

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

**ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA. UN
ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN
SOCIAL DE LA SALUD**

Jeyner Jiménez Rodríguez

**Trabajo de grado para optar al título de
Magíster en Actividad Física y Salud**

Universidad del Rosario

**Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Maestría en Actividad Física y Salud**

Bogotá, 2015

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA. UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

Jeyner Jiménez Rodríguez

Tutor:

Claudia Margarita Cortés García

Trabajo de grado para optar al título de

Magíster en Actividad Física y Salud

Universidad del Rosario

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Maestría en Actividad Física y Salud

Bogotá, 2015

Resumen

El objetivo de este trabajo fue analizar la construcción social del conocimiento en Actividad física desde dos planteamientos teóricos de la salud centrando el análisis en la relación con la imagen corporal y las condiciones de vida. Se trata de un estudio teórico desde el análisis de contenido de corte narrativo de 98 artículos desarrollado en cinco etapas a través de: rastreo de documentos en bases de datos en el periodo 2000-2014, revisión de artículos, y análisis y hallazgos de significados, sentidos o contenidos. Como hallazgo importante se puede mencionar que en la literatura científica relacionada con la triada Actividad física-imagen corporal-condiciones de vida predomina la construcción del conocimiento a partir de modelos hegemónicos y dominantes que priorizan la intensidad, la frecuencia y el tiempo dedicado a la AF, la estandarización en la comparación de la apariencia física y la medición de elementos materiales en el modo de vivir de las personas, principalmente desde el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Se concluye que es necesario revisar las poblaciones que incluyendo en los estudios al estar concentrados el conocimiento en solo unos grupos; así como se hace explícita la necesidad de revisar cuales son los aportes de la Educación Física y otras disciplinas (ciencias sociales) para una mayor comprensión teórica y práctica de la AF.

Palabras clave: actividad física, imagen corporal, condiciones de vida, construcción social del conocimiento en salud, determinantes sociales de la salud, determinación social de salud.

Abstract

The aim of this study was to analyze the social construction of knowledge in physical activity from two theoretical approaches to health focusing the analysis on the relationship with body image and living conditions. This is a theoretical study from the analysis narrative content of 98 articles cut developed in five stages through: Document tracking database in the period of 2000-2014, review articles, and analysis and findings of meanings, senses or contents. As important finding can be mentioned in the scientific literature related to the triad physical-picture activity body-living dominates the construction of knowledge from hegemonic and dominant models that prioritize the intensity, frequency and time spent on the AF, standardization in comparing physical appearance and measurement of material elements in the lifestyle of people, mainly from addressing the social determinants of health. It concludes that it is necessary to revise populations including studies to be concentrated in a few knowledge groups; and it made explicit the need to review which are the contributions of physical education and other disciplines (social sciences) for further A.F theoretical and practical understanding.

Key words: physical activity, body image, living conditions, social construction of knowledge in health, social determinants of health, Latin American social epidemiology.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	10
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1 Determinantes sociales de la salud. La salud como un proceso social, más allá de los estados en salud y los resultados en salud.	166
2.2 La Determinación social de la salud y Medicina Social Latinoamericana. La crítica al modelo hegemónico.	20
2.3 Actividad física: hábito, promoción, prevención.	24
2.4 Imagen Corporal: cuidado o belleza del cuerpo.....	277
2.5 Condiciones de vida, modos de vivir	30
2.6 Sociología del conocimiento: el conocimiento se construye socialmente	34
3. METODOLOGÍA	36
4. RESULTADOS.....	41
4.1 Imagen corporal. Una aproximación tímida a los debates desde las discusiones en la Actividad física	42
4.2 Actividad física. De la medición de la cantidad de actividad física y de los beneficios de la práctica regular.....	46
4.3 Condiciones de vida. Influencia en el concepto y práctica de la actividad física. .	50
4.4 Rastreado los determinantes sociales de la salud y la determinación social de la salud. La lectura desde la medicina social.	54
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	62
6. RECOMENDACIONES.....	655
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.6

Listado de tablas

TABLA 1. CONCEPTOS EMERGENTES QUE PERMITIERON LA BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN PERTINENTE PARA EL ESTUDIO.	38
TABLA 2. CAPACIDAD DEL DOCUMENTO PARA RESPONDER LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	39
TABLA 3. ELEMENTOS RELEVANTES DE IMAGEN CORPORAL.....	45
TABLA 4. ACTIVIDAD FÍSICA Y SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS.....	48
TABLA 5. ELEMENTOS DE LAS CONDICIONES DE VIDA O MODOS DE VIVIR.....	53

INTRODUCCIÓN

La actividad física (AF) es un tema bastante amplio y que se ha trabajado desde diferentes abordajes con el fin de influir en la salud de las poblaciones buscando que esta sea adquirida como un hábito y poder reducir el impacto de las enfermedades no transmisibles. En este contexto, se ha relacionado la AF con la creación e implementación de políticas y programas como parte de las acciones públicas para fomentar la práctica de la misma. Estas acciones se dirigen a brindar sugerencias a las poblaciones para que aumenten el tiempo de AF según sus características particulares (Mantilla, 2006).

La mayoría de los aspectos que se integran en las acciones colectivas apuntan a que la configuración de la AF solo está bajo la mirada biologicista, individualizada y aquella que prioriza los espacios medicalizados. Como afirma Concha Colomer Revuelta y Carlos Álvarez Dardet (2002), la salud está influenciada por cambios sociales y por tanto es necesario involucrar a las personas para transformar los entornos y las circunstancias en que viven. Esta asunción abre un espacio crítico para cuestionar las formas tradicionales hegemónicas de intervenir en la práctica de la AF. Para asumir el llamado de estos autores, es necesario reconocer como potenciales escenarios otros contextos que están relacionados con el proceso o aspectos cualitativos de la práctica de dicha actividad (Pérez & Devis, 2003).

Por lo anterior, se hace necesario aproximarse a comprender las diferentes formas en que se conceptualiza y aborda este campo de trabajo. Con el propósito de aportar elementos a la reflexión sobre cómo se está construyendo el conocimiento en AF a través de una mirada desde los determinantes y la determinación social de la salud y la forma como se ha elaborado la relación entre imagen corporal y condiciones de vida, este estudio tiene como objetivo general analizar la construcción del conocimiento en AF desde los determinantes sociales de la salud y la determinación social de la salud, tomando como eje la forma en que la AF ha asumido la relación entre imagen corporal y condiciones de vida. Para esto la investigación llevada a cabo fue un estudio fundamentado en el trabajo teórico desde el análisis de contenido de corte narrativo. Desde esta aproximación se considera importante examinar y debatir el cómo se construye el conocimiento, por parte de diferentes autores e investigadores en el campo de la AF.

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

Para poder evidenciar las múltiples relaciones que se vinculan a este proceso, es necesario revisar a través de un caso como se hace tal construcción. Por tanto uno de los elementos significativos que se ha empezado a tener en cuenta en los diferentes estudios en la construcción de conocimiento en AF, es la imagen corporal, puesto que ésta, como representación mental del cuerpo se construye desde múltiples factores (perceptivo, cognitivo, conductual) que permite establecer conductas asociadas con el cuidado del cuerpo y la adquisición de valores positivos en la construcción de sociedad (Vaquero, 2013). De igual forma, otro elemento de crucial importancia es el del conjunto de circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, o mejor definido como condiciones de vida (ONU, 2005) que surgen para dar otra visión y profundizar en aspectos que permiten comprender, de manera más amplia, el campo de la salud. Pero, estos elementos no pueden observarse de forma separada sino por el contrario existen ciertas particularidades y relaciones que pueden ser objeto de abordajes en la interpretación de los saberes y las prácticas especializadas en torno a la salud, enfermedad y la muerte (López, Escudero & Carmona, 2008). Para la presente investigación los abordajes tenidos en cuenta son: los determinantes sociales de la salud desde la visión de Michael Marmot y la determinación social de la salud desde la postura de Jaime Breilh. Tener en cuenta estos referentes teóricos posibilitará determinar la forma en que el concepto de salud se complejiza desde el abordaje de la actividad física. En este sentido, una vez se tenga caracterizado el campo de trabajo de la triada actividad física - imagen corporal – condiciones de vida, será posible caracterizar las formas de comprender la salud y contrastar esta caracterización con lo que se encontró en la literatura.

Para una mejor organización de la información, el texto está presentado en seis apartados, distribuidos de la siguiente manera. En el primero, se presentan las razones que justifican la pregunta de investigación formulada, partiendo de los contextos en los cuales se ha trabajado el tema de la AF. En el segundo, se desarrollan los referentes teóricos y conceptuales centrales de la investigación trabajados desde la triada AF- imagen corporal-las condiciones vida. Esta triada se analiza desde unas formas de comprender la salud evidente en las publicaciones científicas a partir de la mirada de la medicina social Anglosajona y la medicina social Latinoamericana. En el tercer apartado se presenta la forma en el que a partir

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

de un análisis de contenido se rastrean los documentos, se seleccionan, se revisan y se hace un acercamiento teórico desde el significado, el sentido y el contenido de las publicaciones. El cuarto apartado corresponde a los resultados en el cual se muestra la información obtenida después de la aplicación de la herramienta para analizar los documentos científicos tomando como referente los conceptos teóricos y las categorías de análisis iniciales. El quinto, presenta la discusión y conclusiones llamando la atención sobre los aspectos más relevantes que constituyen, de alguna manera, un aporte en la construcción del concepto de AF en relación con la imagen corporal y las condiciones de vida. Finalmente, en el sexto, se muestran algunas recomendaciones que surgen como reflexión al trabajo realizado.

Con este trabajo se espera dar cuenta de la complejidad y de la importancia del campo de la AF, la imagen corporal y las condiciones de vida, puesto que desde los fundamentos y construcciones teóricas se puede propiciar una reconstrucción de los sujetos. Al mismo tiempo, identificar otra mirada en el disfrute y goce del cuerpo humano y la observación de otros enfoques a partir del pleno desarrollo de los derechos, con el fin de construir lo que hoy en día es un campo de trabajo en continua reconfiguración.

1. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

En el siglo XX la salud se caracterizó por tres fenómenos: el descenso de las pandemias y las enfermedades infecciosas; el crecimiento poblacional a causa de la reducción de la mortalidad, la elevada natalidad y el aumento en la esperanza de vida; y el aumento en la ocurrencia de las enfermedades crónicas y degenerativas. Estos tres fenómenos se relacionaron con transformaciones en los perfiles mundiales de enfermedad y muerte que se explica, en parte, porque la modernidad trajo consigo cambios en las formas de vida y con ello una mayor exposición a riesgos para enfermar presentes en un patrón de vida.

En este contexto, uno de los cambios que ha cobrado más importancia en el campo de la salud es el que se relaciona con la AF. Se considera que las nuevas dinámicas laborales (más horas y más tiempo sentado) y alimenticias, las nuevas formas de movilización y la tecnologización de la vida cotidiana ha llevado a la adopción de estilos de vida sedentarios que poco a poco causan más perjuicios en la salud. Tanto así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala al sedentarismo como el cuarto factor de riesgo de mortalidad mundial por enfermedades no transmisibles (ENT), después de la hipertensión, el tabaquismo y la hiperglucemia. También, se ha demostrado que las personas que mantienen unos niveles razonables de AF, tienen menos probabilidad de padecer enfermedades crónicas o muerte prematura (Márquea, Rodríguez, & De abajo, 2006)

Pero, ¿qué es la AF? La actividad física (AF) es definida como cualquier tipo de movimiento que realice el cuerpo humano resultado de la organización biológica de todos los sistemas orgánicos (esqueleto, músculos, circulatorio, respiratorio) y que por consiguiente gastan energía. Pero no sólo es un hecho de la constitución orgánica del individuo (biológico, funcional). Comprender la complejidad de las relaciones que parten del movimiento (andar, realizar tareas del hogar, subir escaleras, empujar, jugar, trabajar, etc.) evidencian que la AF tiene un gran componente experiencial y vivencial pero también social, histórico, político, económico y cultural.

En este sentido, la AF conforma un amplio campo de estudio que no solamente está relacionado con una cadena de acciones o actividades a realizar dentro de una rutina diaria o hábitos de vida saludables (OMS, 2005). Tampoco se restringe a una serie de mediciones para mantener un control y un registro de la cantidad de la misma (Gómez, Duperly, Lucumí, Gómez, & Vanegas, 2005). La AF se comprende, en un sentido amplio, como “cualquier movimiento corporal, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea” (García, Ospina, Aguinaga, & Russi, 2009) dándole un mayor significado y trascendencia al mismo.

Esta última conceptualización permite comprender la AF como un campo complejo que reúne múltiples aspectos. Sin embargo, la mayor parte de la producción bibliográfica y la investigación en AF se ha concentrado en posturas específicas dentro de una mirada biologicista e individual (Gómez, Duperly, Lucumí, Gómez, & Vanegas, 2005), (Mantilla, 2006), (García, Ospina, Aguinaga, & Russi, 2009). Estos trabajos han tenido como base apuestas epidemiológicas que describen la asociación entre un estilo de vida activo y la enfermedad, la historia natural de la enfermedad y el continuo énfasis en los factores de riesgo (Hoehner, Soares, Parra, Ribeiro, & otros., 2006). En la misma línea otros trabajos, miden variables tales como el índice de masa corporal, la prevalencia tanto de obesidad como de sedentarismo (Rodríguez, Novalbos, Villagran, : Martínez, & Lechuga, 2012), los hábitos nutricionales (Moliner, y otros, 2010), la cantidad de tiempo de actividades sedentarias (Medina, Jiménez, Pérez, Armendáriz, & Bacardí, 2011) y el gasto energético entre otras cosas, con el fin de determinar los numerosos beneficios de la AF en la reducción del riesgo de padecer diversas enfermedades.

Todos estos abordajes han permitido esclarecer las diferentes asociaciones de la AF con la prevención de la enfermedad y la promoción de condiciones de vida más saludables; sin embargo, sus abordajes no responden a la complejidad del campo de la AF. Hay otros elementos como los condicionantes sociales¹ que lo definen (Camargo, Gómez, Ovalle, &

¹ Según la OMS en 2005 las condiciones sociales son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución

Rubiano, 2013). En los últimos años propuestas investigativas han desarrollado estudios direccionados a dar cuenta de relaciones de mediciones y evaluar las diferencias entre poblaciones de diversos lugares del mundo profundizando en las variaciones de acuerdo al género, etnia, edad y otras condiciones particulares de las personas (Corbett, Nogueira, Betunho, Gomes, & Fernandes, 2013). Con estos estudios se busca caracterizar la práctica de la AF y con ello generar políticas públicas, sociales y acciones transversales que mejoren el bienestar y cuidado de las personas y los grupos en busca de una sociedad saludable (Mantilla-Tolosa, 2006).

