la promoción de AF y hábitos saludables en su vida diaria, se consideró necesario conocer sus barreras a la hora de practicar AF y llevar un estilo de vida activo. Para ello se decidió comenzar a recoger información con las madres, puesto que ellas iban proporcionar más información y ayudarían a comprender y a introducirnos en su comunidad. Así, se conseguiría conocer el estilo de vida actual de la población desfavorecida y sus principales barreras y características (unicidad).

A partir de la necesidad planteada, el pediatra del Centro de Salud, el director del colegio y la trabajadora social se pusieron en contacto con la Universidad. Utilizándolos de porteros, conseguimos establecer una reunión inicial que permitiría conocer a las madres de los niños con obesidad e interactuar con ellas explicándoles el objetivo de la investigación y de las siguientes reuniones (grupos de discusión) y entrevistas.

### 3.3.2. Recolección de los datos

La flexibilidad que permite la metodología cualitativa respecto a la recolección de datos es una de las características a tener en cuenta en nuestro estudio. De esta manera, las decisiones iniciales y las planificadas son las que encaminan la investigación, pero no por ello se deben olvidar las fuentes no previstas que nos permiten ampliar el conocimiento del caso.

En esta fase crucial de este tipo de investigación (Pérez Serrano, 1990), hemos de tener en cuenta la longevidad en el tiempo a la hora de recoger los datos (en este caso seis meses), las condiciones en que han sido tomadas, los núcleos de interés, el tipo de informantes, etc.

Durante la recogida de datos, se producen constantes cambios en las vidas de las informantes y por tanto, en la comprensión y el análisis del caso. Por tanto, se deberá tener en cuenta durante la recogida de los datos que al tratarse de una población desfavorecida, la manera de plantear las preguntas debe adaptarse a su nivel cultural y educativo, así se conseguirá una información más concisa y profunda que permita comprender la realidad de la población a estudiar.

#### a) Organización conceptual

Para organizar la información a alcanzar nos basamos en la evidencia científica del momento (Burton, et al., 2000; Stamakis, et al., 2003; Owen, et al., 2004; Chang, et al., 2008; Hoebelke, 2008; Ries, et al., 2014; Baruth, et al., 2014; Caso, et al., 2015) y en la realidad descrita por los porteros que nos dieron el acceso al campo. A partir de estas fuentes y de la problemática existente planteamos dos tipos de preguntas: las informativas que nos ayudarían a la descripción del caso y del contexto, y las temáticas que nos guiarían en la recolección de los datos.

Las preguntas informativas del caso y del contexto nos ayudarían a comprender la realidad del caso a estudiar, así como a interrelacionar los aspectos del contexto en el que viven, pudiendo emerger algunas de las barreras que percibieran para llevar una vida activa y saludable. De esta manera, algunas de las preguntas eran independientes de la temática, como los datos propios de la edad y del género o algunos hábitos actuales o del pasado (p. e., Ser fumador/a). Otras estaban subordinadas a la temática como su situación actual familiar (p. e., Número de hijos e hijas) y laboral.

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Las preguntas informativas del contexto estaban relacionadas con el barrio en el que viven (p. e., instalaciones) y la percepción del entorno (p. e., seguridad e inseguridad del barrio).

Las preguntas temáticas (asociadas con las barreras para la práctica de AF) que guiaron la recolección de los datos estaban basadas en la información que los portadores habían transmitido antes de la reunión inicial y en la evidencia existente sobre dicha población. A partir de algunos estudios nombrados anteriormente y con la información que se tenía, la clasificación de las categorías emergidas del estudio de Baruth, et al. (2014) podía ayudarnos como punto de partida de nuestra futura categorización, teniendo en cuenta las preguntas planteadas y algunas de las técnicas utilizadas para la recolección de los datos. Se trataba de preguntas estructuradas y abiertas de varias temáticas: ambientales, familiares, económicas, laborales, físicas, siempre con intención de profundizar y direccionar la información hacia nuestro objetivo.

### b) Selección de las fuentes

El proceso de la búsqueda de información es un paso clave para establecer el estado de la cuestión. Nos ayudará a entender, identificar, seleccionar y analizar la temática que nos incumbe y el caso que nos interesa comprender. La revisión de las fuentes, tal y como afirma Quintana (2006) es un medio para indicar teórica y conceptualmente las categorías que van emergiendo de la información recogida durante la investigación.

Principalmente nos hemos basado en la consulta de fuentes primarias: estudios científicamente aceptados como artículos, tesis y otros documentos. Este tipo de fuentes nos permitió adentrarnos en la temática a estudiar, las barreras generales que se observaban en esta población y algunas de sus características.

Por otra parte, era preciso centrarnos y ahondar concretamente sobre nuestro caso a estudiar. Para ello, fueron necesarias otro tipo de fuentes primarias como las entrevistas con los porteros: la trabajadora social y el pediatra del centro de salud, específicas sobre nuestras informantes. Ambos tenían una experiencia laboral de más de 20 años con dicha población, lo que nos facilitaría conocimiento sobre la problemática planteada (niveles bajos y/o falta de AF), el contexto, la población a la que queríamos acceder (población desfavorecida del barrio Perpetuo Socorro) y sus experiencias, aportando información complementaria a la mostrada por la evidencia científica.

Las entrevistas ofrecieron un punto de vista diferente al encontrado en los estudios publicados, tales como individualización de las informantes, características, sensaciones, sugerencias y descripción más detallada del caso al que queríamos acceder.

c) Selección de técnicas e instrumentos

Para la recolección de los datos se emplearon las técnicas de entrevista, grupos de discusión y diario de campo. La entrevista y los grupos de discusión tenían objetivos comunes, aunque en las primeras se consiguió profundizar más sobre algunas de las variables, por su carácter personal. El diario de campo permitió recoger información complementaria para reafirmar o añadir aspectos no plasmados en las anteriores técnicas.

Se realizaron tres grupos de discusión desde diciembre de 2016 a mayo de 2017, con una duración de 45' cada uno, formados entre 6 y 10 participantes. A partir de la información recogida en los grupos de discusión, tratamos las mismas variables e intentamos profundizar mediante las entrevistas individuales en aquellas preguntas más complicadas de tratar en los grupos de discusión y que necesitábamos ahondar para comprender la realidad, el contexto y el caso.

Por tanto, las entrevistas estructuradas se realizaron al final del proceso de recolección de datos, en junio de 2017 a 8 informantes, con una duración aproximada de 40 minutos cada una de ellas.

Tanto los grupos de discusión como las entrevistas individuales se realizaron en el colegio Pío XII. Los grupos de discusión, se llevaron a cabo con un formato de “merienda saludable”. Se utilizaban para conocer y comprender su estilo de vida actual, sus emociones y sensaciones durante la práctica de actividad física y las posibles barreras que podían encontrar, compartiendo sus opiniones durante 45'. Las entrevistas estructuradas se hicieron en el despacho de la trabajadora social, de manera individual en un espacio silencioso y cómodo para ellas, produciendo un ambiente de confianza. En general, esta técnica nos permitía ahondar mucho más en la temática que los grupos de discusión, ya que cada una se centraba en su realidad y podía expresarse sin ser posteriormente juzgada por su opinión.

Todos los informantes dieron su consentimiento para la grabación de los grupos de discusión y de las entrevistas. Una vez recolectada la información, se transcribieron y se

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

analizaron mediante el software NVivo pro 11, utilizado para almacenar, gestionar, recuperar y exportar los datos.

Para una mejor transcripción se quiso complementar la grabación de voz con una cámara de vídeo, pero debido al rechazo de una de las informantes por motivos de religión se eliminó este instrumento. Las indicaciones de decir un nombre anónimo antes de hablar o respetar el turno de palabra fueron complicadas de cumplir ya que ninguna de ellas había experimentado una situación de este tipo. Los grupos de discusión eran de poca duración debido a la falta de costumbre, por parte de las informantes, para mantener la concentración durante una actividad, lo que nos llevaba a una constante reconducción de la temática. Estas dificultades en las entrevistas no se encontraron puesto que podían explayarse en las respuestas. En el anexo I se puede observar las preguntas formuladas en las entrevistas y en los grupos de discusión.

