

Discapacidad, actividad física y salud: modelos conceptuales e implicaciones prácticas

Disability, physical activity and health: conceptual models and practical implications

Javier Monforte, José Devís-Devís, Joan Úbeda-Colomer

Facultat de Ciències de l'Activitat Física i l'Esport. Departament d'Educació Física i Esportiva. Universitat de València. España.

CORRESPONDENCIA:

Joan Úbeda Colomer

joan.ubeda-colomer@uv.es

CÓMO CITAR EL ARTÍCULO:

Monforte, J., Devís-Devís, J., Úbeda-Colomer, J. (2020). Discapacidad, actividad física y salud: modelos conceptuales e implicaciones prácticas. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 15(45), 401-410.

Recepción: enero 2020 • Aceptación: abril 2020

Resumen

La promoción de la actividad física para la salud en personas con discapacidad debe respaldarse en una base teórica para ser efectiva. Entre otras cosas, los profesionales deben tomar decisiones informadas sobre qué modelos conceptuales de la discapacidad y la salud adoptar, ya que estos tendrán una gran influencia sobre cómo se diseñan, implementan y evalúan los programas de promoción. El presente trabajo expone tres modelos conceptuales de la discapacidad: el médico, el social y el social-relacional. Se describen sus características básicas y la concepción de la salud que llevan asociada. Asimismo, se plantean las principales críticas que han recibido los dos primeros y sus limitaciones para la promoción de la salud y la actividad física en personas con discapacidad. Por último, se propone un enfoque multidimensional para la promoción de estilos de vida activos, basado en el diálogo entre el modelo social-relacional de la discapacidad y el modelo socio-ecológico de promoción de la salud. Por todo ello, este artículo constituye un recurso de gran utilidad para los profesionales de la actividad física que trabajan para mejorar la salud y el bienestar de las personas con discapacidad.

Palabras clave: Salud pública, ejercicio, deporte adaptado, discapacidad.

Abstract

Effective physical activity promotion toward improving the health of people with disabilities requires conceptual basis. Among other things, professionals need to make informed decisions about which conceptual models of disability and health they adopt, since these will have influence over how promotion programs are designed, implemented and evaluated. The present article introduces three models of disability: the medical, the social and the social relational. Their central tenets and their associated conceptions of health are unpacked. The criticisms that the medical and social models have received are also highlighted, as well as their limitations to promote physical activity. Finally, a multidimensional approach to promoting healthy lifestyles that brings together the social relational model of disability and the social ecological model of health promotion is suggested. Therefore, this article constitutes a useful resource for physical activity professionals working to enhance the health and wellbeing of people with disabilities.

Key words: Public health, exercise, adapted sport, disability.

Introducción

En los últimos años, se ha señalado la necesidad de desarrollar programas de promoción de la actividad física (AF) dirigidos a las personas con discapacidad, habida cuenta de los altos niveles de inactividad que presenta este colectivo y las consecuencias negativas que esto acarrea para su salud física y psicosocial (Mascariñas & Blauwet, 2018). Pero para que dichos programas sean efectivos hay algunos elementos clave que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, deben estar basados en evidencias científicas y adoptar un enfoque multidimensional que permita incidir en los factores que infuyen en la AF de las personas con discapacidad a diferentes niveles (Martin Ginis, Ma, Latimer-Cheung, & Rimmer, 2016; Rimmer & Lai, 2015). Además, resulta fundamental atender a los marcos conceptuales que inevitablemente configuran la concepción tanto de la discapacidad como de la promoción de la salud, dada la influencia que dichas concepciones tienen en la práctica profesional y en los procesos de investigación (Agiovlasitis, Yun, Jin, McCubbin, & Motl, 2018).

Diversos estudios en el ámbito internacional han examinado los correlatos de la AF en personas con discapacidad con el objetivo de desarrollar intervenciones que reduzcan los niveles de inactividad en este colectivo (e.g. Eng & Martin Ginis, 2007; Haegele, Hodge, & Kozub, 2017; Martin Ginis, Papatthomas, Perrier, Smith, & SHAPE-SCI Research Group, 2017; Úbeda-Colomer, Martin Ginis, Monforte, Pérez-Samaniego, & Devís-Devís, 2019). Sin embargo, la forma en la que diferentes concepciones de la discapacidad y de la promoción de la salud pueden influir en el diseño, el contenido y el desarrollo de dichas intervenciones ha recibido escasa atención, tanto en la literatura científica como en el ámbito profesional. Con la intención de cubrir este vacío, el presente artículo plantea tres objetivos: 1) presentar los principales modelos de atención a la discapacidad y su concepción de la salud; 2) explorar sus implicaciones para el diseño y desarrollo de programas de promoción de la AF en personas con discapacidad; y 3) proponer un enfoque que permita llevar a cabo dichos programas atendiendo a todas las dimensiones y factores que influyen en la AF de este colectivo.

Para ello, siguiendo a Smith y Perrier (2014), se abordarán los tres principales modelos actuales de atención a la discapacidad: el médico, el social y el social-relacional. Se presentarán sus características básicas y la concepción de la salud que llevan asociada. En el caso de los dos primeros, se plantearán también las principales críticas que han recibido, así como las limitaciones que presentan para acometer los retos

de la promoción de la salud y la AF en personas con discapacidad. Posteriormente, se justificará el potencial del modelo social-relacional para superar dichas limitaciones. Por último, tras describir cuáles son los marcos conceptuales que afectan a la promoción de la AF y la salud en personas con discapacidad y discutir cuáles son sus implicaciones, se propondrá un enfoque multidimensional basado en el diálogo entre el modelo social-relacional de la discapacidad y el modelo socioecológico de promoción de la salud. Con este enfoque se pretende ofrecer una estructura útil que permita a los profesionales desarrollar programas de promoción de la AF y la salud en personas con discapacidad que sean adecuados, sostenibles y que atiendan las complejas necesidades del colectivo.