Al revisar críticamente estas posturas se evidencia que existen diferencias en la forma como se comprende la AF y desde allí los resultados que se derivan. Por tal razón vale la pena preguntarse **¿cómo se está construyendo el conocimiento en el campo de la AF? ¿Cuáles son los presupuestos que fundamentan la producción de conocimiento en este campo de trabajo? y ¿cómo se están reproduciendo dichos saberes en prácticas sociales específicas?** Un acercamiento a estos cuestionamientos permitirá identificar cómo se construye científicamente el concepto de la AF y desde allí evidenciar aspectos relevantes que den cuenta de qué es realmente lo que se está reproduciendo del concepto y práctica de la AF. No tener claridad sobre los diferentes acercamientos y comprensiones al conocimiento teórico puede llevar a que no se cuente con la suficiente comprensión de los comportamientos en AF y que, desde luego, no se adquiera de manera adecuada los procesos de dicha actividad (Godin, 1994).

Por lo tanto, este trabajo pretende comprender las razones y relaciones en torno a la construcción del conocimiento del campo de la AF, los mecanismos de invisibilización o de relevancia de algunos abordajes y las formas de entender este campo de trabajo por diferentes investigadores. Sin embargo, dada la complejidad de este trabajo, se ha elegido revisar esta construcción del conocimiento a partir de dos abordajes específicos: por un lado la epidemiología social y su propuesta de los determinantes sociales de la salud; y por otro, la epidemiología crítica y la teoría de la determinación social de la enfermedad.

Se escogen estos dos abordajes porque plantean la necesidad de ubicar el centro de la investigación y la acción en la salud en verla como un proceso social, desplazando el énfasis en los proceso mórbidos; porque quieren explorar los aspectos sociales vinculados a la complejidad de la salud desde apuestas integrales; porque vinculan miradas multinivel desde perspectivas individuales, grupales, sociales e históricas; y porque vinculan la comprensión de la sociedad desde los contextos particulares de los grupos (clase social, desgaste laboral, reproducción de la fuerza de trabajo, jerarquía social, entre otros). Además, se restringirá el estudio al campo de trabajo de la triada AF, imagen corporal y Condición de Vida puesto que estas tres categorías analíticas evidencian claramente la particularidad de los dos abordajes escogidos y han sido apuestas abordadas por diferentes profesionales en el campo de la AF.

Se aborda desde la sociología del conocimiento. Esta corriente propone que el conocimiento tiene un origen histórico y sociocultural, producto de las comunidades sociales. Por tanto su estudio involucra los orígenes sociales de las ideas y del efecto que las ideas dominantes tienen sobre las sociedades. A través de esta aproximación será posible comprender los “tipos” de conocimiento que se producen en el campo de la AF e intentar rastrear sus bases teóricas y su impacto en la constitución de saberes hegemónicos.

Desde esta perspectiva se considera que conocimiento está, siguiendo a Foucault, socioculturalmente determinado, mediado por intereses y relaciones de poder. Así, cualquier análisis desde esta perspectiva debe ahondar en la forma en que se organiza socialmente una comunidad científica, de la forma en qué se construyen discursos y de las formas en que se validan socialmente dichos saberes (formas dominantes de saber). Para el caso específico, el análisis necesariamente incorporará tres dimensiones. En primer lugar como un individuo (investigador o investigador en este caso) asume el conocimiento, es decir como representa los problemas sobre los que escribe. Esta dimensión incluye los cambios debido a influencias históricas, colectivas (afiliaciones a grupos e investigación, colectivos de pensamiento) y personales de los autores; en segundo lugar la forma en que se elaboran las representaciones a partir de los procesos de transmisión y de-construcción de teorías implícitas en los textos; y en tercer lugar el carácter normativo de las teorías en los estudios de caso, se evidencian las construcciones hegemónicas y periféricas relacionadas con la transmisión del saber.

La pregunta de investigación que pretenderá responder esta investigación será **¿Cómo se está construyendo el conocimiento en AF desde la epidemiología social y la epidemiología crítica, tomando como eje de estudio la forma en que la AF ha construido la relación entre imagen corporal y condiciones de vida?** Este estudio permitirá hacer una contribución y subsanar, en parte, el vacío teórico que existe en la actualidad sobre la aproximación a la construcción del conocimiento de la AF. Debe reconocerse que aunque este campo de estudio ha presentado un aumento gradual en la importancia por comprender las razones y relaciones en la exploración de nuevas líneas de interpretación de los fenómenos sociales, aun no logra consolidarse y son pocos los trabajos en esta línea (Hoyos, y otros, 2004). Al mismo tiempo, es también una búsqueda de una mirada, compleja, histórica y crítica, y a su vez, de una u otra manera plantean la posibilidad de esbozar, analizar y construir de otra forma los diversos discursos de los diferentes autores para qué, a través de este ejercicio, se visualicen otros puntos de vista y que, sirvan como punto de partida o hagan parte de otras prácticas socioculturales (Pedraza, 2001). De manera que, hacer una construcción del conocimiento, enfoque novedoso hasta el momento, permitirá que las personas sean consientes y tengan la capacidad de utilizar los recursos generales de resistencia (dinero, conocimiento, experiencia, auto-estima, hábitos saludables, compromiso, apoyo social, capital cultural, inteligencia, tradiciones y visión de la vida) (Palacios & Restrepo, 2008). Y que, con estos recursos las personas tengan más oportunidades de hacer frente a los retos y desafíos vitales y de construir experiencias coherentes en sus vidas.

Es así, que los objetivos para guiar este trabajo son:

Objetivo general

Analizar la construcción del conocimiento en actividad física desde los determinantes sociales de la salud y la determinación social de la salud, tomando como eje la forma en que la actividad física ha construido la relación entre imagen corporal y condiciones de vida.

Objetivos específicos

- Explorar de manera crítica la literatura científica producida en el campo de la actividad física (triada y enfoques).
- Caracterizar la literatura científica desde los determinantes sociales y la determinación social.
- Comparar los supuestos teóricos que fundamentan la producción de conocimiento en el campo de la actividad física.

2. MARCO TEÓRICO

La AF es un fenómeno complejo, dinámico y global en el cual se presentan vínculos, divergencias y tensiones entre diferentes posturas académicas y sociales que buscan interpretar tal complejidad. Una de estas posturas apunta a comprender la AF como un campo de trabajo integral que incluye los espacios vitales de las personas. En este contexto vincular la AF con el cuerpo se hace necesario. Mas, cuando se ubica la AF en un escenario que intenta promocionar la salud. Por tal razón, este estudio se construye a partir de tres elementos que permiten evidenciar esta compleja red de relaciones: la AF, la imagen corporal, las condiciones de vida. Esta triada será analizada a la luz de las discusiones sobre las que se construye el proceso salud-enfermedad. Para efectos prácticos se retomaron dos enfoques de este proceso: la epidemiología social y específicamente la teoría de los determinantes sociales de la salud, propuesta por Michael Marmot; y la epidemiología crítica y en especial el uso conceptual de la determinación social de la salud desde la postura de Jaime Breilh. La manera en que la triada se inserta en los enfoques será analizada desde el enfoque teórico de la construcción de conocimiento. A continuación se presentan los principales elementos de estos ejes analíticos.

2.1 Determinantes sociales de la salud. La salud como un proceso social, más allá de los estados en salud y los resultados en salud.

Antes de hablar de una definición o concepto de determinantes sociales de la salud como tal, es necesario revisar cual es el objetivo de estos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) estos se refieren al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998). En maduración de este concepto, se incluyó aquellos determinantes de la salud que podrían ser modificables y no solo los que se relacionan directamente con el ámbito individual (comportamiento y estilos de vida saludables) como por ejemplo, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo, y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos (OMS, 1998). Estos elementos implican superar dos ejes problemáticos en la acción: la desigualdad y la acción política.

De acuerdo a Morales et al. (2013: 798), entre los años sesenta y ochenta, esta apuesta teórica tomo lugar dadas dos situaciones. Por un lado, los cambios en la vida social, el incremento en la expectativa de vida, la mayor exposición a determinados factores de riesgo, la transformación en las dinámicas en la formación urbanística, el empobrecimiento y crecimiento de la clase obrera evidenciaron una relación más notoria entre la salud y la sociedad. Por otro lado, el impulso renovador propiciado por los lineamientos de la atención primaria en salud inicialmente y posteriormente, por las directrices de la promoción de la salud”, evidenciaron la necesidad de considerar el fenómeno salud-enfermedad como un proceso dinámico el cual debía reconsiderarse. Así, se inicio un movimiento en salud que buscaba priorizar el derecho de alcanzar el grado máximo de salud posible y con ello lograr una mayor equidad y solidaridad en salud. De esta forma se pensaba que se daría respuesta a los problemas de salud de la población, o como lo menciona (Daniel, 2005), configurar una sociedad que al ser justa es buena para la salud (Alfaro, 2010). En este contexto surgió la teoría de los determinantes sociales de la salud.

Sin embargo, debe reconocerse que esta mirada integradora de la salud no es nueva para la medicina. Desde el siglo XVII (en el mundo Europeo), y desde el siglo XVIII (Latinoamérica), se incluyó la comprensión social de la salud (Morales, 2013). No obstante, después de la revolución industrial y con las transformaciones demográficas, científicas, políticas, sociales y económicas del siglo XIX es que se le empieza a dar importancia a los

factores sociales de la salud tales como: las condiciones de vida mejoradas, el saneamiento y la infraestructura, los cuales brindan posibilidades de ver las diferentes formas de comprender la salud (Porter, 1999) (Rosen, 1995).

A mediados del siglo XX, y con los aportes de la epidemiología multicausal, la triada ecológica y la epidemiología moderna se intenta ampliar la mirada del proceso salud-enfermedad. Entre los años 1950-1960, Bates empieza por caracterizar algunos elementos del medio ambiente humano tales como son: los bióticos, los climáticos, los geológicos y los geográficos, que inciden en el proceso de la salud-enfermedad y a su vez hacen parte de los elementos de la cultura. Es decir, que la cultura-sociedad son o se convierten en el medio ambiente y que la relación de estos con el individuo sería llamada la teoría ecológica funcionalista, de la triada ecológica (huésped, agente, medio ambiente) (Alfaro, 2010). Burn en 1963 manifiesta que el proceso salud-enfermedad se da en el equilibrio o desequilibrio de esta triada y que no se da o no existe una única causa, sino que, por el contrario es la interacción de muchas causas o factores. Este hecho permitió el surgimiento del concepto de multicausalidad propuesto por Brian MacMahon (Quevedo, 2012). Más adelante, el modelo de Leavell y Clark permitiría identificar el conjunto de causales externos (factores de riesgo) y los mecanismos internos (biológicos) y actuar sobre ellos, lo que posteriormente se convertiría en el fundamento de la medicina preventiva (Quevedo, 2012). Comprendiendo este modelo desde la epidemiología positivista y funcionalista que la sociedad y la cultura son factores causales de la enfermedad.

Es a partir de este punto cuando se empieza a mirar o a tomar como referente el trabajo de Marc Lalonde (1975) en Canadá, quien delimitó los diferentes componentes de la salud en cuatro campos: el biológico, los hábitos de vida, el medio ambiente y los sistemas de salud. Su trabajo evidenció que el componente más relevante o responsable en la mortalidad de la población era el ambiental, el cual tenía una serie de factores relacionados con la salud externos al cuerpo y que no eran controlados por este, además, de ser el factor al cual se le asignaba menos presupuesto (Lalonde, 1999). Pero, esto fue duramente criticado y cuestionado por Carol Buck, en 1985, quien ponía a la luz que los estilos de vida estaban fuertemente influenciados por las condiciones socio-económicas.

En los avances y estudios de los años noventa, entre ellos el de Tarlov (1996), permitieron comprender de una forma más específica a las condiciones socio-

económicas, la cultura, la educación, la equidad, el acceso a la atención en salud, las políticas sociales, los factores estructurados y sistematizados, que dieron el soporte y el fundamento a lo que más tarde se denominaría “los Determinantes Sociales de la Salud”. Al hablar de estos determinantes, se enfatiza en un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Se asume la salud como un proceso integrado por una mirada multinivel que vincula diferentes escenarios de acción de las personas. Así, para Tarlov los determinantes sociales de la salud son: las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar (Martínez, 2010).

En este contexto, y en la misma década, los trabajos de Dahlgren y Whitehead (Dahlgren, 1993), Marmot y Wilkinson (Marmot, 1999), y Diderichsen y colaboradores (Diderichsen, 2002), hacen explícita una propuesta más concreta sobre determinantes sociales de la salud. Debe reconocerse que aunque se han desarrollado una gran cantidad de modelos para abordar el estudio de los determinantes sociales, estos tres han sido considerados como los más relevantes (Hetzman, 1994), (Howden, 1999), (Turrell, 1999), (Graham, 2004).

La propuesta de Dahlgren y Whitehead en 1993, explica cómo las desigualdades sociales en salud son el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales, de lo individual a las comunidades a nivel de las políticas nacionales de salud (Moiso, 2007); (Barragán, 2007). Se comprende entonces, a los determinantes sociales de la salud como un conjunto de arcos concéntricos alrededor de la persona. Los arcos incluyen las dimensiones sociales, económicas, y estilos de vida, influenciados por decisiones políticas, sociales, colectivas e individuales. El modelo representa los principales determinantes de la salud. Estos arcos también van desde amplias condiciones sociales, a través de las redes sociales y de la comunidad, a los factores de estilos de vida individuales. Este modelo fue fuertemente influyente, pero sus limitantes estaban dadas por las condiciones causales como circunstancias dadas del individuo a la comunidad. Es decir, esta propuesta privilegiaba las condiciones individuales sobre las demás.

Más adelante, Diderichsen en 2001 sostiene que la sociedad se organiza y crea gradientes de estratificación social, y que estos son asignados a las personas, y que esa posición socio-económica determina la oportunidad en salud. En su argumentación expone cuatro niveles: el primero, la organización social, el cual está caracterizado en cómo se

produce y se distribuye el poder y la riqueza. Por ejemplo: normas acerca del género, los sistemas educativos, la generación de políticas laborales - económicas, y la organización del estado. Todo esto lleva a una exposición diferencial de los grupos y de los individuos exponiéndolos a condiciones que son en determinado momentos más o menos perjudiciales, exposición o nivel de vulnerabilidad en el transcurso de la vida, y la repercusión del evento de la salud. Segundo, como estas diferentes exposiciones a lo largo de la vida, forman o crean otro tipo de vulnerabilidad entre la sociedad o entre las sociedades. Tercero, la sumatoria de estas dificultades durante la vida conlleva a adoptar mecanismos de selección y que lleva a resultados o consecuencias sociales distintas. Y cuarto, los diferentes mecanismos utilizados para intervenir en prevenir o aliviar las diferencias se evidencian en la equidad en salud (Vega, 2011). Por tanto, estas consecuencias en salud se refieren a cómo un evento en salud ocurre en una persona o en la sociedad, debido a sus circunstancias y la posición social (Vega, 2011).