### 3.4. Veracidad de los datos obtenidos

Para garantizar la calidad de los datos hemos seguido las pautas establecidas en la investigación cualitativa a través de estrategias divididas en: credibilidad, transferencia, dependencia y confirmabilidad (Del Villar, 1994; Guba, 1989)

- Credibilidad: Hace referencia al concepto de veracidad de los datos. Para conseguir la credibilidad de nuestra investigación es necesario que el investigador sea capaz de recoger las realidades mostradas por los informantes (Del Villar, 1994). Guba (1981) plantea algunos procedimientos para alcanzar la credibilidad de nuestros datos. En el presente estudio de caso instrumental hemos empleado los siguientes:
  - Triangulación: Se trata de una de las técnicas más utilizadas en las investigaciones cualitativas (Creswell, 1998) que consiste en comparar y juntar los datos obtenidos de las diversas técnicas empleadas en la recogida de datos para alcanzar gran consistencia (Taylor y Bogdan, 1987). En nuestro estudio hemos utilizado la información obtenida de las entrevistas, los grupos de discusión y el diario de campo del investigador.
  - Trabajo prolongado: Esta técnica permitirá evitar la distorsión de la realidad a investigar (p. e., creencias y prejuicios de los investigadores). En el presente estudio, la investigación tuvo una duración de seis meses, lo que nos permitió acceder al

campo y conseguir transmitir confianza a los informantes, realizando tres grupos de discusión a lo largo del tiempo.

- Recogida de material de adecuación referencial: Todas las entrevistas y grupos de discusión fueron grabados y posteriormente transcritos para referenciar sus afirmaciones y poder compararlas, si es necesario, con información de estudios futuros.
- Observación continua y persistente: Del Villar (1994) afirma que una interacción continua con la realidad a estudiar aumenta su comprensión e impide la creación de juicios, así, consecuentemente las interpretaciones del investigador alcanzarán más credibilidad. En el estudio llevado a cabo, el investigador estaba presente y al finalizar cada una de las sesiones tomaba notas en un diario de campo sobre sus sensaciones y algunas citas referenciadas por los informantes.
- Transferencia: es un término referido a la generalización de los datos. En investigaciones cualitativas, los resultados generados no son inferidos en término probabilístico, normalmente por la escasa representatividad; sin embargo, son extrapolables a entornos o casos semejantes. *“El naturalista no intenta establecer generalizaciones que se mantengan en todo tiempo y lugar, sino formar hipótesis de trabajo que se puedan transferir de un contexto a otro, dependiendo del grado de similitud de los contextos”* (Guba, 1981: 154).
- Para conseguir la máxima transferencia de los resultados, se han descrito detalladamente las características de los informantes y de su selección, así como del contexto al que pertenecen. Además se han incluido algunas de las citas textuales de las entrevistas, grupos de discusión y diario de campo en el apartado de interpretación de los datos. Todo ello acompañado de las fases llevadas a cabo durante la investigación y de su posterior codificación.
- Dependencia: Debido a la imposibilidad de repetir el estudio en las mismas circunstancias, se intenta demostrar que el proceso de codificación se ajusta a unos criterios de fiabilidad (sistemático y riguroso) (Del Villar, 1994).
- Para conseguir dependencia en nuestro estudio hemos utilizado los siguientes procedimientos:

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

- Métodos solapados (triangulación): dicha herramienta nos ha permitido exponer que las referencias obtenidas con un instrumento han coincidido con las recogidas mediante otro diferente.
  - Participación de otros investigadores: durante el proceso de codificación. Así, una vez creadas las categorías, cada uno de los investigadores volvió a categorizar las transcripciones para comprobar la fiabilidad de las categorías. De esta manera, todas las incongruencias fueron discutidas y modificadas, asegurando unos criterios comunes.
  - Negociación de los significados: una vez recogidos y transcritos los datos, se consensuaron las categorías y subcategorías emergentes, otorgándoles y definiendo el mismo significado.
- Confirmabilidad: referido a la objetividad del estudio marcada por la relación del investigador con el objeto de estudio. La metodología cualitativa debe cambiar dicha orientación ya que si su relación se alejara, la investigación perdería riqueza. Por tanto, para conseguir la confirmabilidad del estudio es necesario que el investigador esté dentro del contexto (Del Villar, 1994). El problema aparece con la subjetividad del investigador, para lograr una mayor objetividad, se han utilizado procedimientos como:
- Elaboración de los informes amplios: se incluyen en el apartado de interpretación de los datos fragmentos de referencias documentales.
  - Ejercicio de reflexión: a partir de las citas textuales extraídas de las entrevistas, grupos de discusión y el diario de campo, se incluye la descripción e interpretación de la cita, ayudando a comprender la realidad a estudiar.

Por último, Guba (1981:162) propone que el investigador naturalista debe llegar a un acuerdo en la revisión de confirmabilidad, refiriéndose a documentar que “*los datos existen en apoyo de cada interpretación, y que las interpretaciones se han hecho de forma consistente con los datos disponibles*”.

### 3.5. Análisis e interpretación de los datos

#### 3.5.1. Análisis de los datos

Una vez recogidos los datos en las entrevistas y en los grupos de discusión, se transcribieron. En total se transcribieron 8 entrevistas y 3 grupos de discusión. Finalizadas las transcripciones, mediante el software NVivo pro 11 se gestionaron y se analizaron. Se utilizó un

enfoque progresivo para reducir los datos y darles sentido. Parlett y Hamilton (1976) establecen tres fases: la interpretación de los datos, reducción de los datos de las entrevistas y observaciones a temas y una explicación (o interpretación, Simons, 2011).

Una vez organizados y comprendidos, se comenzó con el análisis de contenidos de la información para darle sentido a la complejidad implícita de las transcripciones textuales. Para ello comenzamos a codificarlas mediante categorías. Las categorías concentraban ideas o temas similares que se habían tratado durante las entrevistas y grupos de discusión, así se examinaron los temas dentro de cada categoría, buscando vínculos y exclusiones.

Los temas son constructos abstractos que se fueron identificando antes, durante y después de la recogida de información, dando sentido a la información recolectada mediante la codificación. Esta tarea, supone cambios constantes para que puedan ser aplicados a todo el conocimiento recogido, discutido y consensuado por diferentes investigadores según las interpretaciones. Autores como Miles y Huberman (1994) afirman que codificar realmente es analizar puesto que para ello hay que examinar las transcripciones y comprenderlas de manera significativa, mientras se mantienen inalteradas las relaciones entre ellas, siendo esto el núcleo del análisis.

Por tanto, a partir de la información recolectada sobre la temática y de analizar los posibles planteamientos de la investigación, comenzamos a codificar los datos. Para la creación de las categorías nos apoyamos en la información obtenida y su interpretación y comprensión, y posteriormente, en los fundamentos teóricos del estudio. De esta manera, durante el proceso de análisis de la información, se observaban las barreras comunes mostradas hacia la práctica de AF de dicha población, agrupándolas en posibles categorías. Una vez establecidas las primeras categorías, se discutieron y consensuaron con otros investigadores, hasta determinar las definitivas, las cuáles serían comparadas con otras clasificaciones empleadas en estudios con características similares. En este caso, para establecer las categorías nos basamos en el estudio de Baruth et al. (2014), siendo el más semejante a nuestra clasificación y recogida de datos.

A continuación, se muestra en la tabla siguiente los pasos y cambios introducidos en la creación de las categorías y subcategorías:

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Tabla 1. Evolución en la creación de las categorías del estudio

FASE I		FASE II		FASE III		Categorías finales	
Culturales		Culturales		Culturales		Culturales	
Falta de compañía	SOCIALES	Falta de compañía	SOCIALES	Ausencia de compañía	SOCIALES	Ausencia de compañía	
Familiares		Familiares		Familiares		Familiares	
Ambientales		AMBIENTALES		AMBIENTALES		AMBIENTALES	
Falta de conocimiento	PERSONALES	Falta de información	PERSONALES	Desinformación	PERSONALES	Económicas	
Económicas		Económicas		Económicas		Laborales	
Laborales		Laborales		Laborales		Limitaciones físicas	
PERSONALES	Características físicas	Características físicas		Características psicológicas		Características psicológicas	
	Características psicológicas	Características psicológicas		Enfermedad		Enfermedad	
	Enfermedad						

Para finalizar la segunda fase del enfoque progresivo: la reducción de los datos a temas o categorías, se produjeron diversos cambios:

- Fase I: Tras una primera lectura de la información obtenida, emergieron 8 categorías.
- Fase II: Conforme analizábamos dicha información, entendimos que algunas de las categorías no eran excluyentes y por tanto, se decidió reducirlas a tres más globales e introducir nueve subcategorías.
- Fase III: Se terminaron de definir las categorías y subcategorías modificando algunos de los nombres.