Antes de proceder, cabe señalar que la originalidad de nuestro planteamiento no reside principalmente en la novedad de su contenido. Los modelos conceptuales de la discapacidad han sido abordados por autores de referencia internacional en diversos trabajos que citamos a lo largo del artículo. Con todo, las implicaciones de dichos modelos y su concepción de la salud en la práctica profesional y en los programas de promoción de la AF han sido estudiadas en menor medida. Además, estimamos que, en un contexto de sobrecarga informativa y laboral, concentrar información clave y presentarla de forma concisa, accesible y rigurosa para facilitar el trabajo a los y las profesionales es una tarea académica útil y necesaria. Así pues, esperamos que el artículo constituya una herramienta de apoyo y un recurso de referencia para los y las profesionales de la AF y la discapacidad.

El modelo médico y su concepción de la salud

El modelo médico o individual tiene su origen en la Ilustración, cuando las figuras clínicas y científicas reemplazaron a la figura del líder espiritual como la autoridad cognitiva en la vida pública occidental (Haegele & Hodge, 2016). En términos generales, este modelo adopta un enfoque funcional que caracteriza la discapacidad como un trauma, una anomalía y una tragedia individual. Así, la discapacidad queda definida como cualquier restricción o carencia de capacidad que resulta de una enfermedad, deficiencia, disfunción o lesión, la cual impide un funcionamiento corporal 'correcto' o 'normal'. De esta definición se desprende que las personas con discapacidad deben someterse a tratamiento médico y acudir a programas de rehabilitación para mitigar y 'normalizar' su situación.

El modelo médico ha encajado numerosas críticas desde la década de 1960, la mayoría de las cuales

emergieron de los movimientos por los derechos de las personas con discapacidad (Smith & Bundon, 2018). Las críticas más importantes son las siguientes. Primero, el modelo médico ignora las barreras sociales, culturales y políticas que dificultan la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad. Segundo, dicho modelo adopta exclusivamente una visión individualista de la 'normalidad', basada en supuestos biofísicos. Esta visión no tiene en cuenta el papel de los determinantes sociales a la hora de definir lo que es 'normal', por lo que la normalidad toma la apariencia de lo natural, en lugar de percibirse como una construcción social. Esto puede tener consecuencias peligrosas, entre ellas la reproducción del binarismo normal/anormal y la perpetuación del capacitismo¹. Tercero, la imagen negativa y trágica de la discapacidad asociada al modelo médico contribuye a la estigmatización de las personas con discapacidad, así como al desarrollo de concepciones y actitudes estereotipadas y negativas hacia ellas². Cuarto, el énfasis en la normalización del cuerpo y la dependencia hacia los estándares médicos crea una jerarquía de poder en la que los expertos en medicina establecen exigencias funcionales y definen "lo que cuenta como un cuerpo legítimo" (Shilling, 1993, 145). Finalmente, el modelo médico ha sido criticado por localizar las 'soluciones' al 'problema' de la discapacidad únicamente en el individuo, convirtiéndose este último en el responsable de mejorar su situación independientemente de las condiciones socio-materiales en las que vive.

Las diversas críticas recibidas, junto con la aparición de nuevos modelos de comprensión de la discapacidad, que explicaremos más adelante, podrían llevar a pensar que este modelo ha perdido toda su fuerza y vigencia. Sin embargo, el modelo médico sigue funcionando en el ámbito práctico, ya sea de forma clara, visible y predecible, o bien disfrazado y oculto en formas más sutiles, a menudo difíciles de identificar. En numerosas ocasiones, el reconocimiento de la discapacidad como parte de la condición humana y los gestos inclusivos que se repiten en documentos y discursos oficiales hacen pasar la retórica por la realidad. Pero la

realidad es que las personas con discapacidad siguen enfrentando grandes desigualdades en diversos ámbitos sociales y siguen siendo concebidas y tratadas desde un prisma biomédico normativo (Goodley, 2014).

En cuanto a la salud, el modelo médico tiene una concepción individualista de la misma. Esta queda definida como ausencia de enfermedad y como la condición normal de una persona, fundamentándose para ello exclusivamente en parámetros biomédicos. Indirectamente, se considera que la discapacidad es una enfermedad que hay que tratar o una anomalía que hay que corregir. Esta concepción sitúa en el individuo la responsabilidad por conseguir la salud, olvidando los aspectos sociales, culturales, ambientales y pedagógicos que influyen en dicho proceso. En este sentido, uno de los discursos principales en los que se apoya esta concepción de la promoción de la salud y de la AF es el salutismo (Devís-Devís, Beltrán-Carrillo, & Peiró-Velert, 2017). Para Devís (2014), el salutismo hace referencia a la preocupación desmesurada por la salud y a la creencia de que la salud se logra a través del esfuerzo individual, la disciplina y las conductas diarias, ignorando otros factores sociales, culturales, económicos, políticos y medioambientales que condicionan la vida de las personas (p. 590).

El salutismo está alineado con el orden social neoliberal en tanto que la obtención de la buena salud se considera una cuestión de elección y responsabilidad individual. Vigilar la salud, ser productivo y mantener el cuerpo en la mejor forma física posible es el *sine qua non* de la autonomía individual y del 'buen ciudadano' (Cairney, McGannon, & Atkinson, 2018; Malcolm, 2017; Smith & Perrier, 2014). Por otra parte, el neoliberalismo ofrece un ecosistema para el crecimiento del capacitismo (Goodley & Lawthom, 2019). Incluso el individuo con discapacidad tiene el deber de acatar las pautas de ejercicio que marcan los expertos para acercar su salud a un estado corporal normativo.