Brunner, Marmot y Wilkinson en 1999, plantean el modelo en el que se tenían en cuenta todos los factores que influyen a lo largo de la vida de un individuo. En este se pone en evidencia la relación de lo clínico(curativo), con la salud pública (preventiva), que mostraba un modelo de factores sociales que son causa de la mala salud en una población y que estos contribuían a la generación de lo que se conoce como inequidades sanitarias (Caballero, 2012). En este planteamiento se pretende vincular la estructura socio-económica con la salud-enfermedad, por medio de tres vías de especial atención como son: la materiales, las psicológicas, y las conductuales, junto con factores genéticos, los de la niñez y los culturales, los cuales dan cuenta de la salud de una población (Vega, 2011).

En este modelo hace un aporte desde el papel que cumplen las políticas públicas dándole mayor importancia a los determinantes de la salud para la vida, a partir de la infancia, los efectos de la pobreza, las adicciones, las condiciones de trabajo y de desempleo, el apoyo social, la buena nutrición, y el medio de transporte; desde los aspectos que afectan la salud física durante la vida del individuo, como el estrato social y las influencias sociales y psicosociales; y a los factores que afectan el comportamiento, tales como: la buena nutrición y los patrones de crianza (Domínguez, 2012). Como se puede entender, este modelo tiene una gran susceptibilidad de la salud al entorno social, en donde la salud del individuo depende de

una estructura social predeterminada, y es esta la que tiene que modificarse o cambiar a través de la voluntad política para que mejore la salud de una población.

Este trabajo se inscribe en este aporte, puesto que es Marmot quien contempla dos puntos de vista más importantes para la salud. Por un lado, el que la salud sea un requisito indispensable para el desarrollo libre de un individuo; y por el otro, que ciertas condiciones que se le brinden al individuo permitiría que este logre controlar su propia vida. Y que todo estos factores en forma conjunta conlleve a unas mejores condiciones de salud (Marmot, 1999).

2.2 La Determinación social de la salud y Medicina Social Latinoamericana. La crítica al modelo hegemónico.

La Medicina Social Latinoamericana es un movimiento crítico en salud, el cual busca brindar una explicación que sea integral para los problemas presentes en la salud, pero teniendo como base los determinantes sociales de la salud (Quevedo, 2012). Los orígenes se remontan a la década de los años setenta, como una propuesta que se contrapone al modelo de desarrollo hegemónico y a la ciencia como medio que se ha utilizado para mantener inmutable las estructuras sociales inequitativas, que mediante el uso del poder favorecen a ciertas clases sociales. Este movimiento aparece a partir del pensamiento marxista, la revolución Cubana, las luchas anti-imperialistas y la búsqueda del desarrollo propio y la soberanía de los pueblos (Morales et al, 2013).

La idea principal con la cual se orienta y se desarrolla este movimiento es que la salud-enfermedad debe verse o entenderse como un proceso dialectico. Es decir, que las condiciones sociales e históricas son definitivas, porque, antes de analizar y comprender un problema se puede, de acuerdo a la definición de estas características, dimensionar el mismo. Existe una mirada más compleja que la causalidad en lo que se refiere a las especificidades sanitarias individuales y grupales. Se insiste en que este proceso debe ser analizado en el contexto social que lo determina (Iriart et al, 2002). Además de plantear o desarrollar una herramienta para ocuparse por la relación entre la reproducción social de los modos de vivir, enfermar y morir, se da relevancia a la relación existente entre el orden social capitalista y la salud, y la inclusión de la practica y el acto médico no como eje central del proceso salud/enfermedad/atención

sino que se resalte la noción de construcción colectiva dependiendo del momento histórico de la sociedad (López A. E., 2008). De la misma manera, se insiste en tener en cuenta el vínculo existente entre la producción de servicios de salud con las relaciones existentes en la sociedad en general. En últimas el apuntar o acercarse al estudio de este proceso, implica dos reflexiones. Una, entender el modo de producción de una sociedad y la formación socioeconómica específica, y la otra analizar los niveles específicos de la realidad con los niveles estructurales. Estas dos apuesta explicitan las diferentes observaciones al cambio que se da en la realidad (Quevedo, 2012).

Entre los representantes que le dieron la consolidación al movimiento contra hegemónico que criticaba la medicina de mercado individualista, liberal y capitalista durante la década de los sesentas y setentas están Juan Cesar García. Su aporte consistió, como coordinador de de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, en el análisis sobre la educación médica, las ciencias sociales en medicina, los determinantes de clase social en los resultados de salud- enfermedad, las bases de discriminación contra los hispanos, las características sociales relacionadas con la salud a la experiencia inmediata y al consenso de la comunidad. García junto con María Isabel Rodríguez y Miguel Márquez dieron impulso a la Medicina Social Latinoamericana no solo con sus trabajos sino logrando el patrocinio de la OPS para poder desarrollar todas las actividades afines al surgimiento y crecimiento del movimiento (Iriart, 2002). Sus fundamentos están anclados en el materialismo histórico, las teorías del conflicto y las teorías críticas en ciencias sociales.

A partir de las bases de esta propuesta pueden diferenciarse diferentes propuestas de esta medicina social. Algunos de los nombres que ayudaron a formar este movimiento fueron: Asa Cristina Laurell, Hesio Corderio, Edmundo Granda, Jaime Breilh, Sergio Arouca, Everardo Nunes, Saúl Franco Agudelo, Mario Testa, Jairnilson Silva Paim, Juan Samaja, Naomar de Almeida Filho, entre otros. Algunas de las principales concepciones críticas de este movimiento se consolidan en las propuestas de la salud colectiva, la epidemiología laboral y epidemiología de las clases sociales.

Sergio Arouca (1976) en su obra “El dilema preventista” critica a la medicina alopática y al movimiento de la medicina preventiva, convirtiéndose esta obra en una referencia de vital importancia dentro del movimiento sanitario en Brasil, y que representa el inicio de la construcción de una teoría social de la salud dentro de este movimiento (Arouca, 2008). Sus aportes ayudaron a consolidar la propuesta de la Salud Colectiva. Sus reflexiones, desde la oposición y reconciliación de contradicciones, lógicas o históricas, el significado de lo "público" como un espacio de expresión, enfrentamiento y negociación de demandas, individuales o colectivas (Almeida, 2013) va tener continuidad con los trabajos de Naomar de Almeida-Filho, uno de sus epidemiólogos más conocidos (Segura, Javier, 2013) Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá) y María Cecilia Souza Minayo (1992), quien plantea que la salud es el resultado de las relaciones sociales existentes en una estructura social desde una mirada dialéctica.

Por otro lado y en el inicio de la década de los ochenta, Asa Cristina Laurell, planteó que la salud-enfermedad está dada desde los procesos históricos en donde la característica patológica de la comunidad no es la suma de las patologías individuales de sus miembros. Consideró que la enfermedad individual está determinada por un perfil patológico común, proporcionado por las condiciones históricas y sociales de la comunidad (Morales, 2013). Más adelante Breilh y Granda, basado en sus reflexiones una década atrás, hacen una reorganización del planteamiento de Laurell y surge la categoría de “reproducción social”. Este concepto está determinado por la clase social, no solo desde las formas de trabajo, sino también tomando como referente el lugar que ocupa el individuo en el proceso de producción-reproducción. La crítica que se le hace a esta propuesta es que su concepción está enmarcada por el esquema de lo económico y lo biológico (Quevedo, 2012).a partir de esta propuesta se desarrolló lo que se conoció como la epidemiología laboral (teoría del proceso de producción y salud) del grupo de la UAM-Xochimilco en México. Laurell ha diseñado estudios epidemiológicos usando el concepto de “desgaste” en lugar de riesgo. Su aporte está centrado en estudiar las “cargas laborales”, tanto de tipo físico como psíquico, que al incidir negativa y acumulativamente en el cuerpo del trabajador producen un desgaste en su salud que puede explicar la generación de una constelación específica de enfermedades particulares, conocido

como el perfil patológico de un grupo social (Segura, 2013). En los años noventa reaparece Laurell con un planteamiento más completo el cual habla del proceso vital de cada persona era el resultado de los constantes y múltiples mecanismos de adaptación fisiológicos y psíquicos, y lo plantea como “los diversos modos de andar por la vida” inherentes al individuo en su momento histórico (Quevedo, 2012).

Finalmente, desde finales de los setenta trabajan en una propuesta teórica sobre la determinación social de las enfermedades basada en una aplicación del marco teórico del marxismo, proponiendo la epidemiología de las clases sociales (o “la teoría de los perfiles epidemiológicos de clase”) del Grupo de Quito (Edmundo Granda, Jaime Breilh) (Segura, 2013). Edmundo Granda hace referencia que la característica de la medicina social es entender a la salud como un asunto de orden político, postura proveniente de los postulados de Virchow, en el siglo XIX que comprendía la medicina como una ciencia social, es decir, la medicina y la salud colectiva surgen del reconocimiento de que los procesos de salud/enfermedad, las representaciones de estas y las respuestas sociales para enfrentarlas, expresan hechos históricos-sociales que atañen a los colectivos humanos y que por tanto, es necesario explicar su determinación y distribución de estos procesos más allá de su causalidad próxima y del ámbito de la biología (Granda, 2003). Para efectos de esta investigación, es interesante ver la posición de Granda junto con Jaime Breilh, uno de los líderes de la teoría de la determinación social de la salud que plantea que la vida humana se construye entre los intereses y presiones de quienes dominan y quienes luchan para superar su propia subordinación (Breilh, 1999). Subordinación que hace parte de las corrientes interpretativista desde el constructivismo y la fenomenología, modelo del pensamiento conservador o regresivo que cuestiona los fundamentos conceptuales y metodológicos del positivismo y rescatan instancias específicas de la cotidianidad. Breilh hace un dialogo entre lo cualitativo y lo cuantitativo desde tres puntos básicos: el primero a partir del análisis histórico y relacional, el segundo, el método científico, las técnicas cuantitativas y cualitativas en íntima relación y no de manera separada. Y el tercero, técnicas cualitativas de evolución y de análisis que se requiere, es decir, el método dialectico, las relaciones y las expresiones sociales no se dan a conocer de forma directa, sino que se construye en el marco de las relaciones estructurales (Breilh, 1999). La forma de interpretar la determinación social del proceso salud-enfermedad

centra su explicación en los niveles de determinación al proponer que los niveles más complejos sobre determinan los de menor complejidad, es decir, el nivel social determina o subsume el nivel biológico y psicológico (Breilh, Granda, 1980).

Para esta investigación en particular se retoma lo planteado por Breilh quien ubica el proceso de salud-enfermedad dentro de un modelo social de enfermedad o la reunión de una serie de situaciones que afectan a una sociedad en concreto, y que pueden dar como resultado la posibilidad de riesgos o características que expresan la enfermedad o la salud. En otras palabras, se muestra una relación directa entre la mortalidad y la clase social.

2.3 Actividad física: hábito, promoción, prevención.

García y colaboradores (2009), en su trabajo acerca de la aproximación conceptual de la actividad física, mencionan que durante la historia, la actividad física ha estado ligada a la salud del ser humano. Esto le ha repercutido en sus beneficios físicos y mentales para la sociedad. En la antigüedad, los sacerdotes Egipcios utilizaban dentro de sus ritos la actividad física para curar enfermedades; en Grecia, la apuesta en la actividad física fue la de construir gimnasios para su práctica que permitiera una buena salud y las buenas funciones del cuerpo. Hipócrates, hizo referencia a la actividad física proponiendo que la ejercitación del cuerpo permitiría mantenerse sano y bien desarrollado, además de envejecer más lentamente. Por su parte, Galeno menciona que la gimnasia es un medio de salud que incluye una serie de hábitos como una buena alimentación, el descanso, los baños y los masajes para que el hombre sienta una mejoría en los aspectos físicos, psíquicos y espirituales (García, Ospina, Aguinaga, & Russi, 2009).

En la edad media la AF desaparece un poco debido a que el objetivo de esta época era muy religioso y todo lo que tenía que ver con lo material (cuerpo) era pecado. Únicamente era permitido la práctica de la AF era para los caballeros que se preparaban para la guerra y para aquellos individuos que pertenecían a las clases altas y la utilizaban como distracción y algarabía. En el Renacimiento, se trata de retomar los ideales de la antigua Grecia dándole gran importancia al desarrollo del ser humano, acercándose a un objetivo más educativo, intentando formar de manera más integra al individuo. Se pretendía que desde la práctica de la AF se buscara una armonización entre el cuerpo y el alma. El Renacimiento es un tiempo en el que

se empiezan a realizar estudios al cuerpo lo cual permite que evolucione la medicina deportiva acercándose a conceptos y propuestas para combatir enfermedades. Para el modernismo la AF deja de ser exclusiva para las altas elites y se acerca más a la gente del común, permitiendo la práctica de actividades deportivas y promoción de la AF en forma masiva, y la aparición de formas deportivas que se conocen actualmente (Garay, 2005).

La actividad física es un concepto polisémico tal como lo menciona Correa (2010), citado en (García, Ospina, Aguinaga, & Russi, 2009). Puesto que existen diferentes aproximaciones y definiciones, ya que, en la literatura se puede encontrar una gran diversidad de significados, manifestaciones y referentes epistemológicos. Sin embargo, todos estos conceptos tienen en común comprender a la actividad física como cualquier movimiento corporal que resulta en un aumento del gasto energético y que tiene diversos aspectos, variables y categorías tales como la edad, el interés y la cultura del individuo (Vidarte, 2011). Teniendo en cuenta los anteriores aspectos, la AF puede reconocerse también como un sinónimo especializado de fitness, ejercicio físico o deporte.

De acuerdo a los diferentes abordajes y las diferentes vertientes, según sea la finalidad de la AF, esta puede observarse o desarrollarse a partir de tres tendencias. Una que hace referencia a la AF desde la salud - terapéutica, la cual ha sido utilizada como una herramienta para la promoción de la salud y la calidad de vida, y que ha permitido disminuir los factores de riesgo a través de un proceso integral y político. Se ha convertido en una estrategia de intervención efectiva, que mejora la satisfacción de necesidades individuales y colectivas, traduciéndose en beneficios biológicos, psicosociales y cognitivos, que aplicada a través de unos programas y acciones mejoran y mantienen las condiciones de salud de la población. Es decir, la AF como promoción de la salud brinda unos resultados significativos en el mejoramiento de la calidad de vida (Vidarte, 2011), (García, Ospina, Aguinaga, & Russi, 2009), (Garay, 2005).

Como entrenamiento deportivo, la AF permite el desarrollo y mejoramiento de las capacidades motrices condicionales y coordinativas de los deportistas, aplicando las diferentes teorías y ciencias del deporte. En esta tendencia la AF toma otro matiz puesto que ya pasa por una organización mas administrativa y planificada para poder acceder a los elementos,

recursos y profesionales que den cuenta de la estructura y aspectos condicionales del rendimiento deportivo (Vidarte, 2011), (Garay, 2005).