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

- Categorías finales: Tras la codificación de dos de los investigadores y su consenso, se decidió crear una subcategoría dentro de la categoría de barreras ambientales ya que existían dos temáticas a diferenciar. Además, se eliminó la subcategoría de desinformación debido a la falta de frecuencia de referencias, así podría tratarse como una categoría residual.

Cada una de las categorías y subcategorías, estaban definidas conceptualmente y concretadas para evitar confusiones a la hora de analizarlas. De esta manera, los descriptores de cada una de las categorías eran los siguientes:

- Barreras sociales: Referidas a todo aquello del entorno que les rodea y les afecta para practicar AF. En el estudio de Shields, Synnot y Barr (2011) en el que se analizan, entre otras, las barreras sociales en niños a la hora de practicar AF emergen subcategorías congruentes con las nuestras (p. e., familia y falta de apoyos)
  - Barreras culturales: según la RAE cultura se define como el “*conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época o grupo social*” en nuestro caso que afecte a la práctica de AF.
  - Barreras de ausencia de compañía: referidas a las limitaciones asociadas con la falta de otras personas o de apoyo a la hora de realizar AF.
  - Barreras familiares: Todas aquellas barreras relacionadas con las obligaciones familiares, tanto cuidado de hijos, pareja, otros familiares menos cercanos, etc.
- Barreras ambientales: Relativo a todo lo relacionado con el contexto o entorno en el que viven
  - Barreras de la percepción del entorno: Asociadas a las percepciones que tienen los informantes sobre el barrio en el que viven (p. e., instalaciones, seguridad, etc.)
  - Barreras de climatología: Referido a las temperaturas, a la estación del año, etc.
- Barreras personales
  - Barreras laborales: Limitaciones relacionadas con el trabajo como principal causa (p. e., horario, cansancio que produce).
  - Barreras de limitaciones físicas: Todos aquellos obstáculos que suponen las características físicas de una persona no diagnosticadas.
  - Barreras de características psicológicas: Limitaciones psicológicas que impiden o dificultan la práctica de AF.

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

- Barreras de enfermedad: Obstáculos diagnosticados por el médico o de causa médica que dificultan o impiden la práctica de AF.

En total se encontraron 114 referencias, 86 en las entrevistas individuales, 17 en los grupos de discusión y 11 en el diario de campo. Una vez codificado, dos investigadores volvieron a realizar dicha codificación para aumentar su dependencia (fiabilidad), produciéndose un porcentaje de cambio del 5.26%.

Por otra parte, para representar visualmente los conocimientos y las interacciones entre las categorías y los recursos se utilizó el mapeo conceptual, cuyo objetivo primordial fue el de representar visualmente las relaciones entre las categorías emergentes de las entrevistas y grupos de discusión, consiguiendo temas comunes y diferentes entre los subgrupos de nuestro caso. En primer lugar se realizaron mapeos conceptuales individuales de cada uno de los informantes y, posteriormente se compararon para generar un mapeo colectivo que mostrara las relaciones.

### 3.5.2. Interpretación de los datos

La inactividad física y el sedentarismo ha aumentado en los últimos años , acentuándose en las poblaciones desfavorecidas conllevando consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas. A partir de estos datos y de la problemática en cuestión, partimos de las preguntas de investigación: ¿Qué ocurre con la práctica de AF en este tipo de poblaciones desfavorecidas?, ¿Cómo son las barreras que perciben esta población en concreto? ¿De qué manera perciben las barreras todas las participantes?”.

Las informantes de este caso tienen características comunes que hacen que todas formen parte del mismo grupo, formando así su unicidad. Todas ellas pertenecen a lo denominado población desfavorecida, son mujeres, madres y su nivel socioeconómico y cultural es bajo. Además, dentro del caso podemos diferenciar un subgrupo formado por población desfavorecida de etnia gitana cuyas características son comunes al resto del caso, aunque hemos decidido investigar sobre la posibilidad de existir barreras diferentes a la hora de practicar AF en su vida diaria.

Una vez codificada la información, han emergido tres grandes temas (categorías) que nos permiten describir cuál es la realidad a la que se enfrentan: sociales, ambientales y personales. Durante el proceso de recogida de datos, muchas de las informantes afirman y admiten tener barreras sociales a la hora de practicar AF, subcategorizadas en barreras familiares:

*“Me voy acoplando a todo a no ser que mis hijos caigan malos o tengan que ir a algún sitio, pues eso te frena un poco”* (participante 3).

*“Que yo tenga las niñas y esté sola y no me las pueda llevar, lo único”* (participante 8).

*“Otras veces es por la situación, tengo a mi madre en silla de ruedas y entonces estoy muy atada”* (grupo de discusión 1).

Dentro de las categorías sociales, las motivos familiares podrían ser una de las principales barreras percibidas por las informantes de nuestro caso. La mayoría de ellas se ocupan principalmente de las labores del hogar, de cuidar de sus hijos, maridos y familiares más cercanos, ocupando estas tareas la mayor parte de su tiempo.

Otra informante expresa otra barrera social, subcategorizada en la barrera de ausencia de compañía:

*“No sé hacer actividades sola, sola no sé hacer”* (participante 7).

*“Yo por ejemplo me dije tengo que ir a andar 1h todos los días, pero como tengo que ir sola digo buah pues hoy no voy”* (Grupo de discusión 1).

Algunas de las participantes perciben la falta de compañía como una barrera a la hora de practicar AF diariamente, aspecto que se complementa con otras afirmaciones expresadas durante el grupo de discusión. Esta barrera emergente asociada con la falta de compañía a la hora de realizar AF puede ser debida a la falta de costumbre de hacer AF en este caso concreto, a la ausencia de autonomía para realizar cualquier actividad de este tipo o a la falta de relaciones sociales de las mujeres fuera de su entorno, muy relacionado con el aspecto cultural.

Por otra parte, dentro de la categoría de barreras sociales, algunas informantes perciben barreras culturales a la hora de practicar AF, expresadas por:

*“Sí porque nosotros nos debemos siempre mucho a la familia, siempre, están primero ellos”* (...) *“Pues yo al ser viuda estoy muy cuestionada, por mi pueblo, que digo yo, y eso que yo no vivo con la gente ¿no?, pero según qué cosas hiciese si que me vería con mala cara que digo yo, diciendo esta de que va.”* (participante 3).

*“Pero claro, con lo de mi marido, porque claro en mi cultura si yo bailo zumba y eso pues es como que quiero divertirme ¿sabes? (...) pues lo de mi marido me impide ir a zumba”* (participante 5).

*“Una se ha quedado viuda y está de luto, como no pueden escuchar música no viene a las sesiones”* (Diario de campo).

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Afirman percibir barreras culturales, asociadas a la etnia gitana, en este caso se sienten cuestionadas por su entorno, quizás por no cumplir el estereotipo de mujer gitana en su cultura, lo que les dificulta a la hora de incorporar la práctica de AF. De la misma manera, son juzgadas si no cumplen lo establecido sobre el luto: no poder utilizar aparatos electrónicos, no escuchar música, no bailar, etc. O sobre su vestimenta (p. e., ropa deportiva ajustada). Todas aquellas actividades lúdicas que pudieran demostrar que la mujer no siente la muerte del familiar. Así, para evitar ser cuestionadas, evitan realizar algunas actividades.

Por otra parte, han emergido barreras ambientales, categorizadas en la percepción del entorno y climatología. En la subcategoría de percepción del entorno podemos encontrar:

*“Por la noche me da un poco más de apuro porque aquí en este barrio se mueve mucha cosa, las cosas como son”* (Participante 1).

*“Me gustaría que tuviéramos un espacio en el que un par de días a la semana juntarnos todas y ahí nos podríamos desahogar bastante”* (Participante 4).