Esta concepción de la salud, que se ha denominado también paradigma patogénico (Quennerstedt, 2008), sigue teniendo un papel predominante en el ámbito de la promoción de la salud a pesar de las múltiples críticas que ha recibido y de la aparición de otros modelos teóricos que invitan a superar sus limitaciones. Por ejemplo, en relación con la AF, diversas campañas internacionales cuya pretensión es fomentar estilos de vida activos entre la población han consistido en proporcionar recomendaciones acerca de la cantidad de AF que se debe realizar, así como animar a las personas a cumplir dichas recomendaciones con mensajes como '¡Muévete más, siéntate menos!' o '¡Levántate y muévete más!'. Sin embargo, como señalan Rhodes, McEwan, y Rebar (2019), este tipo de campañas resul-

1 El término capacitismo (*ableism*) hace referencia al conjunto de creencias, discursos y prácticas que 1) equiparan cierto tipo de sujeto y de cuerpo a una supuesta condición esencial humana de normalidad, 2) sitúan la discapacidad como una condición devaluada e inadecuada del ser humano, y 3) establecen una jerarquía según la cual las personas con discapacidad son naturalmente inferiores a las personas sin discapacidad. El capacitismo conecta con el modelo médico al plantear que la discapacidad es inherentemente negativa y que, por ende, debe ser rehabilitada o curada.

2 Estos estereotipos se producen en dos sentidos. Por un lado, las personas con discapacidad se presentan como víctimas que inspiran pena; por otro, como ejemplos de superación que han triunfado a pesar de su tragedia personal (Hardin & Hardin, 2004; Berger, 2008).

tan poco efectivas por sí solas para producir cambios en la conducta de actividad física, ya que esto requiere considerar un amplio rango de factores que influyen en dicha conducta, ya sean internos (e.g. creencias, motivación...) o externos (e.g. relaciones interpersonales, contexto socio-político). Además, como señalan Smith, Kirby, Skinner, Wightman, Lucas, & Foster (2018) los mensajes citados anteriormente son mensajes *capacitistas* en la medida en que reproducen un prejuicio que favorece determinados tipos de cuerpo, es decir, los cuerpos sin limitaciones físicas. En consecuencia, reproducen la discriminación hacia las personas con discapacidad, como por ejemplo las usuarias de sillas de ruedas.

En este sentido, el modelo médico de atención a la discapacidad adopta lo que Devís y Peiró (1992) denominan una concepción terapéutico-preventiva de la AF. Así, la función de la misma es curar o prevenir las enfermedades secundarias asociadas a cada tipo de discapacidad como si de un medicamento se tratase. Aunque la idea del ejercicio como forma de medicina no es nueva (e.g. Berryman, 2010; García-Fraguas, 1901), se ha convertido en un eslogan popular entre los investigadores adscritos al ámbito de la salud pública del siglo XXI (e.g. Sallis, 2009; Pedersen & Saltin, 2015). Esta corriente es especialmente relevante en el ámbito de la discapacidad, debido a la “importancia ampliada” de obtener los beneficios de la AF en este colectivo cuyas desventajas en cuestión de salud son mayores comparadas con la población general (Anderson & Heyne, 2011; Martin, 2013). Otra función que se le atribuye a la AF es la de ser el medio principal a través del cual recuperar la funcionalidad perdida después de adquirir una discapacidad. Papatthomas, Williams y Smith (2015) llaman a esto “ejercicio como restitución”. La restitución suele invocarse en contextos de rehabilitación funcional y representa un viaje de retorno a la salud y la normalidad (Monforte, Pérez-Samaniego, & Devís-Devís, 2018). No obstante, a pesar de las sólidas evidencias acerca de los beneficios saludables de la AF para las personas con discapacidad (e.g. Anderson & Heyne, 2010; Martin, 2013; Patel & Greydanus, 2010) y del papel motivante que puede jugar la restitución para la práctica de AF (Papatthomas et al., 2015; Perrier, Smith, & Latimer-Cheung, 2013), resulta necesario hacer ciertas consideraciones críticas al respecto.

En primer lugar, reducir la AF a ‘medicina’ limita la comprensión de la experiencia y de las posibilidades dentro de la misma (Smith, 2016). De forma similar, reducirla a ‘restitución’ puede conllevar que las opciones de participación en AF se reduzcan a contextos de rehabilitación activa en detrimento de otras activida-

des físicas alternativas más placenteras, cuya diversidad puede aportar mayores beneficios psicosociales y contribuir a una participación en AF a largo plazo (Perrier et al., 2013). Cuando la única motivación para realizar AF es recuperarse de la discapacidad o lesión, se pueden generar mayores sentimientos de frustración y desánimo si no se realizan progresos al ritmo esperado o si la restitución resulta finalmente imposible. Además, al obviar el disfrute, la diversión y la posibilidad de establecer relaciones sociales como motivos importantes para realizar AF puede producirse el abandono total de la misma cuando la recuperación no se percibe posible o no se obtienen beneficios saludables tangibles e inmediatos (Papatthomas et al., 2015).

Los modelos social y social-relacional y su concepción de la salud

Las críticas al modelo médico de la discapacidad dieron lugar a una comprensión contrapuesta de la discapacidad, que se extendió a partir de la década de 1970 bajo el nombre de modelo social (Shakespeare & Watson, 2001). Este modelo redefine la discapacidad como un proceso de exclusión social y considera que las personas con discapacidad son un colectivo vulnerado. En contraposición al modelo médico, la discapacidad no se presenta como un problema individual causado por defectos corporales, sino más bien como un fenómeno vinculado a las barreras socio-estructurales que restringen la participación en actividades cotidianas a las personas con discapacidad (Barnes, 1991; Finkelstein, 1980; Oliver, 1990).