La tendencia de la AF física hacia la educación, plantea como elemento importante la Educación Física, ya que esta retoma el referente teórico y las aproximaciones conceptuales de la AF para ser abordados desde unos procesos llamados pedagógicos o metodológicos que permiten influenciar en la formación de los individuos. Se convierte entonces, la Educación Física en una de las áreas fundamentales en el currículo para formar individuos que se desempeñen en la vida humanamente, a través de una actuación en el mundo mediada por tres aspectos inherentes al ser. Primero, lo corporal, que implica el desarrollo de las diferentes competencias y capacidades motrices; segundo, lo expresivo lo cual es desarrollado por procesos de autocontrol y la relación con los otros a través de la comunicación; y tercero lo axiológico que pretende que el individuo asuma el cuidado y la preservación de las condiciones vitales de acuerdo con su entorno social y natural (Rodríguez, 2010).

Es evidente entonces, que la concepción de la AF tiene una mirada desde una dimensión biológica que consiste en que toda actividad que demande un gasto energético debe involucrar todos los sistemas a través de una acción conjunta para garantizar la ejecución de dicha actividad. Pero, ésta actividad o acción también tiene una estrecha relación con el entorno que involucra una dimensión social, la cual implica que toda actividad esta mediada por unas condiciones de los contextos en donde el individuo y la comunidad la desarrollan. Por lo tanto, para el desarrollo de este trabajo no solo se aborda el concepto de AF como el aumento en el gasto energético sino, que se le suma a esta acción las experiencias o vivencias de relación con otros y el ambiente, que contribuyen a la construcción del sujeto social (Vidarte, 2011). En otras palabras, se entiende a la AF como cualquier movimiento corporal realizado por el conjunto de sistemas naturales del individuo y su grupo que da como resultado un gasto energético y en una experiencia personal, social y cultural significativa que permita a través del movimiento interactuar de manera directa con los seres y el ambiente que rodea al individuo en pro de la construcción de individuo y colectivo social (García, Ospina, Aguinaga, & Russi, 2009).

2.4 Imagen Corporal: cuidado o belleza del cuerpo

La imagen corporal es un tema del cual la preocupación no es solo de hoy, sino que en cada etapa o época de la historia ha tenido sus propios criterios para evaluar la belleza, en el que cada cultura, cada sociedad desarrolla sus propios juicios y conceptos de belleza e imagen corporal, los cuales son influenciados o están limitados por lo biológico, lo socio-cultural, y lo ambiental (Vaquero, 2013).

Es así, que en la pre-historia el ideal de la imagen corporal estaba dado por características propias de la evolución, tales como, la reproducción, el bienestar y el triunfo, es una época en la cual el cuerpo de la mujer es definido por ser voluminoso lo cual garantizaba que la reproducción fuera efectiva y se disminuía el riesgo de que esta muriera en el parto (Muñoz, 2014). En la época de los egipcios la inclinación o tendencia de la IC era hacia la parte armónica y de perfección, que estaba definido por un cuerpo proporcionado. La mujer se caracterizaba por ser delgada. Y como medio para elogiar el cuerpo aparece el uso de los cosméticos y las pelucas. Para los Griegos, el ideal de belleza se direcciono hacia la simetría del cuerpo, para las mujeres se opto por un cuerpo robusto, proporcionado pero sin sensualidad, y para los hombres el ideal era el del cuerpo atlético dándole importancia a los dioses que se adoraban en la época. Esta línea se mantuvo hacia la época de los romanos diferenciándose únicamente en que estos pueblos eran más guerreros lo cual hizo que a los hombres se les representara con las respectivas armaduras utilizadas en la época (Muñoz, 2014).

En la edad media, con la fuerte aparición del cristianismo la construcción de la IC y la belleza estaba determinada por la intervención de Dios, para las mujeres la piel debería ser blanca como símbolo de pureza, para los hombres se sigue por el perfil de los guerreros, los cuales eran representados por hombres grandes, delgados, pero fuertes y vigorosos (Toro, 2013). En el Renacimiento, sucedió algo similar al mundo clásico basado en la inspiraciones estética, de la armonía y la proporción (Toro, 1996). El periodo Barroco fue llamado el periodo de la apariencia y la coquetería, en las mujeres, la IC fue bastante artificial, y en los hombres se caracterizo por la aparición de bastante pelo, por ello la utilización de las pelucas (Muñoz, 2014).

En el siglo XX, la tendencia de la IC se vio influenciada por lo que mostraba el cine, que para el caso de las mujeres era las libertades feministas. Después de los años cincuenta las principales características del cuerpo eran las formas redondeadas, las curvas y la piel bronceada. Además aparece el concepto de higiene, belleza y cuidado del cuerpo. El nuevo imaginario de cuerpo surge a partir de los años sesenta, se descubren nuevos discursos y practicas (Le Breton, 2002), la inclinación o tendencia es la delgadez extrema, el cuerpo esbelto al cual se le da el nombre de tubular o andrógino (cuerpo delgado-recto) (Vaquero, 2013), denominación que persiste en la actualidad. En los años noventa, esta obsesión por alcanzar dichos estándares de belleza o el temor de no pertenecer a ellos, y la gran presión de la sociedad, la familia, lo que promueve los medios de comunicación a través de la publicidad que atrae a la gran mayoría de la población, presiones o fuerzas externas particulares del mundo occidental, (mundo en donde el cuerpo es objeto de censura, el espacio donde gobierna el ego, un factor de individualización, y la regla en las colectividades) (Le Breton, 2002), aumentaron el valor de la delgadez extrema, lo que llevo también a tener grandes consecuencias para la salud, conocidas hoy en día como los trastornos patológicos de la alimentación, tales como: la anorexia, la bulimia, y otros más recientes como lo es la vigorexia (Muñoz, 2014). además, los avances en la ciencia y la tecnología han plateado y desarrollado la posibilidad de modificar el cuerpo a través de intervenciones sobre el mismo, construyendo de esta forma un culto al cuerpo (Vaquero, 2013).

Actualmente, los cuerpos delgados y ejercitados son los ejemplos claros de la fuerza de voluntad, el carácter, la perseverancia y el éxito. Lo cual indica que, la vida diaria del este individuo tiene una estricta relación con el aspecto personal, es decir, está íntimamente ligado lo social, lo personal, y lo profesional (Vaquero, 2013).siguiendo modelos sistematizado por el mundo occidental que están encasillados en actividades corporales tales como. La dietética, la cirugía plástica, la farmacia, la cosmética, la educación física, el deporte, etc. Como único objetivo fundamental de vida (Toro, 2013).

En cuanto al concepto de IC, Silder en 1935 lo define como.: “la imagen que forma nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”, concepto complementado por Slade en 1994 como: “la representación amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales,

individuales y biológicos que varían con el tiempo” (Muñoz, 2014). Conceptos que brindan un reconocimiento de cómo se ve la persona y lo que cree de como lo ven los demás. El concepto de IC no necesariamente está relacionado con la apariencia física real, sino que a su vez también vislumbra otros elementos importantes y determinantes como: las actitudes, y apreciaciones que cada uno hace sobre el cuerpo externamente y a nivel interno existen otros como los sentimientos y las actitudes hacia él, lo cual conlleva a que el individuo realice juicios de valor positivos o negativos que alimentan el auto-concepto (Muñoz, 2014).

La construcción o evolución de la IC se da en forma natural en cada individuo en la medida que se va desarrollando a través de vivencias que de una u otra manera se van interiorizando y que se evidencian en dos grandes ejes fundamentales. Por un lado, la importancia que se le da a la IC para la auto-estima, y por el otro la satisfacción o insatisfacción que se tenga o se construya de la IC, siendo la época de la adolescencia el periodo de tiempo en el cual el hecho de asumir la IC es más complejo, ya que es cuando el individuo se imagina, se percibe, se siente y actúa con respecto a su cuerpo en la colectividad o sociedad donde participa (Vaquero, 2013).

Para el desarrollo de este proceso investigativo el concepto de IC que con el cual se realiza este trabajo es el planteado por Thompson JK, quien en 2000 plantea que la IC posee además de los componentes perceptual o componente que permite la percepción total de la realidad el cuerpo o de alguna de sus partes específicamente; del componente cognitivo que es el que aprueba o desaprueba los juicios de valor con respecto a todo el cuerpo o una parte de él; y el componente afectivo que hace referencia a los sentimientos o actitudes hacia el cuerpo ya sea en su totalidad o parcialmente. Thompson hace referencia también al componente conductual el cual está determinado por las acciones o maneras de proceder en determinadas situaciones a partir de la percepción (Vaquero, 2013).

El cuerpo como identidad del hombre, hace que la actividad física se convierta en elemento fundamental para su desarrollo ya que esta hace que a través de su práctica regular aumente la capacidad funcional y así poder prevenir y superar todo tipo de infortunios en de devenir de la vida diaria, además de proporcionar aspectos positivos en la construcción de la

imagen corporal que mejoran la estética del cuerpo que aumentan la autoestima de los individuos (Filho, 2008).

2.5 Condiciones de vida, modos de vivir

Algunos planteamientos teóricos sobre el concepto de la categoría teórica condiciones de vida la definen como: el conjunto de circunstancias que determinan el bienestar común de los miembros de un grupo que viven o interactúan en una comunidad o también como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, envejecen (ONU, 2005). Usualmente el referente teórico de condiciones de vida está dado y se analiza desde la dinámica de la economía y el modelo neoliberal impuesto en los países de medio y bajo desarrollo a través de sub-categorías particulares del fenómeno de salud, enfermedad y atención, es decir, las condiciones de vida están determinadas por las circunstancias materiales que influyen a lo largo de la vida de los individuos (Blanco & López, 2008).

Las condiciones de vida han sido conceptualizadas como los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir. Esta aproximación ha sido desarrollada por las ciencias sociales especialmente por la antropología, la sociología y la economía. En cada una de estas disciplinas el concepto ha tenido desarrollo diferente. Para la antropología social, las condiciones de vida estaban condicionadas por los elementos materiales e inmateriales que determinaban los modos de vida de un grupo social. Los primeros etnógrafos de la primera mitad del siglo XX se dedicaron rastrear pautas sociales, lenguaje, sistemas sociales, económicos, políticos y religiosos (Harris, 2004). En la décadas de los 70 y 80 este concepto se redujo al abordaje de los materialistas culturales, quienes se centraron en estudiar los modos de producción y reproducción de la vida humana (Harris, 2004) Posteriormente, con la emergencia de las teorías simbólicas e interpretativas este concepto cayó en desuso.

Para la sociología, este concepto se vinculó a las teorías de la pobreza y su uso cobro fuerza en la segunda mitad del siglo XX. Los aportes giraron alrededor de evidenciar como los escasos recursos económicos, la falta de trabajo, la escasa salud o educación afectaba a una población, siendo necesario estudiar los mecanismos para mejorar esta situación. Así, estudiar

las condiciones de vida se convirtió en sinónimo de analizar el acceso a vivienda digna, alimentación sana, educación, salud, seguridad, vida social, esparcimiento, y el alcance de las necesidades básicas (Lafuente, 2007). Estos trabajos en los últimos años han derivado en tres vertientes: los estudios de la diferenciación social y la clase social; los estudios de la exclusión; y los aportes de la estudios de la privación múltiple (Calhoun, 2005). Desde la última vertiente sobresale el trabajo sobre el Índice de Condiciones de Vida (ICV). Índice utilizado para medir la privación múltiple en distintos ámbitos materiales de condiciones de vida. En este sentido es necesario retomar los aportes a destacar de Martínez y Ruiz-Huerta, (2000), D'Ambrosio, Papadopoulos y Tsakloglou (2002), D'Ambrosio y Gradín (2003) y Ayllón, Mercader y Ramos (2007), Lafuente (2007). Citados en (Vidal, 2006)

Para la economía, las condiciones de vida son sinónimo de disponibilidad de recursos y a las oportunidades de utilizarlos para generar ingresos. Este abordaje, al igual que el de la sociología se ha centrado en la pobreza y la reproducción de desigualdades. En los últimos años los trabajos, además de la línea mencionada se han centrado en medir las condiciones de subordinación fundantes de otras desigualdades, pero están en estrecha interrelación con el mercado y los procesos de acumulación (Bravo, Rosa. CEPAL)

Así este concepto en las ciencias sociales puso en evidencia la existencia de diferentes niveles de generalización que incluyen la sociedad, comunidad, y la individualidad. En términos generales intenta abarcar una reflexión sobre cinco áreas diferentes. Bienestar físico (con conceptos como salud, seguridad física), bienestar material (haciendo alusión a ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación) y bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad) (Calhoun, 2005).

Este concepto llega de manera directa a la salud cuando se incluye la variable Calidad de vida en la reflexión en salud. Debe reconocerse que si bien el tema de la calidad de vida está presente desde la época de los antiguos griegos, es sólo hasta la década de los 90 que se instala el concepto en el campo de la salud. En comienzo el concepto se relacionó con la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de

la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (Patrick, 1993). O como la la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes (Naughton, 1996).

Desde estos aportes y con las consideraciones de la OMS y la OPS se evidencia la importancia del concepto. Para la OMS las condiciones de vida son "la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto que en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Para la OPS las relaciones con el nivel de desarrollo económico y accesibilidad al desarrollo social acumulado en el respectivo país. Se incluyen además otras variables o determinantes sociales como el empleo, desempleo, subempleo, salario, gasto público, precios en los alimentos, accesos a los servicios básicos, tasas de natalidad y mortalidad, fecundidad, analfabetismo, ingreso per cápita, educación, salud, etc., y que en el presente trabajo no serán revisados. Lo anterior nos habla de que es condición necesaria que la magnitud de los recursos disponibles para la satisfacción de las necesidades de los individuos de una sociedad (OPS, 1994).

Actualmente, es posible diferenciar tres tendencias de trabajo relacionadas con este concepto. La primera dada por los aportes de Brehil y Granda (Breilh, 1985), donde estas condiciones se comprenden como un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, las cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud. Benítez (Benítez, 2010), enuncia que este abordaje incluye tres dimensiones. La dimensión estructural formada por los procesos de desarrollo de la capacidad productiva y las relaciones sociales que operan en el contexto donde ha aparecido un cierto problema epidemiológico. La dimensión particular formada por los procesos llamados de reproducción social. La dimensión individual formada por los procesos que en última instancia llevan a enfermar o morir, o que por el contrario, sostienen la normalidad y desarrollo somáticos y psíquicos. Según Fleury y Col. 2004 citado por (Blanco & López, 2008) para le epidemiología critica en las diferentes investigaciones, el concepto de condiciones de vida es utilizado en la descripción y evaluación de los enfermos a los cuales se les prolonga la vida como resultado de una serie de intervenciones tanto medicas como tecnológicas. Para la

investigación medico-social o epidemiología social este concepto según Breilh también citado por (Blanco & López, 2008) concluye en el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación, es decir, como lo menciona Sen, 1984 y 1992 citada por (Blanco & López, 2008) no solo evaluar las condiciones materiales sino la visión personal que se tiene sobre ellas, en pocas palabras los sentimientos.

Por otro lado, está la propuesta de la Epidemiología social donde se reconocen estas condiciones como las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. En esta medida las condiciones son todo. Dando apertura a este concepto en la Comisión de Determinantes Sociales de la salud (Marmot, 1999).