Las informantes citan la percepción de inseguridad que les produce el barrio por la noche y a determinadas horas. Se puede interpretar que durante el día, dicha inseguridad tiende a desaparecer por lo que únicamente sería una barrera para hacer AF durante la noche, siendo un barrio con un nivel socioeconómico bajo.

Por otra parte, en la subcategoría de climatología, refieren citas como la siguiente:

*“Para invierno mal porque para invierno claro entre la humedad, el frío, pues para los huesos fatal”* (Participante 6).

Además, afirman que el clima o la estación del año es una barrera a la hora de practicar AF porque les afecta a los huesos (relación con sus enfermedades). Así pues, durante las estaciones del año más frías se tenderá a disminuir la práctica de AF.

Por último y siendo las más abundantes, se ha creado la categoría de barreras personales la cual agrupa diferentes subcategorías (laboral, limitaciones físicas, características psicológicas y enfermedades). En la subcategoría laboral algunas informantes afirman que:

*“Si trabajo, ese va a ser un impedimento porque habrá cosas que no podré hacer, por el horario de trabajo”* (Participante 1).

*“El trabajo claro, según el horario, es lo único que me puede impedir”* (Participante 8).

El trabajo en algunos casos es el origen de la falta de tiempo para realizar AF, se apoyan en que el horario no les permite hacer AF y que sería la única barrera a la hora de practicar AF.

Respecto a la subcategoría de limitaciones físicas, se agrupan las siguientes referencias de las informantes:

*“Mi gordura es lo que me mata a mí para hacer ejercicio (...) Porque al gimnasio creo que si no estuviera tan gorda haría otras cosas porque me sofoco más y digo ay que me va a dar, los infartos que digo siempre. Yo lo de la gordura, porque si no estuviera gorda podría hacer más cosas”* (Participante 2).

*“Me cuesta porque tengo mucha tripa (...) Es que lo que más me molesta, la tripa, si no tuviera tripa”* (Participante 5)

*“Que estoy muy gorda, como estoy gorda no puedo”* (Participante 7)

Las citas textuales de las informantes muestran barreras referidas a sus limitaciones físicas. La mayoría de ellas están diagnosticadas de obesidad o sobrepeso lo que les impiden en muchos casos realizar algunos de los ejercicios físicos. De esta manera, esto puede influir en no comenzar a introducir la práctica de AF en su vida diaria, anteponiendo el no poder por su limitación física.

Las informantes perciben barreras psicológicas a la hora de practicar AF:

*“Si no la hago es porque estoy muy baja de moral”* (Participante 4).

*“Yo siempre he sido muy acomplejada”* (Participante 5).

*“El jueves dijo que estaba en la cama llorando y sin ganas de nada debido a la situación que hay en su casa”* (Diario de campo).

*“Que somos muy vagas, yo es que soy muy vaga, a mí me da mucha pereza”* (Grupo de discusión 1).

En muchos casos la baja autoestima, la vergüenza o características más relacionadas con la personalidad les impiden practicar AF. En ocasiones, la vergüenza es producida por sus complejos o por sus características físicas, no se sienten cómodas con su cuerpo y evitan exponerse a situaciones de este tipo o incluso vestirse con ropa deportiva más ajustada.

Las participantes perciben barreras de las enfermedades diagnosticadas para practicar AF:

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

*“Hay cosas que no he podido hacer por como he tenido el pie”* (Participante 1).

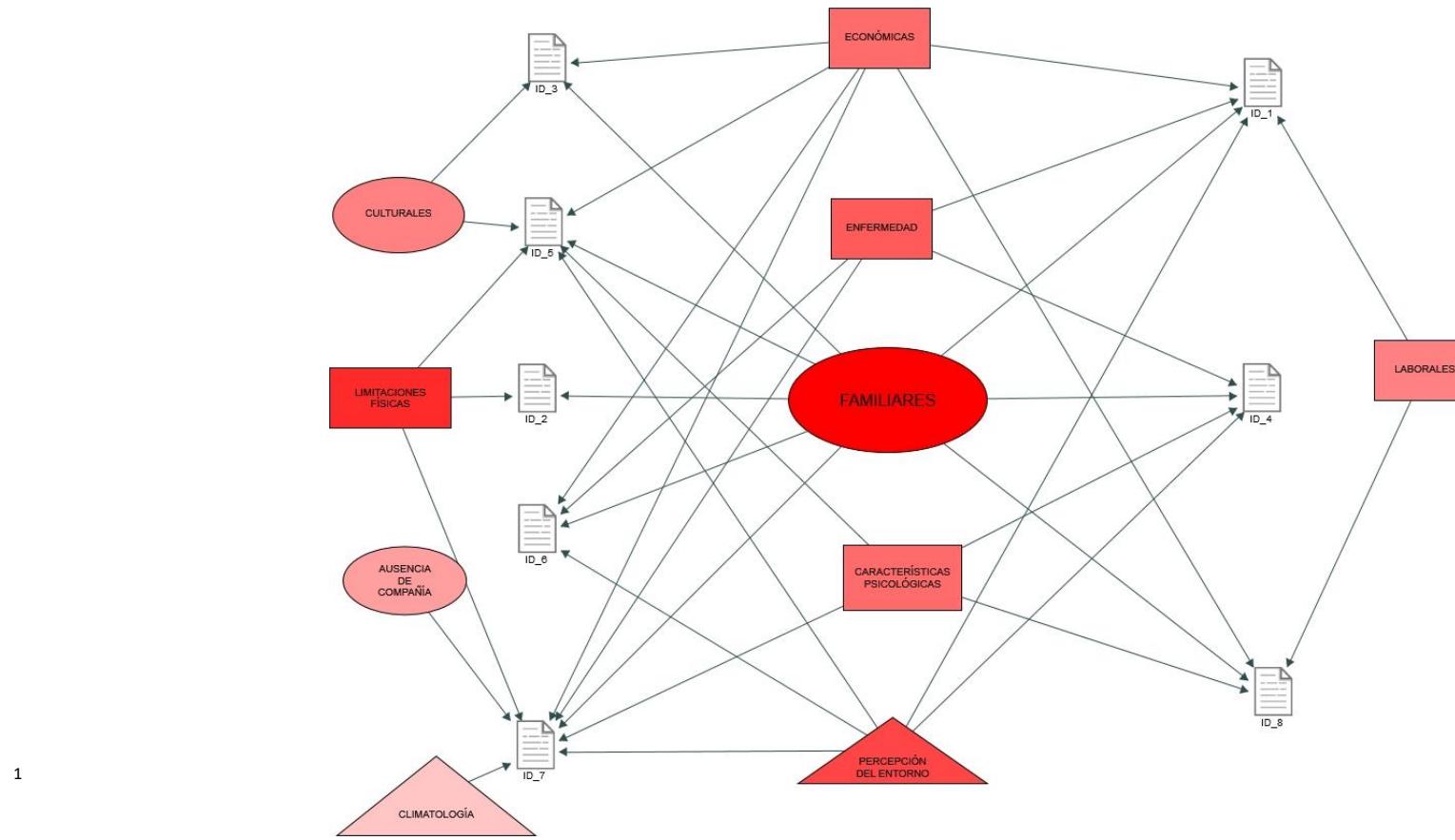
*“Por los dolores y por los reumas”* (Participante 6)

*“El día que no hago AF, pues bueno pues lo que te digo o estoy mala o (...)”* (Participante 1).

Citan enfermedades de diversos tipos pero no son capaces de adaptar la AF a sus limitaciones, haciéndola a un nivel más bajo o realizando actividades alternativas.

Una vez interpretada la información obtenida de la codificación, otro análisis importante que se ha efectuado gracias a los datos obtenidos en los diversos instrumentos es el mapeo conceptual. Mediante este análisis (véase Figura 1) se representan visualmente las relaciones entre las categorías emergentes de las entrevistas, grupos de discusión y diario de campo, consiguiendo temas comunes y diferentes entre los subgrupos de nuestro caso. En la Figura 1, en el extremo izquierda se agrupa la población perteneciente a la etnia gitana, y en el extremo derecha las informantes no pertenecientes a la etnia gitana. Además la degradación de color mostrará la saturación de referencias recogidas en función de las categorías.

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO



<sup>1</sup> La intensidad del color marca la saturación de las referencias. Las formas marcas la agrupación de las tres categorías (social, ambiental y personal). El subgrupo del extremo izquierdo pertenece a la etnia gitana y el extremo derecho muestra el subgrupo no perteneciente a la etnia gitana.