En este modelo, los términos discapacidad y deficiencia se separan. El modelo social no establece una relación inherente entre ambos. Tener una deficiencia o afectación no implica tener una discapacidad, ya que la discapacidad se entiende como una construcción social y una restricción externa. Son las carencias materiales del ambiente o las actitudes negativas, y no las deficiencias corporales, las que producen la discapacidad, es decir, las que *discapacitan* (Oliver, 1996). Por tanto, la discapacidad debe abordarse reconstruyendo los sistemas sociales y eliminando las barreras existentes que segregan a las personas con discapacidad. La prioridad no es encontrar una cura médica, sino emprender una serie de acciones políticas que eliminen de raíz todas las barreras con el objetivo de promover la inclusión y el bienestar de las personas con *hándicaps* funcionales. Esta voluntad es la base del modelo social, aunque dentro de este coexisten perspectivas teóricas y políticas con diferentes énfasis. Por ejemplo, mientras que el *construccionismo social* enfatiza las

prácticas culturales y las barreras sociales, y focaliza su atención en cuestiones de *reconocimiento*, el sector marxista vincula la discapacidad con la forma de producción y la organización social del trabajo, y defiende la *redistribución* de aspectos materiales como el empleo, la vivienda, y la riqueza (Butler & Fraser, 2000).

En general, las contribuciones realizadas bajo el paraguas del modelo social han tenido un gran impacto en la mejora de los derechos de las personas con discapacidad. Este modelo ofrece a las personas con discapacidad una forma de entender que el problema no son ellas mismas, sino la sociedad, y que, por tanto, quien tiene que cambiar es la sociedad, y no ellas. De esta manera, constituye una fuente de empoderamiento y una forma de restaurar la autonomía y soberanía del colectivo y los individuos que lo componen. En todo caso y pese a sus grandes aportaciones, el modelo social también ha encajado algunas críticas que han ido ganando en complejidad a partir del trabajo precursor de Hughes y Paterson (1997).

En primer lugar, al centrar su atención en los aspectos sociopolíticos que constituyen la discapacidad y no atender al papel que puede jugar la deficiencia, el modelo social ignora un aspecto fundamental de la experiencia de muchas personas: la propia vivencia del cuerpo. Reducir la discapacidad a la presencia de barreras socio-estructurales es algo simplista, puesto que se pasan por alto aspectos importantes como el dolor crónico, la adaptación a un nuevo funcionamiento corporal o el cambio en la forma de moverse, entre otros. En segundo lugar, la idea de un mundo libre de barreras es utópica –en el mal sentido de la palabra–, dado que resulta inviable adaptar ciertos territorios para que sean universalmente practicables (Shakespeare, 2014). En tercer lugar, el modelo social descuida varias dimensiones personales de la discapacidad como la identidad, la regulación emocional o el bienestar psicológico. Al ignorarlas, el conocido eslogan ‘lo personal es político’ pierde su sentido, ya que las circunstancias privadas de las personas son separadas de los asuntos públicos (Smith & Bundon, 2018). Por último, el modelo social no logra captar la complejidad y heterogeneidad de experiencias y realidades de las personas con discapacidad. La opresión hacia las personas con discapacidad se encuentra en la intersección de diversas categorías sociales y no actúa de forma independiente a otras formas de opresión como el racismo, el sexismo, el clasismo o la *gordofobia*. Por tal motivo, el modelo social margina ciertas experiencias de estas personas y deja de lado otras capas de subjetividad que son fundamentales en el bienestar general de las personas con discapacidad. Es ante estas críticas que surge el modelo social-relacional.

El modelo social-relacional, planteado originalmente por Thomas (2007) en el libro *Sociologies of Disability and Illness*, es una extensión del modelo social. Trata de superar las limitaciones de los modelos anteriores al considerar las diferentes dimensiones de la experiencia corporal –biológica, psicológica y social– y al incorporar la dimensión subjetiva y emocional de la discapacidad sin apoyarse en una explicación exclusivamente individual. Así, la discapacidad aparece como un fenómeno producido por la interacción constante entre las características de las personas, sus vivencias y las influencias de la sociedad en la que están inmersas. En línea con el modelo social original, este nuevo modelo concede una gran relevancia a las barreras sociales y del entorno que excluyen y oprimen a las personas con discapacidad. Con todo, este modelo alternativo también da cuenta de los procesos y prácticas sociales que limitan el bienestar psicológico y emocional de las personas con alguna deficiencia. Al contrario que el modelo social, el social-relacional reconoce la importancia de la deficiencia. Las restricciones que experimentan las personas con discapacidad no solo responden a una imposición social, sino que también las deficiencias o afectaciones biológicas pueden ser causantes directos de restricción en algunas actividades, lo que Thomas denomina “efectos de la deficiencia” (*impairment effects*) (Thomas, 2004). Por tanto, el modelo social-relacional consigue superar las limitaciones de los dos modelos anteriores, en tanto que reconoce la discapacidad como un fenómeno complejo que se produce en la intersección de factores biológicos, psicológicos, culturales y sociopolíticos.

En cuanto a la concepción de la salud del modelo social y del modelo social-relacional, ambos asumen el carácter multidimensional y dinámico de la misma, viendo a las personas con discapacidad globalmente y dentro de su contexto. De este modo, supone una alternativa a la visión individualista que adopta el modelo médico. Esta concepción de la salud también se ha denominado paradigma salutogénico o salutogénesis (Quennerstedt, 2008). Desde esta concepción, la salud constituye un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud). Este estado de bienestar no se considera un producto, sino un proceso dinámico y continuo que se genera y se regenera en la relación entre las realidades personales, sociales y ambientales. Así, la discapacidad no se equipara en absoluto con la enfermedad, puesto que las personas con discapacidad pueden gozar de buena salud, bienestar y calidad de vida (Agiovlasitis et al., 2018).