Finalmente, el taller latinoamericano sobre el determinante social de la salud desarrollado en octubre de 2008 definió que existen dos tipos de determinantes de la salud. Uno que son los determinantes sociales estructurales que influyen en la equidad y el bienestar, que a su vez determinan la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, y que dependen del nivel educativo, la ocupación y el ingreso, junto con el género y la etnia. A partir de allí se desprende otro aspecto que esta dado por el contexto socio-político que se caracteriza por el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas sociales y publicas, la cultura y valores sociales; que dan origen al segundo gran grupo denominado determinantes sociales intermediarios dentro de los cuales se haya incluido las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, los comportamientos, los factores biológicos y los factores psicosociales.

A partir de estos tres planteamientos, para referirse a las condiciones de vida se tienen en cuenta las necesidades básicas y sus respectivos satisfactores tales como: Una alimentación que cumpla con los requerimientos nutricionales de cada persona y las pautas culturales, Mantener la salud y la reproducción bilógica. (higiene del hogar y personal), Una vivienda con inmobiliario y equipos básicos para la vida familiar, Socialización y educación básica para la salud, la orientación sexual y capacitación para el trabajo, Información, recreación y cultura, disponibilidad del tiempo libre, Vestido, calzado y cuidado personal, Transporte público, Comunicaciones básicas, seguridad de tener acceso a los satisfactores (PNUD, 1990). La medición y

observación de estos satisfactores básicos a través de la recolección de datos por medio de censos permitirían la resolución de una o varias necesidades en los diferentes contextos familiares.

Estos planteamientos han entrado en un dialogo, y algunos proponen un nuevo concepto que encierre todas las características de las diferentes visiones. Este nuevo concepto es el de desarrollo humano que permite un avance conceptual de las diversas categorías, el cual concibe que se aborden todos los aspectos de cada individuo tales como la longevidad o esperanza de vida, los conocimientos o capacidad de aprovechar los saberes adquiridos en diferentes momentos de la vida y los niveles de vida determinado por los ingresos, y luego utilizarlos en su beneficio tanto individual como familiar, (PNUD, 1990).

2.6 Sociología del conocimiento: el conocimiento se construye socialmente

El conocimiento no tiene como característica ser único ni mucho menos ser absoluto, puesto que según Foucault el conocimiento son saberes que surgen o aparecen de una gran masa de relaciones en las actividades y prácticas que realizan los individuos de una comunidad (González, 2008). Este conocimiento está determinado por una serie de condiciones políticas y económicas dadas entre los sujetos como relaciones de verdad, o en otras palabras, el conocimiento es socialmente determinado por los intereses y las relaciones de poder. Por cuanto, el conocimiento tiene un origen histórico y socio-cultural según el tipo de contexto de la comunidad social y a su vez cada idea se fortalece y se le da credibilidad dentro de dichos contextos, y entrara a formar parte de ideas dominantes que tiene como efecto las bases teóricas de los conceptos que van a predominar dentro de dicha comunidad, o dicho de otra manera, por el poder que estas tienen generan un impacto hegemónico (González, 2008).

Para el desarrollo de este trabajo se tomara como base la propuesta de construcción del conocimiento del sociólogo australiano Peter Berger y el alemán Thomas Luckman, quienes, en 1966, plantean que el conocimiento se construye a partir de la realidad, y que la realidad se construye socialmente. Esta realidad se refiere a los fenómenos externos al ser humano, fenómenos que no pueden ser controlados por este. De esta manera el conocimiento es la información de las características y particularidades de estos fenómenos o hechos (Berger y Luckman, 1966). La realidad según estos dos autores, se fundamenta en la vida cotidiana, es el

aquí, el ahora y el presente del cuerpo. Pero, la realidad es definida, primero, por la rutina o el espacio que se comparte con otro; segundo, por el tiempo, que es el momento de ese compartir; y tercero por la interacción social en la cual se puede enfrentar cara a cara con la realidad y la vida cotidiana de los otros, lo cual permite un intercambio social y por ende la construcción de conocimiento (Berger y Luckman, 1966).

La interacción social, de acuerdo a esta aproximación, es una característica fundamental de la construcción social del conocimiento, puesto que, es la comunicación, el lenguaje, lo que permite llegar al conocimiento. Es en la interacción social donde los individuos enfrentan sus realidades de la vida cotidiana, lo que permite una práctica discursiva que brinda unas posibilidades de apropiación y utilización, que son en sí donde nace el saber. Esta interacción permite clasificar a los otros y ser clasificado dentro de un tiempo en la historia, lo cual permitirá saber cuál es el rol de cada miembro de la comunidad, cual es el contexto, lo que conllevará a la institucionalización de los saberes o mejor accesibilidad a ellos, saberes mejor conocidos como tradición (Berger y Luckman, 1966). Es decir, las diferentes actividades que se dan repetitivamente en la vida cotidiana de un individuo, tiende a convertirse en hábitos, lo cual apunta que el conocimiento sea el significado que los sujetos le dan a las cosas que lo rodean en el mundo y que están enmarcadas por la historia (Berger y Luckman, 1966).

Cuando este sin numero de saberes surgen de las realidades de la sociedad, empieza a ser argumentado, y a tener gran sentido o coherencia por sí mismos, es cuando se legitimizán los conceptos, el cual consta de cuatro niveles. El primero, es el pre-teórico que se refiere a la suma total de lo que todos saben acerca de algo. El segundo, es el teórico en el cual en forma rudimentaria se implementan las normas. El tercero, es el nivel de las teorías explícitas, que se trata de las tradiciones. Y el cuarto, es el de los universos simbólicos, que es el que organiza coherentemente los saberes en el conjunto social, los roles a desempeñar y garantían la permanencia, que permite que estos saberes jueguen su papel en un determinado momento histórico de la comunidad (Berger y Luckman, 1966). En este último nivel se integra la mirada sobre las formas en que los intereses y los juegos de poder determinan formas específicas de definir el conocimiento.

En este caso, la propuesta de la sociología del conocimiento desde Berger y Luckman posibilitara un análisis desde la institucionalización y la legitimización de los saberes en el campo de la actividad física. La triada objeto de este trabajo serán comprendidas como experiencias compartidas, accesibles a todos los que pertenecen a la comunidad científica (investigadores). En esta aproximación se incluyeron dos momentos en el análisis. En el primero se considero que este conocimiento institucionalizado y compartido, no se impone de igual forma sobre el conjunto de individuos, dando lugar a diversos sub-universos de comprensión del conocimiento dentro del conjunto social. En el segundo, la legitimización se revisara como se extiende la comprensión y el sentido del conocimiento en actividad física, llevando a revisar: los temas de trabajo, las proposiciones teóricas, las teorías explícitas del orden institucional y las teorías o explicaciones alternas. Finalmente se podrá concluir sobre cómo se construye desde el conocimiento socialmente creado. Para el caso de la actividad física esta es tomada como una realidad construida socialmente, que tanto teóricamente como en su práctica hace parte de la naturaleza humana, y que sus resultados son el producto de un dialogo histórico entre la realidad social y la existencia individual.

3. METODOLOGÍA

El enfoque de esta investigación está dado desde la sociología del conocimiento, corriente de la sociología y los estudios sociales que propone que el conocimiento tiene un origen histórico y socio-cultural producto de las comunidades sociales. Su uso permitió diferenciar tipos de conocimiento en el campo de la actividad física, la intermediación de intereses con las relaciones de poder y la definición de formas dominantes y periféricas de saber.

La investigación llevada a cabo fue un estudio fundamentado en el trabajo teórico desde el análisis de contenido de corte cualitativo, siguiendo a Piñuel (2002), debido a que éste busca enfatizar en la particularidad y complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad y circunstancias. Desde esta aproximación se consideró importante examinar y debatir el cómo se construye el conocimiento por parte de diferentes autores e investigadores en el campo de la actividad física. El diseño metodológico posibilitó, no solo el acercamiento a la producción científica de un tema particular, sino que permitió un proceso de

interpretación y análisis de la información de los documentos donde fue posible determinar tensiones y dominancias en las posiciones teóricas dentro de la comunidad científica.

El estudio se desarrolló, siguiendo las siguientes etapas:

Etapas: Etapa uno: Se realizó el rastreo de las publicaciones científicas existentes y disponibles para clasificar e identificar documentos que se relacionaran con el campo de la actividad física en relación con la imagen corporal y las condiciones de vida, a partir del año 2001 hasta el año 2014. Se escogió solo esta producción porque: primero, a partir de 2001 se configura la propuesta de los determinantes sociales de la salud desde la apuesta de Michael Marmot; Segundo, en los inicios del siglo XXI se comienza a diversificar la literatura de la determinación social de la salud derivada del Movimiento de la Medicina Social Latinoamericana; tercero, en 1990 se inicia un trabajo conjunto entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud que vinculan la relación cuerpo y actividad física; cuarto, el tema de la imagen corporal y sus componentes perceptual, subjetivo y conductual se integran a la producción científica de la actividad física desde la década del noventa².

Etapas: Etapa dos: Selección de los documentos más pertinentes a través de la aplicación de la herramienta de lectura crítica CASPe, para lograr los objetivos propuestos en la investigación. Este proceso se limitó a la consulta de revisiones de artículos de investigación utilizando los términos: *actividad física*, *imagen corporal*, *condiciones de vida* y sus equivalencias en español, inglés y portugués. Sin embargo, dado que estas palabras no están indexadas, los resultados de la búsqueda exigieron tener una alternativa para poder encontrar la información. Por tanto, fue necesario incluir otros conceptos de búsqueda o elementos descriptivos que se definieron como emergentes, orientados por los hallazgos y que facilitaron la búsqueda relacionando la triada de estudio (tabla 1).

² Kevin Thompson es psicólogo de la Universidad del Sur de Florida A partir del trabajo *Body image disturbance: assessment and treatment* (1990) amplía la noción de imagen corporal incluyendo el componente conductual. En los años siguientes y en trabajo como *Body image, eating disorders and obesity* (1996) y *Exacting beauty: theory, assessment and treatment of body image disturbance* (1999) logra formalizar su abordaje.

Tabla 1. Conceptos emergentes que permitieron la búsqueda de la información pertinente para el estudio.

Conceptos iniciales de búsqueda	Conceptos emergentes descriptivos de búsqueda
Actividad física	Actividad motora, beneficios físicos y mentales, hábitos saludables, promoción de la salud, prevención.
Imagen corporal	Aspecto perceptivo (sub-estimaciones, sobre-estimaciones del cuerpo); aspectos cognitivo y afectivo (valoraciones, actitudes, sentimientos, pensamientos que despierta el cuerpo); conductual (asociaciones al cuerpo, exhibición, comparación, rituales camuflaje).
Condiciones de vida	Bienestar físico (salud); material (ingresos, pertenencias, vivienda, transporte); social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad); emocional auto-estima, mentalidad, inteligencia emocional, religión); desarrollo (productividad, contribución, educación).

Se priorizó la producción científica generada mundialmente en Estados Unidos, Canadá, Suecia, Inglaterra, España; en Latinoamérica, la producción de Chile, Brasil, Ecuador, México, Perú; y en Colombia la producción de Bucaramanga, Valle, Antioquia y Bogotá. Se escogieron estos lugares al ser referentes donde se produce el conocimiento abordando directamente la diada imagen corporal y actividad física desde los determinantes y la determinación social de la salud.

La identificación de artículos se realizó en:

1. Motores de búsqueda: PubMed, EBSCO, OVID, Lilacs; BVS, Trip Database, SIBUR, y Google (último recurso).
2. Bases de datos: JStor, Science Direct, ProQues, AOpen Library, Scielo, Cocrame.
3. Publicaciones de Jaime Breilh – Biblioteca personal

Etapa tres: a través de una revisión abierta de los documentos obtenidos (sin pretender a constituirse en un marco único y cerrado de interpretación), se realizó una lectura temática no

siempre basada en las palabras clave, el resumen o título, sino concentrados en ubicar el abordaje al tema del artículo. Para comprender el abordaje del autor se consideraron elementos de carácter teórico y conceptual. Este abordaje permitió una lectura crítica y selectiva donde se extrajeron elementos de análisis para consignarlos en una matriz (ver anexo 1) con la finalidad de identificar patrones, tendencias, convergencias, discusiones, temas dominantes, conceptos periféricos, hegemónicos, emergentes y alternativos.

Etapa cuatro: Para excluir y definir los estudios a analizar, estos se sometieron a una base de preguntas de selección (tabla 2), para llegar a comprender la capacidad que tienen las publicaciones científicas para responder a la pregunta de investigación. Estas preguntas fueron una guía indicativa y provisional para apoyar las relaciones de interés entre los documentos académicos y el trabajo investigativo, que permitieron leer de forma cruzada y comparativa los documentos, no sobre su contenido total, sino sobre los hallazgos previamente realizados a fin de construir una síntesis comprensiva total sobre el tema.

Tabla 2. Capacidad del documento para responder la pregunta de investigación.

PREGUNTAS DE SELECCIÓN	
PERTINENCIA	Sobre que dimensión del saber trabaja? (revisión, exploración, descripción, Análisis, intervención) Trabaja sobre la triada? Cómo integra la triada? Trabaja sobre el enfoque? Cómo integra el enfoque?
IMAGEN CORPORAL	Cuál es el concepto de imagen corporal que trabaja? Desde que noción epistemológica? Desde que aspecto? (perceptual, subjetivo, conductual) Cuál es el aporte significativo del texto a la imagen corporal? Cómo es la relación con otras áreas? En que enfoque se inserta?
ACTIVIDAD FÍSICA	Cuál es el concepto de actividad física en el texto? Desde que noción epistemológica? Cuál es el aporte significativo del texto a la actividad física? En qué contexto se aplica? Que propuestas novedosas aporta? Cómo es la relación con otras áreas?