Figura 1: Barreras comunes y diferentes emergidas en los subgrupos del caso analizado

## PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

Mediante el diseño de estudio de caso instrumental podemos comprender la unicidad del caso que nos interesa indagar. No obstante, aun teniendo en cuenta dicha singularidad y sus características específicas, en su única realidad podemos encontrar la existencia de un subgrupo. Aunque todas ellas pertenecen a la misma población desfavorecida, al mismo contexto y comparten características físicas y psicológicas semejantes, cinco informantes pertenecen a una etnia diferente, la etnia gitana.

Tras analizar las interacciones de manera individual y posteriormente unirlas, se crea el mapa conceptual mostrado en la Figura 1. Las interacciones entre las categorías y las informantes nos llevan a la diferenciación de dos subgrupos (gitanas y no gitanas). Las barreras culturales, limitaciones físicas, ausencia de compañía y climatología, únicamente son percibidas por el subgrupo de informantes gitanas. Habría que destacar la importancia de la barrera cultural percibida por ellas, ya que se trata de una etnia en la que el trabajo fundamental de la mujer es cuidar de la familia y de la casa y por tanto, normalmente, no incluyen en su estilo de vida la práctica de AF. De esta manera, tal y como afirman algunas se sienten cohibidas a la hora de realizar actividades lúdicas (p. e., practicar AF) por la posibilidad de ser juzgadas por su cultura debido al estereotipo creado sobre el rol de la mujer.

Por otra parte, las barreras laborales solamente son citadas por el subgrupo de participantes no gitanas. Este aspecto podría estar encubierto por la barrera cultural, ya que como se ha nombrado anteriormente las funciones de la mujer gitana y no gitana en la familia podrían ser diferentes y por tanto, ser el marido el único que aporta ingresos a la familia. Las mujeres no gitanas no percibirían dicha barrera cultural pero sin embargo, estarían afectadas por la barrera laboral y los horarios de trabajo, impidiéndoles en función del horario de la actividad el practicar AF.

El mapa conceptual muestra cómo la barrera familiar (mostrada en la Figura 1 con un color más intenso) es la fundamental a la hora de practicar AF o incorporarla a su vida cotidiana. Esta barrera podría afectar a otros ámbitos de su vida, e incluso podría, indirectamente, ser uno de los motivos por los que ellas no tienen tiempo para realizar otro tipo de actividades o para centrarse en ellas de manera individual. Por la unicidad del grupo y su singularidad, las barreras económicas, de enfermedad, las características psicológicas y la percepción del entorno afectan a todas ellas a la hora de realizar AF. De esta manera, su baja autoestima, su bajo nivel socioeconómico, el barrio inseguro en el que viven y algunas enfermedades diagnosticadas son barreras específicas y determinadas que les impiden practicar AF.

Para finalizar, en la Figura 1 se observa como principal barrera del caso la barrera familiar, emergiendo también como barreras comunes las económicas, las de enfermedades, características psicológicas y las percepciones del entorno. El subgrupo de población desfavorecida perteneciente a la etnia gitana, percibe barreras culturales, de limitaciones físicas, de ausencia de compañía y de climatología a la hora de practicar AF, no percibidas por el subgrupo no perteneciente a la etnia gitana, el cual afirma y diferencia la barrera laboral.

## DISCUSIÓN

### 4. Discusión

El propósito de la investigación ha sido analizar e interpretar las barreras percibidas por las mujeres pertenecientes a una población desfavorecida a la hora de practicar AF en su vida cotidiana. Las preguntas que han dirigido esta investigación son las siguientes: ¿Qué barreras experimentan este tipo de población desfavorecida a la hora de incorporar la práctica de AF a su vida cotidiana?, ¿Cómo son las barreras que perciben esta población en concreto? y ¿De qué manera perciben las barreras todas las participantes?”.

Partiendo del análisis de las entrevistas, grupos de discusión y el diario de campo hemos podido analizar, interpretar los resultados y comprender la realidad del caso a estudiar. Está demostrado que los niveles de práctica de AF son más bajos en aquellas poblaciones con bajos niveles educativos, un estatus social bajo y el vivir en zonas económicamente desventajadas (Kavanagh et al. 2005; Haskell et al. 2007). Para el desarrollo de futuras intervenciones efectivas y adaptadas es necesario comprender su realidad y para ello nos hemos centrado en analizar e interpretar las barreras que perciben las participantes.

Las informantes describen barreras sociales, ambientales y personales a la hora de realizar AF, siendo congruente con algunas de las barreras encontradas en otros estudios similares con mujeres pertenecientes a población desfavorecida (Baruth et al., 2014; Hoebelke, et al., 2008; Chang et al., 2008; Cason et al., 2015; King et al., 2000). Las barreras familiares eran mencionadas por todas las informantes a la hora de practicar AF (i.e., cuidado de los hijos, cuidado de familiares cercanos) mostrándose una alta saturación e interacción entre todas las informantes con dicha categoría. En muchos casos la prioridad de su tiempo la ocupan los miembros de su familia, anteponiéndola a sus intereses. Los hallazgos de nuestro caso concreto son congruentes con los del estudio de King, et al. (2000) y Baruth et al. (2014) en el que se muestra que una de las barreras principales son los cuidados familiares. Esto sugiere la necesidad de proponer horarios flexibles para realizar AF o ayudarles a gestionar su tiempo otorgándoles herramientas para ello.

Además del tiempo dedicado a los cuidados familiares, las informantes afirman cómo perciben la ausencia de compañía como barrera a la hora de realizar AF. Esta barrera puede estar acentuada por su falta de autonomía, sensibilización y concienciación hacia la práctica de AF y conductas saludables, conllevando posibles consecuencias negativas como la falta de adherencia hacia la práctica de AF, la cuál aparece como barrera en el estudio de Baruth et al. (2014).

Sin embargo, en nuestro caso, la barrera de ausencia de compañía sólo es percibida por el subgrupo de etnia gitana lo que habría que tenerlo en cuenta a la hora de adaptar las intervenciones a la singularidad y a las características del caso.

De la misma manera se interpreta la barrera cultural, percibida únicamente por el subgrupo de informantes pertenecientes a la etnia gitana. En este caso, se trata de una etnia con unos valores y actos establecidos desde hace décadas, lo que les afecta en su vida diaria, de manera específica hacia la práctica de AF. Aunque todas ellas pertenezcan a un caso único, es importante subrayar las diferencias que se pueden encontrar dentro de él, marcadas por las tradiciones de su cultura. Algunas de las barreras culturales que se han podido encontrar son las relacionadas con las tradiciones del culto, siendo juzgado el escuchar música o el bailar cuando acaba de fallecer un familiar cercano; o cuando las mujeres viudas van con ropas ajustadas para practicar deporte o en bañador para aprender a nadar. Todo ello podría afectar a la hora de inculcar hábitos saludables y activos en las vidas de dicha población. En los estudios similares analizados, no han emergido categorías semejantes relacionadas con las barreras culturales; no obstante es conveniente diseñar programas culturalmente personalizados para obtener un mayor éxito (Baruth et al., 2014) debido a la influencia social, cultural y del entorno en los comportamientos de poblaciones desfavorecidas (i.e., afroamericanos) (Kumanyika, Whitt-Glover, Gary, Prewitt, Odoms-Young, Banks-Wallace et al. 2007).

La influencia del entorno se demuestra en la categoría emergida de barreras ambientales. Los informantes perciben como barreras la climatología y el entorno en el que viven (i.g., el barrio). En el presente caso, las informantes recalcan que las temperaturas más bajas les limitan a la hora de practicar AF, aunque no se especifican actividades en concreto como ocurre en el estudio de Hoebeke (2008) con participantes con rentas bajas, quienes perciben dicha barrera únicamente al realizar actividades en el exterior. En dicho estudio aparecen diferencias en los subgrupos en función de la etnia (i.g., afroamericanas y latinas), lo que es congruente con las diferencias encontradas entre subgrupos en nuestro estudio. Por tanto, podemos interpretar que una climatología favorable promoverá el aumento o la motivación por practicar AF, siendo necesario tener en cuenta la variabilidad de la temperatura y la estación del año a la hora de planificar los contenidos de las actividades.