Desde el modelo social y el modelo social-relacional, el objetivo de la promoción de la AF en relación con la



Figura 1. Modelo socio-ecológico de promoción de la salud. Adaptado de Vasudevan et al. (2015).

salud no es únicamente prevenir y evitar la enfermedad, sino también mejorar los recursos saludables de las personas con discapacidad. Con recursos saludables nos referimos a los conocimientos y habilidades críticas que posibilitan al colectivo de personas con discapacidad mantener relaciones sostenibles con sus cuerpos, con los demás y con el entorno físico y social en el que existen. Sin embargo, a pesar de que el modelo social adopta en principio esta concepción multidimensional de la salud, se puede observar una brecha entre teoría y práctica que conlleva ciertas limitaciones en el ámbito de la promoción de la AF entre las personas con discapacidad. En primer lugar, al afirmar que todas las restricciones en la participación son impuestas socialmente y que la deficiencia en sí misma no juega ningún papel, resulta imposible comprender en profundidad las experiencias personales de las personas con discapacidad en la AF y analizar rigurosamente las opciones de participación más adecuadas y sostenibles para cada una. En segundo lugar, ciertos problemas biológicos, como el dolor crónico y la fatiga que conllevan algunas discapacidades, tienen una gran influencia en la práctica de AF (Martin Ginis et al., 2016; Úbeda-Colomer, Devís-Devís, & Sit, 2019), por lo que resulta de vital importancia conocerlos y evaluarlos correctamente para adaptar la AF en consecuencia. Por último, obvia la disrupción biográfica que a menudo supone adquirir una discapacidad y que afecta por completo a la relación de uno mismo con el propio cuerpo (Charmaz, 1995) y, por tanto, a la práctica de AF.

El modelo social-relacional, en cambio, sí supone una expansión teórica importante para comprender en toda su complejidad qué problemas y limitaciones encuentra este colectivo para mantener un estilo de vida activo y saludable. Por una parte, al conceder un papel relevante a los factores sociales y del entorno que influyen en la construcción y experiencia de la discapacidad, pone de manifiesto la responsabilidad de

las instituciones públicas para garantizar los derechos de este colectivo, en este caso el acceso a los beneficios saludables de la AF. Por otra parte, al reconocer la influencia que pueden ejercer los factores biológicos, personales y la relación con el propio cuerpo, el modelo social-relacional permite analizar e identificar con mayor rigor las opciones de participación en AF más adecuadas y sostenibles en el tiempo para cada persona de acuerdo con sus características individuales. El modelo social-relacional, por tanto, supera la brecha a la que hemos aludido en el caso del modelo social y mantiene una total coherencia con perspectivas multidimensionales de promoción de la salud. Entre estas perspectivas, consideramos especialmente útil y relevante destacar la socio-ecológica.

La perspectiva socio-ecológica de promoción de la salud sostiene que el comportamiento humano es resultado de la interacción compleja y constante entre múltiples niveles de influencia, incluyendo factores individuales, sociales y del entorno (McLeroy, Bebeau, Steckler, & Glanz, 1988; Lawson, 1992; Stokols, 1992). Dichos niveles de influencia son interdependientes, es decir, que ejercen influencia recíproca unos sobre otros. Por tanto, las intervenciones realizadas en uno de los niveles pueden generar efectos en los demás niveles. Entre los niveles de influencia que se han planteado en distintos modelos basados en el enfoque socio-ecológico, consideramos especialmente relevante destacar los cuatro niveles propuestos por Vasudevan, Rimmer y Kviz (2015) para el estudio de las barreras para la AF que experimentan las personas con discapacidad: 1) intrapersonal, que recoge factores individuales biológicos y psicológicos, como el estado de salud o la falta de motivación; 2) el nivel interpersonal, referido a la influencia de los otros significativos (familiares, amistades...) en la práctica de AF; 3) el nivel organizacional, que engloba factores institucionales, como la falta de instalaciones deportivas o

su poca accesibilidad; y 4) el nivel de comunidad, que comprende factores más globales, como el transporte público o el entorno construido.

Una de las aportaciones más relevantes del enfoque socio-ecológico es que co-responsabiliza a los poderes públicos de la salud de la ciudadanía. Al conceder un papel clave al entorno, tanto el institucional-comunitario como el físico, pone sobre la mesa elementos (e.g. escuelas, diseño urbano, instalaciones, espacios al aire libre, leyes) sobre los que las intenciones políticas pueden intervenir directamente para fomentar la salud de las personas (Heath, Brownson, Kruger, Miles, Powell, & Ramsey, 2012). Por tanto, el enfoque socio-ecológico va más allá de los enfoques de promoción de la AF centrados excesivamente en los factores individuales y ofrece nuevas soluciones a los retos que plantea la promoción de la salud en la sociedad actual.

Una de las críticas que ha recibido el enfoque socio-ecológico es la falta de precisión en su formulación teórica debido a la ausencia de constructos operacionales, en contraste con las teorías de cambio de conducta más centradas en el individuo (e.g. Teoría de la Conducta Planeada, Teoría de la Autodeterminación), las cuales definen con detalle sus constructos clave y las relaciones entre ellos. Además, diversos autores han señalado que, aunque no cabe duda de que la AF se ve afectada por factores de diversos niveles de influencia, las variables socio-cognitivas como la intención o la auto-eficacia siguen siendo las que explican en mayor medida la AF (Rhodes, 2017). En cualquier caso, esto no entra en conflicto con la perspectiva socio-ecológica, que sitúa al individuo en el marco de un sistema más amplio. Los factores personales siguen ocupando un lugar relevante, pero siempre conectados con los factores sociales y del entorno que tradicionalmente se habían dejado en segundo plano. Así pues, la perspectiva socio-ecológica es perfectamente compatible y puede complementarse con otras teorías de cambio de conducta como las mencionadas anteriormente (Sallis, Owen, & Fisher, 2015; Sniehotta, Araújo-Soares, Brown, Kelly, Michie, & West 2017). Del mismo modo, el modelo social-relacional pone el foco en los factores sociales, culturales y políticos que influyen en la construcción de la discapacidad, pero no olvida las características individuales y el papel que estas juegan en interacción con dichos factores. Ambos marcos conceptuales comparten, pues, unos principios básicos que les permiten superar muchas de las limitaciones de los modelos que les preceden, por lo que su utilización conjunta presenta un enorme potencial en relación con la promoción de la salud y la AF en personas con discapacidad.