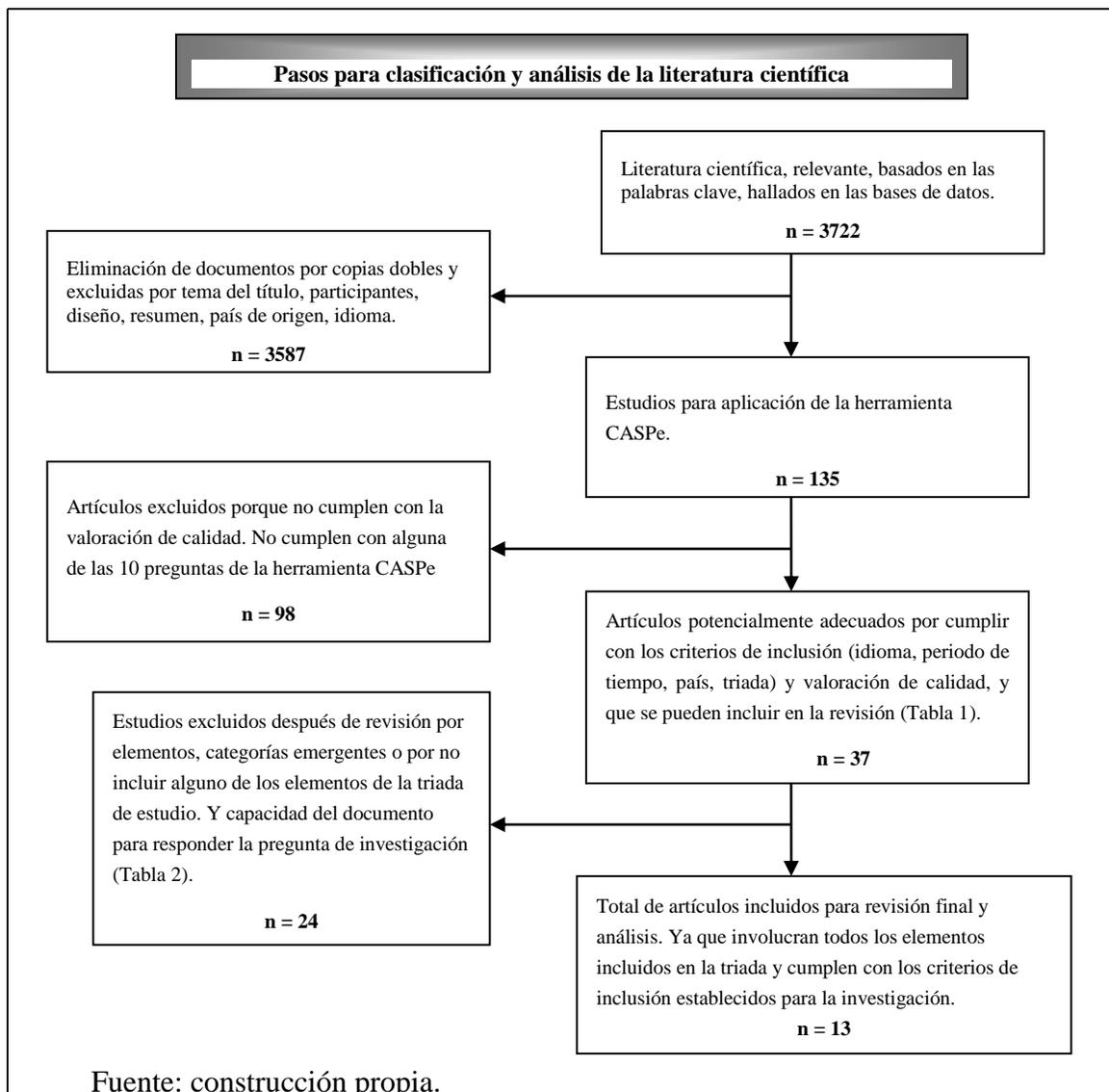
ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

	<p>Qué prácticas sociales integra a la discusión? En qué enfoque se inserta?</p>
CONDICIONES DE VIDA	<p>Cuál es el concepto de condiciones de vida? Desde que noción epistemológica? Desde que aspecto? Cuál es el aspecto significativo del texto a la categoría? Cómo es la relación con otras áreas? En que enfoque se inserta?</p>

Etapa cinco: considerando el corte cualitativo del análisis de contenido, la información extraída de los artículos tuvo como fin buscar los significados, sentidos o contenido de los diferentes conceptos de actividad física relacionados con la imagen corporal y las condiciones de vida que son implícitos o explícitos dentro de los textos; información que fue sistematizada en una matriz diseñada en Excel (anexo 1) donde se atribuyeron códigos y categorías a los elementos de los artículos, y a su vez, esta información se fue contrastando con unos elementos o aspectos relevantes establecidos de los determinantes y la determinación de la salud (anexo 1). A partir de esta sistematización se dio inicio al proceso de interpretación de la información contenida en las publicaciones científicas.

4. RESULTADOS

De la búsqueda se obtuvo un total de 3722 referencias en las bases mencionadas y que cumplían los criterios aplicados en el muestreo, pero de estos, después de una revisión más detallada y crítica desde el título, resumen, palabras clave, participantes, diseño, país de origen se excluyeron 3587. A las 135 publicaciones restantes se les aplicó la herramienta para la calidad y pertinencia CASPe, lo cual llevo a limitar el número de publicaciones científicas a 98. Posteriormente, se aplicaron los diferentes filtros pertinentes para la clasificación y análisis, quedando al final del proceso 13 artículos para revisión y análisis de contenido



A través de las comparaciones y del análisis en la forma como los investigadores vinculados al campo de la actividad física comprendieron los conceptos, se encontró que estos han tomado un gran auge en la actualidad, ya que muchos de estos conceptos están basados en la juventud, la belleza y la salud. En este análisis se hizo evidente que la presión social es uno de los factores que más ha influenciado para que los individuos de una comunidad se sientan sometidos a seguir un modelo de una corporalidad y unas formas de vida hegemónicas, que en la mayoría de las ocasiones es difícil de lograr por las diferentes condiciones que presentan los distintos contextos donde se desarrolla la vida de los individuos.

A continuación se expondrá como existe una tendencia a unificar, medicalizar y esencializar las aproximaciones conceptuales de actividad física, imagen corporal y condiciones de vida. Posteriormente, se presentará un acercamiento de cómo estos conceptos son utilizados y difundidos para obtener efectos orgánicos con la práctica, pero la experiencia relacionada con el proceso es totalmente distinta. Y al final de los resultados, se mostrará cómo estos esquemas de apropiación conceptual están en coherencia con unos modelos hegemónicos de comprender la salud.

4.1 Imagen corporal. Una aproximación tímida a los debates desde las discusiones en la Actividad física

Teóricamente, al abordar la imagen corporal como un asunto ligado al campo de la salud y de la prevención se debe tocar un espacio de trabajo que involucra diferentes aspectos como lo perceptivo, lo cognitivo-afectivo y lo conductual. Al evidenciar estas aristas, es posible comprender que el cuerpo es una entidad que supera los límites físicos y biológicos y adquiere sentido en la medida en que se vincula a espacios sociales, culturales y políticos. Como afirma Helman (2007) y Douglas (1978), el cuerpo se muestra como portador de significados; significados que superan la individualidad y son productos de la socialización y los aprendizajes de la trayectoria de vida.

A la hora de evidenciar como los elementos analíticos que arroja el estudio de la imagen corporal ligado a la salud y a la prevención, se encuentra que este tema es recurrente en el campo de la actividad física. Sin embargo, debe aclararse que a pesar de la recurrencia este concepto adquiere sólo algunos matices frente a las posibilidades analíticas que el

concepto encierra. La mayor parte de los trabajos se centran en imagen corporal como sinónimo de apariencia física. En esta medida se priorizan los debates en torno a las formas, los ideales corporales y las aproximaciones individuales, dejando de lado las reflexiones que vinculan las miras relacionales, sociales, culturales y políticas de la imagen corporal y el cuerpo.

Se encontró que la mayor parte de la producción académica está centrada en dos poblaciones que ocupa los intereses de los investigadores. Por un lado, las mujeres y por otro los adolescentes. En estos grupos los trabajos se dedican a profundizar en temas tales como el peso, la apariencia, la auto-percepción y los ideales de cuerpo.

Según la información obtenida, y según como se ha mencionado en algunos apartes del presente trabajo lo que se busca: es identificar cual es la postura de los diferentes autores, no lo que investigan, sino la posición desde donde nacen o se hacen dichos estudios. Por esto, en las publicaciones científicas, se encuentra una tendencia a priorizar la imposición de ideales de cuerpo según el grupo social al que pertenezca el individuo. Así, se definen unas pautas de belleza que tienen sus bases o pretenden alcanzar, como lo afirman Del Ciampo (2010) y Martin (2014), modelos de la pro-delgadez como patrón extremo para las mujeres y la musculatura para los hombres (Tabla 3, cita 1). A la vez, estas pautas intervienen en la configuración de la auto-percepción del cuerpo, haciendo que, en el caso de las mujeres, ellas perciban una valoración de menor aceptación que los hombres, lo cual las impulsa a que dentro de las practicas de consumo sean ellas más encauzadas a incorporar nuevos comportamientos y normatividades (moda, ropa, hábitos alimentarios poco saludables) para sentirse aceptadas dentro de un contexto social (Tucker, 2011; Farhat, 2014).

En esta misma línea, los autores de otros artículos reportan un alejamiento del deber ser en relación a los espacios de interacción. Por ejemplo, Neumark-Sztainer (2010) menciona que las mujeres con cuerpos diferentes a los definidos por las exigencias sociales tienden a ocultarse o alejarse, para no ser víctimas de burlas o señalamientos de los demás miembros del grupo social al que pertenecen. Esta respuesta se da, en tanto que, aquellas que han logrado un cuerpo aceptado por dicho contexto social logran mostrar o exhibir sus cuerpos para llamar la

atención de sus pares de género masculino, y a la vez, hacer comparaciones con las demás miembros de su grupo.

Ahora bien, el otro grupo de estudio al que hacen referencia los artículos es el de los adolescentes. Este grupo es priorizado porque se considera que la adolescencia es una etapa de la vida importante, ya que es un momento que condiciona los comportamientos y desarrollos especialmente los relacionados con el cuerpo (Labbrozzi, 2013; Stankov, 2012). Esta relación con lo corporal hace que estos individuos busquen las maneras de cambiar su apariencia como forma de expresión y desarrollo de la personalidad, adoptando comportamientos o prácticas culturales (tatuajes, perforaciones, rituales) para ser aceptados dentro los grupos. Estas respuestas, pueden tener como consecuencia el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal, como los trastornos de conductas alimentaria y el *cutting*³, conduciéndolos a riesgos latentes para la salud (Beltrán, 2012).

Se evidencia también dentro de la documentación científica y académica consultada un discurso reiterado hacia la búsqueda de un cuerpo “sano” y “hermoso” (Del Ciampo, 2010). Alrededor de esta idea se observaron dos tendencias. Una, tiende a considerar la salud como argumento que conduce a la adoración del cuerpo, en la que el fin es alcanzar el ideal corporal propuesto e impuesto por los contextos sociales. Esta tendencia impulsa a los individuos a no estar conformes con su imagen corporal y mantener comportamientos asociados a modelos de difícil alcance (tabla 3, cita 2). La otra tendencia es la relacionada con la medicalización⁴ del cuerpo a partir de estimaciones de normalidad. En este punto los artículos tienen como elemento importante la proporción de la masa corporal (kg), por el cuadrado de la estatura (m²), o como se conoce comúnmente con el nombre del valor del Índice de Masa Corporal (IMC) que constituye un excelente medio para predecir posibles riesgos para la salud ya que

³ El cutting, también llamado risuka o self injury, consiste en un práctica social adolescente que consiste en cortarse la piel con una navaja u objeto afilado, para dejar marcas o tatuajes en el cuerpo, principalmente en los brazos y muñecas.

⁴Según Michel Foucault, a partir del siglo XVIII las conductas, los comportamientos y el cuerpo se integran a un sistema de funcionamiento de la medicina, donde se imponen dispositivos de control que los controlan a partir de la intervención del saber médico. Es la regulación de los procesos de la vida por la biopolítica.

indica la distribución de la grasa corporal y su control a través del peso (Stankov, 2012; Shrivera, 2013; Lobera, 2011).

Estas dos tendencias, hacen, de acuerdo a los autores, que se aumente la insatisfacción corporal y aumente la auto-percepción negativa obligando a que la mayoría de las personas tiendan a perder peso para sentirse aceptados socialmente (tabla 3, cita 3). Adicional a estos hallazgos, se observa que existe la preferencia por medir la imagen corporal a través de pruebas relacionadas con modelos de figuras (Chen, 2012), lo cual reduce los límites de estudio y hace que el cuerpo sea visto de manera externa, lo que puede conducir a dar juicios de valor negativos sobre la apariencia (tabla 3, cita 4).

Tabla 3. Elementos relevantes de Imagen Corporal.

Cita	PUBLICACIÓN CIENTÍFICA	REFERENCIA TEXTUAL
1	Martin, S. M. (2014). Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico. <i>Nutrición hospitalaria</i> , 1324-1332.	... "Si el patrón de belleza en la mujer es la delgadez, en el caso de los hombres, se ha ido imponiendo el del hombre musculado y con escaso vello corporal"...
2	Del Ciampo, L. S. (2010). Body image and physical activity among Brazilian youth cohort. <i>Bras crecimiento desenvolvimiento humano.</i> , 671-679	... "A autopercepção corporal é um importante aspecto o complexo entendimento da imagem corporal e, provavelmente, reflète a satisfação e as preocupações sobre o peso e o tamanho do corpo, sendo influenciada por normas e padrões sociais da cultura dominante"...
3	Stankov, I. O. (2012). Overweight and obese adolescents: what turns them off physical activity? <i>International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity</i> , 9-53.	... "Some of these adolescents, in particular girls and younger adolescents suffer depressive symptoms [11] and are more likely to experience suicidal contemplation if subject to weight-based teasing Adolescents in these studies experienced four types of victimization: verbal and physical bullying, social exclusion and stereotyping. Verbal bullying and stereotyping were experienced in both contexts while social exclusion..." and physical bullying were featured in the school setting only"...

4	<p>Shrivera, L. H.-T. (2013). Differences in body esteem by weight status, gender, and physical activity among young elementary school-aged children. Elsevier Ltd., 78-84.</p>	<p>... "Five items from the body image subscale of the Body Investment Scale24 ("I am frustrated with my physical appearance," "I am satisfied with my appearance," "I hate my body," "I feel comfortable with my body" and "I feel anger toward my body") assessed body dissatisfaction on a 5-point scale ("strongly agree" to "do not agree at all") A higher mean score across items indicated greater body dissatisfaction"...</p>
---	---	---

Es necesario mencionar que dentro de las publicaciones analizadas no está presente el debate en estudios realizados en otro tipo de poblaciones, como por ejemplo, en los hombres y en los adultos mayores; asimismo se observa que la visión de cuerpo que se trabaja en las diferentes investigaciones, es de un cuerpo anormal, enfermo, con deficiencias o un cuerpo no saludable (Beltrán, 2012), puesto que todas las propuestas están encaminadas a mejorar, prevenir, medir, clasificar y ubicar los individuos dentro de ciertos parámetros establecidos socialmente (Neumark-Sztainer, 2010) (Tucker, 2011), dejando de lado la discusión sobre otros elementos definidos para la imagen corporal (perceptivo, cognitivo, afectivo, conductual), y reduciéndose a una sola dimensión(perceptiva).

La mayoría de las publicaciones (Iannotti, 2013); (Labbrozzi, 2013); (Neumark-Sztainer, 2010) coinciden en que la imagen corporal es un elemento importante en la vida de los individuos. Enfatizan en que, tanto mujeres como adolescentes entendidos como sujetos de estudio, experimentan importantes cambios físicos y psicológicos que hacen que sean objeto de influencia por las condiciones del medio social, en el que impera el ideal estético, inexistente e inabordable. Paralelo a estos resultados es pertinente decir que estos son un pequeño acercamiento a las discusiones que quedan y las que pueden surgir con respecto a la conceptualización de la imagen corporal desde la actividad física.