## DISCUSIÓN

De la misma manera, influye la seguridad del barrio en el que se vive. Las participantes perciben inseguridad durante la noche en su barrio, evitando salir a horas puntuales y sin compañía. Congruentemente con la información afirmada por nuestros resultados, las participantes del estudio de Baruth et al. (2014) también citaban evitar salir por la noche debido a la peligrosidad de su barrio (p. e., robos) y declaran salir normalmente durante el día. En la investigación de Cason-Wilkerson et al. (2015), aunque con una muestra parental, se percibe la barrera de inseguridad del barrio a la hora de permitir a sus hijos practicar AF en su contexto. En este sentido, la subcategoría de percepción del entorno puede condicionar los programas de intervención, limitando la autonomía a la hora de practicar AF sin compañía a partir de las últimas horas del día, además podría condicionar los espacios para hacer AF, ya que se podrían evitar algunas zonas del barrio percibidas como inseguras. Por ello, sería conveniente promover la práctica de actividades en espacios que favorezcan la percepción de seguridad.

Las barreras económicas emergen de las afirmaciones cuando se les pregunta sobre cómo les podría afectar la economía a la hora de practicar AF; la mayoría recurren a los altos precios de los gimnasios, ignorando algunas de las facilidades que ofrecen las asociaciones, ayuntamientos, etc. Sin embargo, dicha barrera es habitualmente percibida en las poblaciones desfavorecidas, siendo en algunos casos el principal motivo de abandono los altos costes de las actividades (Withall, Jago y Fox, 2011) o el inicio de su práctica la falta de dinero (Hoebelke, 2008). Por ello, habrá que tener en cuenta el coste de las actividades que se proponen, adaptándolas a sus ingresos o proponiendo alternativas al nivel económico de las participantes. Muy relacionado con este motivo último, es la percepción de la barrera laboral.

La barrera laboral, entendiendo como causa principal el trabajo, el cual afecta a los horarios de las actividades prácticas o a la falta de tiempo. Así pues, podría encubrir otras barreras no afirmadas por el caso explícitamente, como la falta de tiempo o el cansancio después del trabajo, ya que en otros estudios con población de características similares dichas barreras encubiertas son afirmadas (Withall et al., 2011; Baruth et al., 2014; King et al., 2000). Sin embargo, en nuestro estudio, la barrera laboral únicamente es percibida por el subgrupo de informantes no pertenecientes a la etnia gitana, lo que podría deberse a una de las características del eje familiar de la etnia gitana en la que, mayoritariamente, sólo es el hombre el que aporta ingresos a la familia y por tanto, las mujeres no tienen trabajos fuera del hogar. Por tanto, será necesario que los programas de intervención dirigidos a esta población ofrezcan horarios flexibles, propuestos por los sujetos.

Las características psicológicas de las informantes son percibidas como barreras para practicar AF, normalmente relacionadas con estados de ánimo, vergüenza a exponerse hacia otras personas o pereza. Podríamos interrelacionar algunas de las categorías emergidas con la presente, ya que las barreras económicas o familiares podrían influir en algunos estados de ánimo de las participantes. De la misma manera que las barreras laborales, podrían encubrir el cansancio o la falta de tiempo yemerger de manera general en la pereza. Es común percibir por este tipo de poblaciones la baja autoestima como barrera a la hora de practicar AF (Hoebelke, 2008), estrés (Chang et al., 2008) o la falta de motivación (Baruth, et al., 2014). Para ello, será conveniente tener en cuenta estas características y aplicar actividades que promuevan su participación desde un clima positivo, ayudándoles a evadirse y desconectar de sus problemas, favoreciendo su bienestar y aumentando su calidad de vida.

Otras características percibidas como barreras son las físicas, relacionadas con su cuerpo. Las participantes subrayan frecuentemente su obesidad y las limitaciones que les produce en algunos casos el tamaño de su tripa o la fatiga, además ellas aprecian miedos a hacerse daño realizando actividades deportivas que vienen dados por su peso. En el presente caso analizado, las barreras físicas únicamente son percibidas por las participantes de etnia gitana, coincidiendo con los resultados mostrados en la literatura científica en la que dicha etnia tiene problemas de salud como la obesidad (Peters et al., 2009). Sin embargo, en otras poblaciones desfavorecidas de Norteamérica, se observa lo contrario, ya que sus participantes verbalizan como principal barrera la obesidad y el sobrepeso (Ries et al., 2014). Podríamos entender que dicho resultado sería una limitación propia del subgrupo de etnia gitana analizada en nuestro caso, sugiriendo una mayor profundización.

Por último, muy relacionado con las anteriores categorías emergen barreras asociadas a enfermedades. Las informantes afirman tener enfermedades físicas (p. e., hernias discales, lesiones de pie) y psicológicas (p. e., depresión, insomnio), sin embargo ninguna ha afirmado tener sobrepeso u obesidad, quizás se entendería como algo visual que no hacía falta verbalizar y que ellas no lo entienden como enfermedad sino como limitación propia, sin diagnóstico. Por el contrario, pese a las barreras de enfermedades que perciben hacia la práctica de AF, se podría interpretar que no es fundamental ya que otras actividades lúdicas o las tareas del hogar las realizan. No obstante, estos resultados se observan en otros estudios como el de Baruth et al. (2014) con afirmaciones semejantes a las referenciadas por nuestras informantes y en el estudio de Withall, et al. (2011) aunque más generales asociadas a problemas de salud no

## DISCUSIÓN

diagnosticados. Teniendo en cuenta todas las enfermedades declaradas por la población durante el estudio, los programas de intervención llevados a cabo con ellas deberán adaptarse a sus limitaciones, proponiendo diferentes niveles de dificultad y numerosas alternativas en los ejercicios, lo que podría aumentar su percepción de competencia.

Los resultados encontrados en este estudio de caso instrumental son característicos de las informantes que lo forman y constituyen la realidad a investigar. Por tanto, a pesar de algunas diferencias existentes entre ellas, marcadas por los dos subgrupos, emergen barreras comunes a todas ellas. Habría que destacar que la barrera familiar es la principal a la hora de practicar AF, siendo necesario tenerla en cuenta a la hora de diseñar y planificar programas direccionaldos hacia este tipo de poblaciones. De la misma manera, las barreras económicas, psicológicas, de enfermedades y de percepción del entorno son comunes a todas las participantes.

Pese a la unicidad del grupo, encontramos diferencias marcadas por la etnia a la que pertenecen, en las barreras culturales, las limitaciones físicas, la ausencia de compañía y la climatología percibidas por las informantes gitanas; y la barrera laboral señalada por las informantes no gitanas. Estas diferencias e interrelaciones entre los dos subgrupos, podrían estar marcadas por rasgos principalmente culturales, aunque habría que seguir analizando dicho aspecto.



## CONCLUSIONES

### 5. Conclusiones

Tras el análisis y la interpretación realizada de los datos obtenidos, se ha podido comprobar la singularidad del caso y comprender la realidad a estudiar.

La evaluación de las barreras percibidas por dicho caso a la hora de practicar AF nos ayuda a comprender el sedentarismo y la inactividad física en este tipo de poblaciones. De este modo, gracias a los datos recogidos se sugiere la necesidad de diseñar intervenciones con el objetivo de incorporar la práctica de AF en su vida cotidiana, promoviendo unos hábitos saludables. Para ello, será necesario diseñar programas que eviten y eliminen las barreras percibidas por la población, además de sensibilizar y concienciar a las participantes sobre la importancia y los beneficios que va a reportar en ellas la práctica de AF y el llevar un estilo de vida activo y saludable.

La intervención deberá tener en cuenta las características económicas, culturales y del contexto de las participantes, proponiendo programas que favorezcan la equidad y ofrezcan oportunidades para gestionar su tiempo, creando espacios y franjas horarias flexibles, en función de los horarios laborales de las informantes, para practicar AF. Podremos tomar como punto de partida la realidad mostrada en dicho estudio, proporcionando las herramientas adecuadas para disminuir y eliminar las barreras percibidas a la hora de realizar o incorporar AF en su vida diaria.