A modo ilustrativo, nos situaremos en el marco de un hipotético programa de promoción de la AF dirigido a personas con lesión medular. En primer lugar, se debería realizar un análisis riguroso sobre la deficiencia en cuestión, reconociendo e identificando los efectos y las condiciones secundarias de salud que se derivan de la misma. Por ejemplo, una lesión autonómica completa en la sexta vértebra torácica o en niveles superiores suele llevar asociada una pérdida de la función autonómica que se traduce en una reducción de la frecuencia cardíaca máxima y una menor capacidad de sudoración, por lo que la termorregulación se puede ver comprometida. Además, las personas con lesión medular presentan con frecuencia dolor crónico músculoesquelético y/o neuropático. Un conocimiento profundo sobre estos factores resultaría necesario para poder evaluar con rigor las mejores opciones de práctica física. El problema del modelo médico y su concepción individual de la salud sería que, después de realizar dicho análisis, se limitaría a 'prescribir' ejercicios y actividades apropiadas, en muchos casos de rehabilitación funcional, sin tener en cuenta cómo diversos factores sociales y del entorno podrían dificultar o impedir la realización de dichas actividades. Desde el modelo social sí se considerarían dichos factores externos. Sin embargo, al no prestar la debida atención a los efectos biológicos y a las restricciones directas que puede causar la deficiencia, estaría pasando por alto elementos de gran relevancia.

Bajo el prisma del modelo social-relacional, en cambio, se podría realizar un riguroso análisis de la experiencia de la discapacidad, incluyendo tanto los efectos de la deficiencia como su interacción con diversos factores sociopolíticos que pueden afectar la vida de estas personas (e.g. aislamiento social, desigualdad en el acceso al trabajo, barreras arquitectónicas). Además, en vez de centrarse únicamente en actividades de rehabilitación funcional, que son el referente del modelo médico, se considerarían todo tipo de actividades, tanto adaptadas como inclusivas, que atendiesen también a la dimensión emocional y social. Si incorporamos a la ecuación el modelo socio-ecológico de promoción de la salud, los efectos de la deficiencia (dolor crónico, menor termorregulación...) y la experiencia corporal que genera se insertarían en el nivel intrapersonal junto con otros factores relevantes, como la motivación o la percepción de competencia. Pero, lejos de quedarse en este nivel, se atendería también al resto de niveles. Así, se deberían considerar aspectos como el apoyo de familiares y amistades en el nivel interpersonal, la disponibilidad de instalaciones deportivas accesibles y de programas de AF adaptados en el nivel organizacional, o la existencia de transporte público adaptado

o de ayudas sociales para la práctica de AF en el nivel comunitario, entre muchos otros (Martin Ginis et al., 2016). Además, como hemos señalado, tanto el modelo social-relacional como el modelo socio-ecológico prestan especial atención a la interacción compleja que se produce entre factores de los distintos niveles. Por ejemplo, la existencia de programas de AF adaptada, en el nivel organizacional, o el apoyo de amistades y familiares, en el nivel interpersonal, podrían afectar de forma positiva a la motivación, que es un factor intrapersonal.

Al atender todos estos niveles de influencia y sus complejas relaciones, parece razonable afirmar que un programa de promoción de la AF informado por los modelos social-relacional y socio-ecológico tendría mayores posibilidades de éxito en comparación con los otros modelos expuestos.

Reflexiones finales

Actualmente, existen una gran cantidad de evidencias científicas que demuestran la relevancia de los factores sociales y del entorno a la hora de facilitar o impedir la práctica de AF de las personas con discapacidad (e.g. Jaarsma, Dijkstra, Geertzen, & Dekker, 2014; Kissow, 2015; Martin Ginis et al., 2016). Por tanto, la voluntad de llevar un estilo de vida activo es un elemento necesario, pero no suficiente, cuando existen una amplia variedad de barreras que están fuera del control personal (e.g. falta de oferta de AF adaptada, falta de formación de los profesionales de los centros deportivos, instalaciones no accesibles, falta de adaptación en el transporte público, etc.). En este sentido, como señala la Organización Mundial de la Salud (2004), uno de los retos más importantes que enfrenta la promoción de la AF es el desarrollo de políticas que impliquen a diferentes sectores (e.g. profesionales de la salud, investigadores, asociaciones de la comunidad, poder legislativo) para producir cambios a todos los niveles (motivación y educación de las personas, entornos sociales adecuados, políticas de recreación, urbanismo y espacios al aire libre...). Concretamente, en el ámbito de la promoción de la AF para personas con discapacidad, se ha señalado como reto relevante el aumento de la colaboración entre el sector médico-rehabilitador y los sectores comunitarios (Rimmer & Lai, 2015).

El enfoque socio-ecológico, al considerar la influencia de los factores personales, culturales, institucionales y socio-políticos, así como sus interrelaciones, ofrece un marco idóneo para abordar dichos retos (Martin Ginis et al., 2016). Además, este enfoque resulta especialmente relevante en el colectivo de personas con discapacidad por dos razones fundamentales. En primer lugar, como hemos señalado anteriormente, las personas con discapacidad enfrentan una mayor cantidad de barreras socio-culturales, institucionales y estructurales que la población general, por lo que atender directamente estas dimensiones resulta más necesario, si cabe. En segundo lugar, el enfoque socio-ecológico de promoción de la salud armoniza con el modelo social-relacional de la discapacidad que entiende la misma de manera multidimensional, es decir, en la intersección de factores biológicos, psicológicos, culturales y socio-políticos. Por tanto, la combinación de ambos marcos conceptuales puede resultar especialmente útil para entender y promocionar la AF en el colectivo de personas con discapacidad desde una perspectiva holística e interdisciplinar que atienda la complejidad y la relación entre todos los factores implicados.