4.2 Actividad física. De la medición de la cantidad de actividad física y de los beneficios de la práctica regular.

Es de resaltar el incremento de la importancia que se le está dando en todo el mundo a la práctica regular de la actividad física y de sus beneficios en el estado de salud de las poblaciones. Sin embargo, esta práctica se está reduciendo en las zonas urbanas que son

afectadas por el fenómeno de la pobreza (ONU, 2005). Es necesario resaltar, que existe un vacío de trabajos que se cuestionen por la actividad física en las zonas rurales, en las áreas alejadas de los centros urbanos y en los lugares donde habitan minorías étnicas. Desde los artículos revisados se encuentra que se le da un lugar central a la urbanización, como un fenómeno que está en constante crecimiento, y paralelo a ello que está adquiriendo ciertos dominios en aspectos como el laboral, el de transporte y algunos factores ambientales que tienen como consecuencia que se reduzca la práctica y desarrollo de la actividad física pertinente para mejorar el interés por la vida saludable.

A la hora de una búsqueda en la literatura correspondiente a la actividad física se puede encontrar una gran cantidad de documentos científicos y académicos que evidencian avances investigativos de los efectos que sobre la salud tiene la falta o inexistencia de actividad física. De igual manera en estos se define esta práctica como cualquier movimiento corporal que redunde en un gasto energético, pero que, también tiene una estrecha relación con las interacciones con otros y desde luego con el ambiente donde se desarrolle (García, 2009). Sin embargo, de acuerdo a los resultados o hallazgos obtenidos se pudo observar que la tendencia de los temas de estudio relacionados con la actividad física están vinculados con: medir la cantidad de actividad física por medio de instrumentos con el objetivo de comprobar las recomendaciones dadas; la implementación de programas de prevención; el control y vigilancia de los factores de riesgo en los comportamientos de poblaciones como los adolescentes y las mujeres; y el observar las categorías de edad, intereses individuales, la cultura, contexto familiar para establecer el estado y preferencias en actividad física (ver tabla 4, citas 1 a 4).

Tabla 4. Actividad Física y sus principales características.

Cita	PUBLICACIÓN CIENTÍFICA	REFERENCIA TEXTUAL
1	Shrivera, L. H.-T. (2013). Differences in body esteem by weight status, gender, and physical activity among young elementary school-aged children. Elsevier Ltd., 78-84.	...”Physical activity is defined as structured or unstructured movement that promotes health with substantial benefits gained through a variety of moderate- or vigorous-intensity activities among adults and children... Physical activity evaluation. The Self-Administered Physical Activity Checklist (SAPAC) was utilized to measure the amount of moderate, vigorous and combined moderate and vigorous physical activity the children engaged in (Sallis et al., 1996). The SAPAC has been validated with school-aged children with moderate criterion validity...”
2	Iannotti, R. (2013). Patterns of Physical Activity, Sedentary Behavior and Diet in US Adolescents. NIH Public Access, 280-286	...”A definition of physical activity was provided, “any activity that usually increases your heart rate and makes you get out of breath some of the time,” and examples of activities preceded the question “How often over the past 7 days have you been physically active for a total of at least 60 minutes per day”....
3	Labbrozzi, D. R. (2013). Pubertal development, physical self -perception, and motivation toward physical activity in girls. Journal of Adolescence, 759-765.	...”Although the wealth of physical and psychological health benefits of physical activity are widely recognized, participation in physical activity declines among girls and boys during adolescence, with dramatic decreases shown for girls across ages 12–15 years (e.g., Nader, Bradley, Houts, McRitchie, & O’Brien, 2008).”...
4	Seo, D. T.-H. (2009). Cross-cultural Comparison of Lack of Regular Physical Activity among College Students: Universal Versus Transversal. International Society of Behavioral Medicine, 355-359.	...”The instrument was developed based on the Youth Risk Behavior Survey (YRBS) and the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) questionnaires to understand college students’ health-related behaviors, including PA, nutrition, smoking, and alcohol use. The instrument included 29 questions, and took each participant approximately 8 min to complete...”

Con respecto a la medición de actividad física, algunos estudios se centralizan en los parámetros establecidos de la cantidad de tiempo dedicado a la práctica de ésta, a través de

mediciones realizadas por instrumentos de fácil aplicabilidad como son los acelerómetros y la implementación de algunas encuestas o cuestionarios estandarizados para tal fin (Iannotti, 2013; Labbrozzi, 2013) y en menor medida por la motivación para realizarla (Iannotti, 2013). De igual manera, en los resultados de las investigaciones y producciones científicas, aun cuando se reconocen los beneficios de la práctica regular, se nota que es en la adolescencia donde se reduce notoriamente la práctica de dicha actividad, debido a las responsabilidades sociales que se adquieren y por consiguiente modifican la auto-percepción, las actitudes y los comportamientos (Beltrán, 2012) . Se asume que la AF debería ser un hábito o un comportamiento común en cualquier contexto tanto cultural (país, nación) como en la comunidad (niño(a) s, jóvenes, adultos, o adultos mayores) (Seo, 2009).

Sin embargo, se encuentra en las publicaciones, que para la implementación de la práctica de la actividad física todos los avances y esfuerzos están direccionados a la implementación de programas de prevención o intervención efectiva (Neumark-Sztainer, 2010) en los cuales se priorice la atención en variables o categorías como la edad, los intereses individuales, la cultura, el contexto familiar, para poder vigilar los factores de riesgo de los comportamientos de los individuos (Gamble, 2009). De la misma manera, las evidencias muestran que la actividad física tiene una estrecha relación con la percepción de la imagen corporal, puesto que al realizar dicha actividad, ésta genera unos cambios físicos que favorecen o permiten disminuir los riesgos de padecer enfermedades a los que están expuestos los individuos (Forrester, 2012); enfermedades o riesgos como el sedentarismo y el sobrepeso, flagelos que aquejan al mundo moderno y en especial a las comunidades de bajos recursos o etnias marginadas por la sociedad. Es decir, la actividad física funciona o cumple la función de ser un factor protector (Forrester, 2012; Chen, 2012; Seo, 2009).

De igual manera, se encontraron algunas particularidades dentro de los estudios que llaman la atención. Por ejemplo, las edades de los grupos poblacionales que se trabajan en los artículos son las comprendidas por la niñez y la adolescencia (Labbrozzi, 2013) puesto que, mencionan que este aspecto influye directamente en la práctica y desarrollo de la AF, argumentando que la intervención que se hace en estas edades favorece la adquisición del hábito saludable de la práctica de la AF, en edades posteriores. En lo relacionado con la diversidad y la actividad física, un artículo hace referencia a los afroamericanos en

condiciones de bajos ingresos (Chen, 2012), reiterando la importancia de implementar programas de prevención en estas comunidades. Y por último se observa un especial interés por los estudios desarrollados en EE.UU, país que sufre el flagelo de la obesidad y sedentarismo lo cual impulsa a plantear estrategias y mecanismos para controlar esta condición, interviniendo directamente en los ambientes, en las particularidades individuales, y colectivas de los diferentes contextos sociales (Stankov, 2012).

En consecuencia, desde los resultados hallados, la relación entre la actividad física y la salud, está planteada desde el concepto utilizado de la AF como una actividad estructurada o no estructurada de movimientos que promueven la salud con beneficios sustanciales obtenidos a través de una serie de actividades de moderada o vigorosa intensidad (Shrivera, 2013), que son orientados y comprendidos en función de las características particulares de los individuos y la comunidades que las pongan en práctica. Es evidente entonces, en las publicaciones, que al abordar el complejo concepto de AF se observa que dejan de lado las visiones más integrales que permitan desarrollar este concepto de manera más compleja. Predominan en las publicaciones, ante todo, las orientaciones a planificar e intervenir en aspectos biológicos priorizando la cantidad de tiempo dedicados a dicha actividad que mejoren alguna condición que esté afectando la salud de un individuo o grupo social.

4.3 Condiciones de vida. Influencia en el concepto y práctica de la actividad física.

La existencia del individuo está condicionada por las normas, reglas, leyes, acuerdos y condiciones establecidos por la comunidad o contexto social al que pertenezca. Estos condicionamientos hacen que en mayor o menor medida éste se vea sometido por intereses históricos, económicos y políticos de dichas comunidades, bien sea a tener acceso a unas condiciones más favorables para el desarrollo de su vida y darle un estatus de mayor categoría dentro de la sociedad o a otras menos favorables para dicho desarrollo, lo cual hace que aumente la exclusión social. (Brunet, 2013).

Desde el análisis realizado en las publicaciones académicas de las condiciones de vida, se encontró que éstas son las enmarcadas por los modos en que los integrantes de un grupo social desarrollan su existencia (tabla 5, cita 1). Se habla de condiciones no definidas exactamente o identificadas como un concepto específico o particular, sino que son

indicadores, observables y medibles. Al no tener una conceptualización clara, entonces, se parte de tener en cuenta unas características o elementos particulares que identifican a un grupo social y que a través de la creación e implementación de instrumentos para agrupar, medir y combinar dichos elementos, muestran como resultado las diferencias que pueden existir entre grupos poblacionales. Estos resultados son fundamentales para medir fenómenos y circunstancias sociales, en los cuales se pueden aglutinar las distintas necesidades básicas (Blanco & López, 2008).

Entonces, como producto del ejercicio desarrollado, los elementos fundamentales encontrados correspondientes a las condiciones de vida dentro de los documentos académicos analizados están los relacionados con la alimentación, educación, transporte, vivienda, vestido, entre otros.

En la mayoría de las publicaciones revisadas, el tema de gran importancia es el que tiene relación con el nivel o alcance de las satisfacciones de las necesidades básicas. Se destaca lo relacionado con la alimentación (tabla 5, cita 2), en tanto que se hace referencia a los diferentes aspectos que corresponden a ésta, como por ejemplo: los desordenes alimentarios causados tanto, por la falta de acceso a los alimentos o los patrones de alimentación como consecuencia de la presión social (Forrester, 2012). Además de indagar acerca de qué clase de alimento están consumiendo los miembros de los diferentes grupos sociales. Igualmente, estos estudios mencionan que los diferentes desordenes o trastornos alimentarios pueden desencadenar en un riesgo para la salud, puesto que una nula o mala información pueden conducir a dietas inadecuadas que se pueden convertir en un factor de riesgo para la salud (Martin, 2014). A partir de la relación entre la AF, salud y los patrones alimentarios los estudios analizados hacen énfasis en que la alimentación hace parte de las intervenciones de la AF, ya que una sana alimentación es un elemento importante en el cuidado de las personas (tabla 5, cita 3).

Al mismo tiempo, el debate acerca de los problemas de obesidad/sobrepeso, tienen gran relevancia dentro de la publicaciones puesto que, la epidemia de la obesidad es un problema de salud pública, el cual tiene una estrecha relación con el ideal de cuerpo y los factores asociados a las condiciones de vida de ciertos grupos poblacionales como son los

niños, jóvenes, grupos raciales (afros) y las mujeres (Chen, 2012). Según los estudios la obesidad afecta a las minorías y los grupos de bajos ingresos debido a las conductas alimentarias que estos adquieren durante el desarrollo de la vida, pero también se menciona que son grupos que al darles el poder y facilitarles los cambios de comportamientos a través de la AF pueden prevenir la obesidad y el sobrepeso, ya que son un tipo de población muy receptivos a las modificaciones de comportamiento.

También, otro aspecto importante hallado en las publicaciones es el que tiene que ver con la educación, ya que ésta se comprende como un elemento clave dentro de las condiciones de vida (Tucker, 2011). Esta importancia se relaciona con la premisa de que la información brindada en la escuela puede ser un factor determinante que redunde en efectos positivos en el bienestar común de un grupo social (Del Ciampo, 2010). Es decir, se hace énfasis en la educación para la promoción de la salud, como un cambio social para influir en la calidad de vida de las personas (Labbrozzi, 2013). La apuesta en mejorar las condiciones de vida, está en diseñar programas de prevención eficaces contra los trastornos alimentarios y los problemas de obesidad/sobrepeso. En algunas publicaciones se menciona que estas medidas de educación pueden extenderse tanto a padres, familia, amigos y demás miembros del contexto como asociación significativa, que junto con la AF permiten un acercamiento más pertinente al cuidado de la salud (Shrivera, 2013).

De igual manera, otros elementos reconocidos dentro de los hallazgos son los correspondientes a los espacios donde se insertan los estilos de vida y que conciernen a características de grupos sociales. Se mencionan elementos como el medio laboral que influye directamente en las condiciones de vida (Chen, 2012). La importancia en este tema se relaciona con la afirmación que el acceso a un trabajo, entendido este como elemento del desarrollo de una comunidad o grupo social de acuerdo a un determinado contexto social, político y económico, puede facilitar o reducir las oportunidades para mantener un buen hábito alimentario y una participación adecuada en la práctica de la actividad física. Al mismo tiempo, otros elementos considerados y que guardan estrecha relación con las condiciones de vida son: el transporte, que está dentro de los recursos de alcance a las personas para acceder o no a las infraestructuras y equipamiento conformado para el desarrollo de la vida (Stankov, 2012); el vestido, que hace parte dentro de las condiciones de vida como componente de

bienestar emocional, el cual aumenta o disminuye la auto-estima de los individuos; y la vivienda, elemento que puede limitar o potencializar la sensación de bienestar o espacios y materiales idóneos con el mobiliario adecuado que permita el desarrollo de la vida de los individuos y sus familias (Iannotti, 2013).

Tabla 5. Elementos de las condiciones de vida o modos de vivir.

Cita	PUBLICACIÓN CIENTÍFICA	REFERENCIA TEXTUAL
1	Iannotti, R. (2013). Patterns of Physical Activity, Sedentary Behavior and Diet in US Adolescents. NIH Public Access, 280-286.	... "Socio-demographic variables—Socio-demographic variables included gender, age, race/ethnicity (Caucasian, African-American, Hispanic, and others) and family affluence. Family socioeconomic status was estimated with the Family Affluence Scale (FAS): the adolescent having his/her own bedroom, frequency of family traveling vacations, and number of family computers and motor vehicles.16 The FAS produced a continuous scale from 0 to 9..".
2	Chen, X. W. (2012). Is ideal body image related to obesity and lifestyle behaviors in African-American adolescents? Child Care Health Dev. NIH Public Access, 219-228.	... "Healthy food knowledge and perception—This 6-item scale was composed of the questions, 'Which food is better for your health?', followed by six different sets of three answer choices such as 'regular or whole milk, low-fat or skim milk, don't know'. Each set included a line drawing of the foods and the names of the foods. A sample item was: 'Which food is better for your health?' (choice: whole wheat bread, white bread, don't know). Participant's scores were calculated for food and PA self-efficacy, food choice intentions, and healthy food knowledge perception. Each question of the measures ranged from (least healthy answer) to 1 (the healthiest answer)..."
3	Iannotti, R. (2013). Patterns of Physical Activity, Sedentary Behavior and Diet in US Adolescents. NIH Public Access, 280-286.	... "This paper describes the main findings from a group-RCT designed to evaluate the impact of a school-based intervention aimed at preventing weight-related problems in adolescent girls: New Moves. It was hypothesized that girls in the intervention condition would decrease their percent body fat and BMI, increase physical activity, decrease sedentary behavior, improve eating behaviors, and decrease body dissatisfaction and the use of unhealthy..."