Por otra parte, no habrá que olvidar las demandas y las necesidades que las participantes verbalizaron al médico, en relación a los problemas actuales o futuros de obesidad de sus hijos. De esta manera, se podría esperar que los cambios introducidos por las madres en su estilo de vida repercutiesen en el de sus hijos, siendo uno de los principales agentes a la hora de modificar sus conductas saludables y, además, la familia es percibida como la barrera fundamental a la hora de practicar AF. No obstante, no habrá que olvidar el resto de los factores que rodean al individuo para conseguir que todas las fuerzas vayan hacia la misma dirección.



## LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS

### **6.Limitaciones y prospectivas**

#### **6.1. Limitaciones**

Una de las dificultades más importantes es la recogida de datos en poblaciones desfavorecidas debido a su bajo nivel cultural, lo que repercute en el planteamiento de las preguntas en las entrevistas y en los grupos de discusión. Para ello, fue necesario preparar de diversas maneras la formulación de las preguntas, pudiéndola repetir sin cambiar su objetivo, además debían ser sencillas y claras.

El acceso al campo de estudio podría ser una limitación si no se cuenta con porteros de confianza que conozcan la realidad, ya que podría crear un rechazo por parte de las participantes. Además, fue difícil conseguir un número de informantes adecuado ya que no tienen compromiso a la hora de acudir a las citas. En este caso, pese a adaptarnos al horario proporcionado por ellas, algunas de las entrevistas se tuvieron que posponer sin previo aviso.

#### **6.2. Prospectivas**

La diversidad de estudios que analizan las barreras percibidas por las poblaciones desfavorecidas para practicar AF son abundantes, sin embargo, existen pocas que a partir de los datos obtenidos apliquen intervenciones adaptadas. Así, se sugiere diseñar programas que promuevan la eliminación de las barreras percibidas explícitamente por las participantes del estudio y otorguen herramientas para favorecer la práctica de AF, consiguiendo una adherencia a conductas activas y saludables.

Por otra parte, es conveniente seguir investigando más profundamente sobre el subgrupo perteneciente a la etnia gitana, en concreto en cómo afectan los aspectos culturales a la hora de realizar AF, para comprender la totalidad de su realidad y adaptar las intervenciones según se requiera.

Por último, dicha investigación podría llevarse a cabo con casos semejantes pertenecientes a barrios similares en diferentes ciudades o países. Así, podríamos comparar y analizar las diferencias existentes y comprender la influencia de otras barreras no emergentes en el presente estudio.



## REFERENCIAS

### 7. Referencias

- Arraiz, A. y Sabirón, F. (2012). *Orientación para el aprendizaje a lo largo de la vida: modelos y tendencias*. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Australian Bureau of Statistics. (2012) *Perspectives on Sport*. Catalogue Number 4156.0.55.001. Australian Bureau of Statistics, Canberra.
- Baruth, M., Sharpe, P., Parra-Medina, D., y Wilcox, S. (2014). Perceived barriers to exercise and healthy eating among women from disadvantaged neighborhoods: Results from a focus groups assessment. *Women y health*, 54(4), 336-353. doi: 10.1080/03630242.2014.896443
- Burton, N., Payeh, M. y Turrell, G. (2003). Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. *Preventive Medicine*, 31, 673–81.<sup>[1]</sup> doi: 10.1006/pmed.2000.0763
- Blair, S.N. (2009). Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *British journal of sports medicine*, 43(1), 1-2.
- Blasco, D. (2006). Educación, género y deporte: jóvenes de etnia gitana y práctica físico-deportiva. *Revista de Dialectología y tradiciones populares*, 61(2), 115-128. doi: 10.3989/rdtp.2006.v61.i2.17
- Carrasco-Garrido, P., De Andrés, A.L., Barrera, V.H., Jiménez-Trujillo, I. y Jiménez-García, R. (2010). Health status of Roma women in Spain. *The European Journal of Public Health*, 21(6), 793-798. doi: 10.1093/eurpub/ckq153
- Cason-Wilkerson, R., Golberg, S., Albright, K., Allison, M. y Haemer, M. (2015). Factors influencing healthy lifestyle changes: A qualitative look at low-income families engaged in treatment for overweight children. *Childhood obesity*, 11(2), 170-176. doi: 10.1089/chi.2014.0147
- Chang, M.W., Nitzke, S., Guilford, E., Adair, C.H. y Hazard, D.L. (2008). Motivators and barriers to healthful eating and physical activity among low-income overweight and obese mothers. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(6), 1023-1028. doi: 10.1016/j.jada.2008.03.004
- Ceballos-Herrera, F. (2009) El informe de investigación con estudio de casos. *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 2, 413-423.

Creswe, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Cleland, V., Ball, K., y Crawford, D. (2012). Socioeconomic position and physical activity among women in Melbourne, Australia: Does the use of different socioeconomic indicators matter?. *Social Science and Medicine*, 74, 1578-1583. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.01.031

Costa-Font, J., y Gil, J. (2005). Obesity and the incidence of chronic diseases in Spain: a seemingly unrelated probit approach. *Economics y Human Biology*, 3(2), 188-214. doi: 10.1016/j.ehb.2005.05.004

Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design.* Choosing among five traditions. USA: Sage.

Del Villar Álvarez, F. (1994). La credibilidad de la investigación cualitativa en la enseñanza de la Educación Física. *Apunts de Educación Física y Deporte*, 37, 26-33.

Diehl, J.J. y Choi, H. (2008). Exercise: The data on its role in health, mental health, disease prevention, and productivity. *Primary care: Clinics in office practice*, 35(4), 803-816. doi: 10.1016/j.pop.2008.07.014

Donnelly, J.E., Blair, S. N., Jakicic, J. M., Manor, M.M., Rankin, J.W. y Smith, B.K. (2009) Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(2), 459-471. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181949333

Frohlich, K. L., Ross, N. y Richmond, C. (2006). Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework. *Health Policy*, 79(2), 132-143. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.12.010

Frohlich, L. y Louise, P. (2008). The Inequality Paradox: The population approach and vulnerable populations. *American Journal of public health*, 98 (2), 216-221. doi: 10.2105/AJPH.2007.114777

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Lynch, J.W., y Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 7-12. doi: 10.1136/jech.2004.023531

## REFERENCIAS

- Gidlow, C., Johnston, L. H., Crone, D., Ellis, N., y James, D. (2006). A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity. *Health Education Journal*, 65, 338-367. doi: 10.1177/0017896906069378
- Guba, E.G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Technology Research and Development*, 29(2), 75-91.
- Guba, E.G. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturista. En J. Gimeno Sacristán y A. Pérez Gómez (Eds.), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (pp. 148-165). Madrid: Akal.
- Guthold, R., Ono, T., Strong, K. L., Chatterji, S. y Morabia, A (2008). Worldwide variability in physical inactivity. A 51-country survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(6), 486-494. doi: 10.1016/j.amepre.2008.02.013
- Haskell, W.L., Lee, I.M. y Patel, R.R. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine Sciences Sports Exercise*, 39 (8), 1423–1434. doi: 10.1249/mss.0b013e3180616b27
- Hoebelke, R. (2008). Low-income women's perceived barriers to physical activity: focus group results. *Applied nursing research*, 21, 60-65.doi: doi.org/10.1016/j.apnr.2006.06.002
- Katherine, L., Frohlich, L. y Louise, P. (2008). The Inequality Paradox: The population approach and vulnerable populations. *American Journal of public health*, 98 (2), 216-221. doi: 10.2105/AJPH.2007.114777
- Kavanagh, A. M., Goller, J.L., King, T., Jolley, D., Crawford, D. y Turrell, G. (2005). Urban area disadvantage and physical activity: a multilevel study in Melbourne, Australia. *Journal Epidemiol Community Health*, 59, 934-940. doi: 10.1136/jech.2005.035931
- King, A. C., Castro, C., Wilcox, S., Eyler, A.A., Sallis, J.F., y Brownson, R. C. (2000). Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial–ethnic groups of US middle-aged and older-aged women. *Health psychology*, 19(4), 354. doi: 10.1037/0278-6133.19.4.354

Barreras percibidas hacia la práctica de actividad física: un estudio de caso instrumental en poblaciones desfavorecidas

Kumanyika, S. K., Whitt-Glover, M.C., Gary, T.L., Prewitt, T.E., Odoms-Young, A.M., Banks-Wallace, J., Beech, B.M., Halbert, C.H., Karanja, N., Lancaster, K.J. y Samuel-Hodge, C.D. (2007). Expanding the obesity research paradigm to reach African American communities. *Preventing Chronic Disease* 4(4).