En conclusión, a pesar de los avances teóricos expuestos, de la retórica inclusiva de normativas y leyes, y de los esfuerzos que se han realizado desde distintos ámbitos por promover visiones alternativas que superen las limitaciones del modelo médico de la discapacidad y de la concepción individualista de la salud que lleva aparejada, estos siguen gozando de un gran protagonismo. Por ello, resulta imprescindible reconocer las formas en las que se sigue manifestando el modelo médico para seguir avanzando hacia una concepción social-relacional de la discapacidad que se refleje en el día a día de este colectivo de forma real y efectiva, en todos los ámbitos. Específicamente, con el presente artículo invitamos a todos los profesionales del ámbito de la salud pública y de la AF a pensar conjuntamente el modelo social-relacional y la perspectiva socio-ecológica para caminar hacia una concepción multidimensional de la promoción de la AF y la salud en personas con discapacidad. Consideramos que la combinación de ambos marcos teóricos es especialmente adecuada y útil para abordar las desigualdades que experimenta este colectivo a la hora de adoptar estilos de vida activos y saludables.

BIBLIOGRAFÍA

- Agiovlasitis, S., Yun, J., Jin, J., McCubbin, J. A., & Motl, R. W. (2018). Physical activity promotion for persons experiencing disability: the importance of interdisciplinary research and practice. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 35(4), 437-457. doi: 10.1123/apaq.2017-0103.
- Anderson, L. S., & Heyne, L. A. (2010). Physical activity for children and adults with disabilities: an issue of "amplified" importance. *Disability and Health Journal*, 3(2), 71-73. doi: 10.1016/j.dhjo.2009.11.004.
- Barnes, C. (1991). *Disabled people in Britain and discrimination*. London: Hurst and Co.
- Berger, R. J. (2008). Disability and the dedicated wheelchair athlete: Beyond the "supercrip" critique. *Journal of Contemporary Ethnography*, 37(6), 647-678. doi: 10.1177/0891241607309892.
- Berryman, J. W. (2010). Exercise is medicine: a historical perspective. *Current Sport Medicine Reports*, 9(4), 195-201. doi: 10.1249/JSR.0b013e3181e7d86d.
- Butler, J. & Fraser, N. (2000). ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate entre marxismo y feminismo. Madrid: Traficantes de sueños.
- Cairney, J., McGannon, K. R., & Atkinson, M. (2018). Exercise is medicine: Critical considerations in the qualitative research landscape. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 10(4), 391-399. doi: 10.1080/2159676X.2018.1476010
- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: adapting to impairment. *The Sociological Quarterly*, 36(4), 657-680. doi: 10.1111/j.1533-8525.1995.tb00459.x
- Beltrán-Carrillo, V. J., Devís-Devís, J., & Peiró-Velert, C. (2018). The influence of body discourses on adolescents'(non) participation in physical activity. *Sport, Education and Society*, 23(3), 257-269. doi: 10.1080/13573322.2016.1178109.
- Devís-Devís, J. (2014). Salutismo. En F.J. González, P.E. Fensterseifer (orgs.) *Dicionário Crítico de Educação Física*, 3a ed. (pp. 590-593). Ijuí: Unijuí.
- Eng, J. J., & Martin Ginis, K. A. (2007). Using the Theory of Planned Behavior to predict leisure time physical activity among people with chronic kidney disease. *Rehabilitation Psychology*, 52(4), 435-442. doi: 10.1037/0090-5550.52.4.435.
- Finkelstein, V. (1980). *Attitudes and disabled people*. New York: World Rehabilitation Fund.
- García-Fraguas, J. E. (1901). *Estudios de física terapéutica. El medicamento ejercicio corporal*. Zaragoza: Emilio Casañal.
- Goodley, D. (2014). *Dis/ability studies: Theorising disability and ableism*. London: Routledge.
- Goodley, D., & Lawthorn, R. (2019). Critical disability studies, Brexit and Trump: a time of neoliberal-ableism. *Rethinking History*, 23(2), 233-251. doi: 10.1080/13642529.2019.1607476.
- Haeghele, J. A., & Hodge, S. R. (2016). Disability Discourse: Overview and Critiques of the Medical and Social Models. *Quest*, 68(2), 193-206. doi: 10.1080/00336297.2016.1143849.
- Haeghele, J. A., Hodge, S. R., & Kozub, F. M. (2017). Beliefs about physical activity and sedentary behaviors of adults with visual impairments. *Disability and Health Journal*, 10, 571-579. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.03.008.
- Hardin, B., & Hardin, M. (2004). Distorted pictures: Images of disability in physical education textbooks. *Adapted physical activity quarterly*, 21(4), 399-413. doi: 10.1123/apaq.21.4.399.
- Heath, G. W., Brownson, R. C., Kruger, J., Miles, R., Powell, K. E., & Ramsey, L. T. (2012). The effectiveness of urban design and land use and transport policies and practices to increase physical activity: A systematic review. *Journal of Physical Activity and Health*, 3, 55-76. doi: 10.1123/jpah.3.s1.s55.
- Hughes, B., & Paterson, K. (1997). The social model of disability and the disappearing body: towards a sociology of impairment. *Disability & Society*, 12(3), 325-340. doi: 10.1080/09687599727209.
- Jaarsma, E. A., Dijkstra, J. H., Geertzen, J. H., & Dekker, R. (2014). Barriers to and facilitators of sports participation for people with physical disabilities: A systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 24(6), 871-881. doi: 10.1111/sms.12218.
- Kissow, A. M. (2015). Participation in physical activity and the everyday life of people with physical disabilities: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 17(2), 144-166. doi: 10.1080/15017419.2013.787369.
- Lawson, H. A. (1992). Toward a socioecological conception of health. *Quest*, 44, 105-121. doi: 10.1080/00336297.1992.10484044.
- Malcolm, D., 2017. *Sport, medicine and health: the medicalization of sport?*. London: Routledge
- Martin, J. J. (2013). Benefits and barriers to physical activity for individuals with disabilities: a social-relational model of disability perspective. *Disability and Rehabilitation*, 35(24), 2030-2037. doi: 10.3109/09638288.2013.802377.
- Martin Ginis, K. A., Ma, J. K., Latimer-Cheung, A. E., & Rimmer, J. H. (2016). A systematic review of review articles addressing factors related to physical activity participation among children and adults with physical disabilities. *Health Psychology Review*, 10(4), 478-494. doi: 10.1080/17437199.2016.1198240.
- Mascarinas, A., & Blauwet, C. (2018). Policy and advocacy initiatives to promote the benefits of sports participation for individuals with disability. In De Luigi A. J. (Ed.), *Adaptive Sports Medicine* (pp. 371-384). Cham: Springer.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377. doi: 10.1177/109019818801500401.
- Monforte, J., Pérez-Samaniego, V., & Devís-Devís, J. (2018). The Anabasis of Patrick: travelling an allegorical narrative map of illness and disability. *Psychology of Sport & Exercise*, 37, 235-243. doi: 10.1016/j.psychsport.2017.10.005.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Basingstoke: Macmillan.
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: from theory to practice*. Basingstoke: Macmillan.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: WHO Press.
- Papathomas, A., Williams, T. L., & Smith, B. (2015). Understanding physical activity participation in spinal cord injured populations: Three narrative types for consideration. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), 27295. doi: 10.3402/qhw.v10.27295.
- Patel, D. R., & Greydanus, D. E. (2010). Sport participation by physically and cognitively challenged young athletes. *Pediatric Clinics of North America*, 57, 795-817. doi: 10.1016/j.pcl.2010.03.002.
- Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 25(Suppl. 3), 1-72. doi: 10.1111/sms.12581.
- Perrier, M. J., Smith, B., & Latimer-Cheung, A. E. (2013). Narrative environments and the capacity of disability narratives to motivate leisure-time physical activity among individuals with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 35(24), 2089-2096. doi: 10.3109/09638288.2013.821179.
- Quennerstedt, M. (2008). Exploring the relation between physical activity and health—a salutogenic approach to physical education. *Sport, education and society*, 13(3), 267-283. doi: 10.1080/13573320802200594.
- Rhodes, R. E. (2017). The evolving understanding of physical activity behavior: A multiprocess action control approach. En A. J. Elliot (Vol. Ed.), *Advances in motivation science: 4* (pp. 171-205). Cambridge, MA: Elsevier Academic Press.
- Rhodes, R. E., McEwan, D., & Rebar, A. L. (2019). Theories of physical activity behaviour change: A history and synthesis of approaches. *Psychology of Sport & Exercise*, 42, 100-109. doi: 10.1016/j.psychsport.2018.11.010.
- Rimmer, J., & Lai, B. (2015). Framing new pathways in transformative exercise for individuals with existing and newly acquired disability. *Disability and Rehabilitation*, 39(2), 173-180. doi: 10.3109/09638288.2015.1047967.
- Sallis, R. E. (2009). Exercise is medicine and physicians need to prescribe it. *British Journal of Sports Medicine*, 43(1), 3-4. doi: 10.1136/bjism.2008.054825.
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. (2015). Ecological models of health behavior. In K. Glanz (Ed.). *Health behavior: Theory, research, and practice* (pp. 43-64). San Francisco: Jossey-Bass.

- Shakespeare, T., & Watson, N. (2001). The Social Model of Disability: An Outdated Ideology? *Research in Social Science and Disability*, 2, 9–28. doi: 10.1016/S1479-3547(01)80018-X.
- Shakespeare, T. (2014). *Disability Rights and Wrongs Revisited*. Oxford: Routledge.
- Shilling, C. (2008). *Changing Bodies. Habit, Crisis and Creativity*. London: Sage.
- Smith, B., Kirby, N., Skinner, B., Wightman, L., Lucas, R., & Foster, C. (2019). Infographic. Physical activity for disabled adults. *British Journal of Sports Medicine*, 53, 335-336. doi: 10.1136/bjsports-2018-100158.
- Smith, A. (2016). Exercise is recreation not medicine. *Journal of Sport and Health Science*, 5, 129–134. doi: 10.1016/j.jshs.2016.03.002.
- Smith, B., & Bundon, A. (2018). Disability models: explaining and understanding disability sport in different ways. In I. Brittain, A. Beacom (eds.), *The Palgrave Handbook of Paralympic Studies* (pp. 15-34). London: Palgrave McMillan.
- Smith, B., & Perrier, M. J. (2014). Disability, sport and impaired bodies. A critical approach. En R. J. Schinke & K. R. McGannon (Eds.), *The psychology of sub-culture in sport and physical activity: Critical perspectives* (pp. 95-106). London: Routledge.
- Sniehotta, F. E., Araújo-Soares, V., Brown, J., Kelly, M. P., Michie, S., & West, R. (2017). Complex systems and individual-level approaches to population health: A false dichotomy? *The Lancet Public Health*, 2, e396–e397. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30167-6.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments. Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22. doi: 10.1037//0003-066x.47.1.6.
- Thomas, C. (2004). How is disability understood? An examination of sociological approaches. *Disability & Society*, 19(6), 569-583. doi: 10.1080/0968759042000252506.
- Thomas, C. (2007). *Sociologies of Disability and Illness*. London: Palgrave.
- Úbeda-Colomer, J., Devís-Devís, J. & Sit, C. H. P. (2019). Barriers to physical activity in university students with disabilities: differences by sociodemographic variables. *Disability and Health Journal*, 12(2), 278-286. doi: 10.1016/j.dhjo.2018.11.005.
- Úbeda-Colomer, J., Martin Ginis, K., Monforte, J., Pérez-Samaniego, V. & Devís-Devís, J. (2019). Predicting physical activity in university students with disabilities: the role of social ecological barriers in the Theory of Planned Behaviour. *Disability and Health Journal*, 12(4), 574-580. doi: 10.1016/j.dhjo.2019.06.008.
- Vasudevan, V., Rimmer, J. H., & Kviz, F. (2015). Development of the Barriers to Physical Activity Questionnaire for People with Mobility Impairments. *Disability and Health Journal*, 8(4), 547-556. doi: 10.1016/j.dhjo.2015.04.007.