López-Escribano, C., y Beltrán, J.A. (2009). Early predictors of reading in three groups of native Spanish speakers: Spaniards, Gypsies, and Latin Americans. *The Spanish journal of psychology*, 12(1), 84-95. doi: 10.1017/S1138741600001505

Loyer, A., Van Hecke, L., Verloigne, M., Hendriksen, I., Lakerveld, J., Steen-Johannessen, J., Vuillemin, A., Koster, A., Donnelly, A., Ekelund, U., Deforche, B., Bourdeaudhuij, I., Brug, J. y Van der Ploeg, H. (2016). Variation in population levels of physical activity in European adults according to cross-European studies: a systematic literature review within DEDIPAC. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13, 72. doi: 10.1186/s12966-016-0398-2.

Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1994) *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2005). Wisewoman: A crosscutting program to improve the health of uninsured women. Retrieved November 14, 2005, from [http://www.cdc.gov/nccdphp/aag/aag\\_wisewoman.htm](http://www.cdc.gov/nccdphp/aag/aag_wisewoman.htm).

Owen, N., Humpel, N., Leslie, E., Bauman, A. y Sallis, J.F. (2004). Understanding environmental influences on walking. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 67-76. doi: 10.1016/j.amepre.2004.03.006

Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet] Suiza: OMS; 2011 [citado 11 Ene 2015]: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Quintana, A. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. Psicología: Tópicos de actualidad. *LIMA:UNMSM*, 47-84.

## REFERENCIAS

- Parlett, M. y Hamilton, D. (1976) "Evaluation as illumination: A new approach to the study of innovative programmes", en G. Glass (Ed.), *Evaluation Studies Review Annual, I*, págs. 140-157. Beverly Hills, CA, Sage (publicado originariamente en 1972 como Occasional Paper 9, Centre for Research in the Educational Sciences, University of Edinburgh). (Trad. cast.: "La evaluación como iluminación" en J. Gimeno Sacristán y A. Pérez Gómez: *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid. Akal, 1983, págs. 450- 466.)
- Pérez Serrano, G. (1990). *Investigación-acción. Aplicaciones al campo social y educativo*. Madrid: Dykinson.
- Pérez Serrano, G. (2004). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes (vol. I. Métodos)*. Madrid: La Muralla
- Peters, J., Parry, G.D., Van Cleemput, P., Moore, J., Cooper, C.L., y Walters, S.J. (2009). Health and use of health services: a comparison between Gypsies and Travellers and other ethnic groups. *Ethnicity y health*, 14(4), 359-377. doi: 10.1080/13557850802699130
- Piéron, M. (2007). Factores determinantes en la inactividad físico-deportiva en jóvenes y adolescentes. En Ruiz,F., Venero,J.P., Méndez, Q. et al. *Actas del VII Congreso Internacional sobre la enseñanza de la educación física y el deporte escolar. "Viejos hitos y nuevos retos ante la LOE. Respuestas educativas a los problemas sociales del deporte escolar y de la obesidad infantil* (pp. 15-68).
- Ries, A.V., Blackman, L.T., Page, R.A., Gizlie, Z., Benedict, S., Barnes, K., Kelsey, K. y Carter-Edwards, L. (2014). Goal setting for health behavior change: evidence from an obesity intervention for rural low-income women. *Rural and remote health*, 14, 2682.
- Sáez Carreras, J. (1988). El debate teoría-praxis en Ciencias de la Educación y su repercusión en la Pedagogía Social. *Revista de Pedagogía Social*, 3, 5-48.
- Santiago C.C. (2008) Nos acercamos a una cultura: Los gitanos. Disponible en: [http://www.gitanos.org/publicaciones/tolerancia/pdf/10\\_los%20gitanos.pdf](http://www.gitanos.org/publicaciones/tolerancia/pdf/10_los%20gitanos.pdf)
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Ediciones Morata
- Shields, N., Synnot, A.y Barr, M. (2011). Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: a systematic review. *British journal of sports medicine*, 4, 4-11. doi:10.1136/bjsports-2011-090236

Barreras percibidas hacia la práctica de actividad física: un estudio de caso instrumental en poblaciones desfavorecidas

Sherwood, N.E. y Jeffery, R.W. (2000). The behavioral determinants of exercise: Implications for physical activity interventions. *Annual Review of Nutrition*, 20, 21– 44. doi. 10.1146/annurev.nutr.20.1.21

Sjöström M., Oja P., Hagströmer M., Smith B., y Bauman A. (2006). Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 14 (5), 291–300. doi: 10.1007/s10389-006-0031-y

Stake, R. (1995). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

Stamakis,E., Hillsdon, M., Mishra, G., Hamer, M. y Marmot, M. (2003). Television viewing and other screen-based entertainment in relation to multiple socioeconomic status indicators and área deprivation: the Scottish Health Survey. *Journal Epidemiol Community Health*, 63, 734-740. doi: 10.1136/jech.2008.085902

Taylor, S.J., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Barcelona: Paidós.

Watson-Gegeo, K.A., y Gegeo, D.W. (1982). *Calling out and repeating: two key routines in Kwara'ae children's language acquisition*. In American Anthropological Association meetings, Washington, DC.

Withall, J., Jago, R. Y Fox, K.R. (2011). Why some do but most don't. Barriers and enablers to engaging low-income groups in physical activity programmes: a mixed methods study. *BMC Public Health*, 11 (1), 507. doi: 10.1186/1471-2458-11-507

Van Lenthe, F.J., Brug, J., y Mackenbach, J.P. (2005). Neighbourhood inequalities in physical inactivity: the role of neighbourhood attractiveness, proximity to local facilities and safety in the Netherlands. *Social science and medicine*, 60(4), 763-775. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.06.013

Yin, R. (2003). *Case study research. Design and methods*. USA:Sage Publications.

ANEXOS

## **ANEXOS**

## ANEXOS

### Anexo I. Estructura de las técnicas utilizadas

#### Estructura de la entrevista. Preguntas relacionadas con los núcleos de interés a estudiar

Edad:

Nivel de estudios:

Situación laboral:

Estado civil:

Hijos:

Edad hijos:

Fumadora:

¿Crees que dónde vives es apto para realizar AF?

¿Hay alguna zona cerca del barrio para poder hacer ejercicio (ej. Ir a pasear etc.)? ¿Cuáles?

¿Qué dificultades encuentras a la hora de incorporar los hábitos saludables en tu vida diaria?

¿Qué aspectos de tu vida te impiden hacer AF?

¿Te ha ayudado Pío se mueve a hacer frente a estas dificultades? ¿Cómo?

¿Es tu familia o las obligaciones familiares un impedimento a la hora de hacer AF? ¿Por qué?

¿Es la familia una limitación a la hora de incorporar o de sacar tiempo para practicar AF diariamente? ¿Por qué?

¿Cómo te afecta tu economía a la hora de practicar AF?

¿Te ayudado Pío se mueve a buscar alternativas que te permitan realizar AF gratuitamente? ¿Y a conocer otras maneras de practicar AF?

A parte de lo comentado ¿Qué situaciones personales que te condicionan a la hora de hacer AF?

¿Cómo?

¿Tu apariencia física te condiciona a la hora de practicar AF?

Desde que comenzó el proyecto Pío se mueve ¿te ha ayudado a adaptar las situaciones personales a la hora de practica AF?

De todos los motivos que influyen en la no práctica ¿cuál es el que más te influye? ¿Por qué?

## REFERENCIAS

### Estructura grupos de discusión. Preguntas relacionadas con los núcleos de interés a estudiar

#### *Barreras de la práctica de AF:*

Se puede introducir: “Antes habéis dicho que no podéis hacer AF por falta de tiempo etc.  
¿Cuáles son los motivos qué os impiden realizar AF?

- Psicológicas/ físicas (no puedo, no me siento bien con mi cuerpo, falta de voluntad, lo que piense la gente...)
- Personales (familia, situaciones personales de cada participante)

¿Cuál es el motivo que más os impide la práctica de AF?

¿Cuáles son los motivos que os impiden realizar más práctica de AF?

¿Cuál es el motivo que más os impide dicha práctica?