4	Forrester, K. Z. (2012). Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: Which factors matter? BMC Public Health , 1471-2458.	... "The aim of the current study was to examine the prevalence rates of both, weight dissatisfaction and disordered eating (such as dieting, binge eating and irregular eating) in a large representative sample of Swiss adults. Furthermore, the association of weight dissatisfaction and disordered eating with sociodemographic factors (education, age, nationality), and with weight category, smoking and physical activity in men and women was examined..."
---	---	--

Estos elementos son aglomerados o agrupados para ser medidos, sobre todo en poblaciones urbanas de bajos ingresos, como muestra representativa del comportamiento de una nación a través de encuestas estandarizadas relacionadas con la salud y la AF. Estos trabajos se realizan con el fin de diseñar programas de intervención que mejoren la salud de las comunidades (Iannotti, 2013; Chen, 2012) permitiendo, a través de la recolección de estos datos, obtener una base de datos para cuantificar, numerar y localizar cual es el nivel de condiciones de vida en un grupo social en particular.

4.4 Rastreado los determinantes sociales de la salud y la determinación social de la salud. La lectura desde la medicina social.

Actualmente, dentro del pensamiento de la Medicina Social sobresalen dos abordajes. Por un lado, el de la medicina social anglosajona, especialmente el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud y la propuesta de Michael Marmot; y por otro lado, el de la Medicina Social Latinoamericana abordada desde las propuestas de Jaime Breilh. Aunque estos abordajes tienen bases epistemológicas diferentes apuntan a una comprensión compleja de salud cada vez más alejada de la enfermedad. Al buscar dicha comprensión incluyen elementos sociales vinculados a la salud, tales como: la economía de un país, las condiciones de trabajo y desempleo, los contextos de las instituciones y las organizaciones de las políticas públicas.

En el análisis de las publicaciones del estudio se evidenció que la mayor parte de los trabajos consultados (Chen, 2012; Del Ciampo, 2010; Forrester, 2012; Iannotti, 2013; Stankov, 2012) están direccionados a la visión propuesta por los Determinantes Sociales de la Salud. Estos trabajos están inscritos en esta corriente porque tratan temas correspondientes a

los dos niveles jerárquicos de los determinantes sociales de la salud. Por un lado, los determinantes estructurales en los cuales se destacan la posición socioeconómica (educación, ocupación, ingreso), el género y la etnia. En los artículos, los autores refieren a la existencia de una inequidad social que puede entenderse como ese *gradiente social* que define diferentes condiciones de salud dependiente de la situación socioeconómica y contextual de una persona. Integrar este análisis diferencial permite establecer comparaciones entre los grupos sociales y centrar la reflexión en la necesidad de considerar un enfoque amplio sobre la sociedad y su diversidad. A pesar de esta mirada, es necesario decir que la discusión de los artículos gira, generalmente, alrededor de un solo marcador de diferenciación (o la etnicidad, o el género, o la posición socioeconómica etc.), dejando de lado las posibles articulaciones y yuxtaposiciones que éstos “*órdenes de poder*” tienen en su conjunto. Por tanto, se obvia la idea de que la salud está atravesada por un continuo proceso de distribución desigual del poder de una sociedad que determina, siguiendo a Breilh (1995), la no igualdad en el acceso o una exclusión producida frente al disfrute o a una disparidad de la calidad de vida.

Por otro lado, los determinantes intermediarios en los cuales influyen los factores biológicos y psicosociales que condicionan la salud, los sistemas de salud y las condiciones de vida. En las publicaciones científicas concuerdan en términos de políticas y programas de intervención en las primeras edades de vida, conjuntamente con mejorar los entornos, haciéndolos más saludables para que como resultado se tenga una población más sana. Este es el punto más desarrollado por los autores, quizá porque se circunscriben al campo de la salud e incluyen un conjunto de elementos categorizados en circunstancias particulares que no confrontan las realidades estructurales de los grupos y de los problemas. La crítica que se puede hacer en este punto, es que los teóricos operacionalizan las posibilidades que puede brindar un análisis desde este marco y lo reducen a unas dinámicas estandarizadas que no muestran las complejidades de las intersecciones en salud.

Es necesario resaltar la apuesta por posiciones en los trabajos, posturas que coinciden con la propuesta de Marmot (2009), en la que se plantea que, para cambios en las condiciones de salud debe apuntarse a transformaciones sociales en las nuevas generaciones. Así, se considera que el mensaje debe ser primero para los niños, no solo para que sobrevivan en su etapa infantil, sino porque a estos grupos se les debe proporcionar garantías para su desarrollo

físico, cognitivo y lingüístico, social y emocional; además, desde esta postura en la propuesta de Marmot, se comprende que estos niños se convertirán en un futuro en padres y madres de la sociedad, lo cual indica que el fin es tener adultos más sanos.

Además, de las formas en que se abordan estos problemas, se encontró que las publicaciones analizadas están dentro del marco de los determinantes sociales de la salud, puesto que, la directriz metodológica sobre la cual se trabaja, son las estrategias de carácter estadístico en las que se mide la magnitud del problema, se analiza y se evalúan los efectos a que tenga lugar las intervenciones.

Específicamente estos estudios se centraron en la comprensión de los determinantes intermediarios de los problemas de salud y proponer soluciones a los mismos, o como lo menciona Iannotti, (2013) “en un mismo grupo de personas utilizando herramientas de los determinantes sociales y económicos de la salud se puede evidenciar las disparidades en salud”. En igual medida, otro estudio como el de Che (2012) demostró que la enfermedad está dada por la exposición que se tenga al factor de riesgo, puesto que, la dificultad con el acceso al poder o a las riquezas puede medir la desigualdad observable o las consecuencias en la salud.

Así mismo, el artículo de Labbrozzi (2013) se desarrolla dentro de un contexto social y político en el que prevalece la educación, la inserción de la salud a los espacios cotidianos y el bienestar de una comunidad. En esta apuesta, el bienestar, entendido como los estilos de vida activos para niño(a)s, influye directamente en la calidad de vida y de salud, haciendo una clara apuesta de los determinantes al campo de la AF. Otro artículo es el de Seo (2009) quien promueve intervenciones sobre las interacciones culturales para cruzar múltiples culturas y mantener la especificidad de algunos elementos, como los de la AF, apropiados para promover los hábitos de vida saludable en jóvenes y adultos.

En este mismo marco de trabajo, otro de los elementos de la salud desde el abordaje de los determinantes se relaciona con la comprensión de condiciones de vida entendidos como condiciones materiales desde la mirada de los determinantes intermediarios. Los estudios analizados (Martin, 2014; Shrivera, 2013; Shrivera, 2013) están basados en encontrar las

formas para satisfacer necesidades de un grupo poblacional específico, en el cual es observable la desigualdad en salud y las consecuencias que ello trae. Desde los artículos, los investigadores proponen trabajos en los que implementan programas de intervención o prevención adecuados y desde allí generan oportunidades de reflexión crítica en las políticas de salud. Desde estos campos de acción, se explican los éxitos y fracasos de los intentos de abordar los complejos problemas de salud, para resolver entre otros, problemas relacionados con trastornos alimentarios y la prevención en el aumento de peso. Se encuentra en estos trabajos aproximaciones en contextos y niveles específicos, en donde la salud está enmarcada en el proceso social del individuo, en el cual los estímulos promueven los valores del cuidado (Forrester, 2012).

Sin embargo, puede observarse en los artículos que el abordaje de la mirada social de la salud propuesto por la Medicina Social Latinoamericana, es un poco más difícil de detectar en la literatura científica, ya que la mayoría de estudios son desarrollados en países como EEUU, Canadá, Italia y Suiza, en los cuales tienen una mayor influencia tanto teórica como práctica de los determinantes sociales de la salud. De hecho, en estos países, a excepción del trabajo de Nancy Krieger en Estados Unidos, no se conoce ni la propuesta Latinoamérica, ni los debates de Jaime Breilh a la reflexión en salud. Debe reconocerse que en algunos artículos, el modelo de determinación se encuentra inmerso indirectamente desde la inclusión de reflexiones que han sugerido la inclusión de propuestas de las ciencias sociales. Por ejemplo, Iannotti (2013), en su artículo demuestra como la enfermedad es una relación entre las formas de propiedad y poder, puesto que el estudio muestra como enferman los adolescentes de una cierta clase social resultado de un proceso socio-histórico, y de acuerdo a esta clase social se sugieren ciertos enfoques para mirar y establecer los esfuerzos que se deben realizar en salud pública.

Siguiendo esta misma línea, por un lado, el artículo de Labbrozzi (2013), está centrado en favorecer procesos sociales en el que se involucren a todos los miembros de una sociedad y que permita una transformación en términos de beneficios para todos. Por otro lado, según el estudio de Seo (2009), de acuerdo a los países donde se realicen los estudios se evidencia la marcada relación entre el orden social y la salud, lo que puede conducir a un modelo social de enfermedad.

Como se pudo observar el enfoque que predomina en los estudios analizados es el de los Determinantes Sociales de la Salud. En las aproximaciones se busca una causa del fenómeno desde una visión individualista y singularista de la salud en el cual se responsabiliza al sujeto del estado de su salud, a partir, de su elección en estilos de vida saludable o no. Desde este enfoque el concepto de salud se visualiza como uno de los temas más importante en la actualidad, el cual está contemplado desde una compleja reproducción social en donde los beneficios para la comunidad están dados desde las decisiones políticas tomadas a partir de las implicaciones que están tengan desde dichos determinantes.

Construcción del conocimiento. Invisibilización, relevancia y formas de entender el concepto de AF, imagen corporal y condiciones de vida.

Las políticas, las acciones para la salud y la construcción del conocimiento deberían estar diseñadas a partir de la realidad social en la que están inmersas las personas. Es decir, desde actividades prácticas determinadas por los intereses, las condiciones de los individuos y los orígenes tanto históricos como socio-culturales (Berger y Luckman, 1966). El análisis de las publicaciones científicas en el presente estudio permitió diferenciar tipos de conocimiento en el campo de la AF relacionado con la imagen corporal y las condiciones de vida, en lo concerniente a: la intermediación de intereses, las relaciones de poder y la definición de formas dominantes y periféricas de saber.

En relación con las formas de saber plenamente identificadas en los estudios analizados, se encuentra el dominio de una mirada biologicista e individualizada que prioriza los espacios medicalizados como los responsables de las actividades de prevención. Así, se conservan unas formas tradicionales y hegemónicas de hacer y comprender la salud que perduran y que dificultan la intersectorialidad (Gamble, 2009; Del Ciampo, 2010; Martin, 2014). Específicamente, en el campo de la AF las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud se circunscriben a ejecuciones que incluyen una serie de mediciones por medio de las cuales se prioriza el control y el registro de la cantidad de AF a realizar (Chen, 2012; Beltrán, 2012). En otros casos, conlleva a que los individuos asuman este conocimiento

de la AF a través de una cadena de acciones o actividades a realizar dentro de una rutina diaria o como hábito de vida saludable. Es decir, como una decisión sugerida-impuesta por recomendación médica. Se deja de lado, la posibilidad de comprender la AF ligada a la organización social de los grupos, donde las instituciones determinan su práctica y donde, siguiendo a Hormiga (2015), temas como el trabajo, el uso del tiempo, el cuerpo, el género, la clase social, los discursos sobre el movimiento y la belleza se tornan relevantes para comprender la AF como un estilo de vida más allá de ser sólo un condicionante en el proceso salud-enfermedad.

A partir de la revisión de la literatura científica, y en especial una mirada a los autores, con el fin de identificar quiénes son, desde dónde escriben, a quién leen o citan, se encontró que la tendencia en la mayoría de ellos está dirigida a privilegiar temas relacionados con tópicos dominantes, o coloquialmente llamados *de moda*, que guían la construcción del conocimiento. Así, los autores de los artículos están desarrollando sus trabajos a partir de problemáticas puntuales como: la obesidad/sobrepeso, el sedentarismo, las enfermedades no transmisibles, la imagen corporal y el comportamiento humano de tipo individual. En las publicaciones se privilegian como población de estudio las mujeres, los adolescentes y los niños. En estos grupos los trabajos buscan unificar e integrar criterios, aplicar estrategias que sean comunes a todos para la solución de dichos problemáticas e intentar vincular las influencias sociales y ambientales en el desarrollo de patrones alimenticios, el crecimiento infantil, los estilos de vida e imagen corporal. Todos estos elementos configurados desde los discursos y apuestas de la epidemiología de la AF y las propuestas de la salud pública. En la mayor parte de estas publicaciones, los autores buscan hacer evidentes las actividades diarias o rutinas vinculadas a la realización de la AF, los patrones asociados y las motivaciones individuales para realizarla (Iannotti, 2013; Chen, 2012); Labbrozzi, 2013; Seo, 2009; Neumark-Sztainer, 2010).

Además, existe una conexión entre la construcción de ideas, las valoraciones e intereses entre los diferentes autores, ciudades de origen, países para quien y donde publican. Se encontró que la mayor parte de la producción tiene lugar en EEUU, Italia, Suiza, Australia, China y Brasil, y que las fechas de publicación en la que se producen más artículos son en el periodo 2009-2014. La mayoría de las publicaciones científicas privilegian estudios de corte

transversal, cohortes, revisiones sistemáticas aplicados básicamente en EEUU, país en el cual el problema de obesidad y sobre-peso en adolescentes en la actualidad cobra bastante interés por los investigadores. El interés por parte de los autores, que se devela detrás de los artículos, está enfocado en la identificación de factores de riesgo y protectores y a las características de tales eventos ocurridos en grupos poblacionales, especialmente mujeres, adolescentes y grupos de bajos recursos.

Es posible que el privilegio de esta producción esté relacionado con problemas dominantes en estos países. Así, siguiendo los teóricos de los estudios de la colonialidad del saber (Lander, 2000), se podría afirmar que se establece una serie de temas y abordajes como discursos hegemónicos y verdades establecidas para un momento determinado, que dejan de lado temas emergentes, configurando apuestas o pensamientos únicos a problemas únicos. Así, las formas de conocimiento se limitan, como afirma Lander (2000), a unas formas válidas, objetivas y universales de conocer para el análisis de cualquier realidad. Por tanto, puede decirse que la producción científica en el campo de la AF está influenciada por unas formas hegemónicas de conocimiento y hacer ciencia que subordinan otras propuestas de investigación tanto en sus fundamentos teóricos como metodológicos y prácticos.

En general, los autores provienen de áreas de la salud y la AF como: atención sanitaria y hospitalaria, epidemiología y salud mental, nutrición y crecimiento infantil, psicología deportiva, comportamiento motor, movimiento humano, asociaciones de comportamiento en salud, prevención de la obesidad, antropometría, imagen corporal, salud en niños y adolescentes, promoción de la AF relacionada con la salud, y el ejercicio. Lo cual muestra un nivel en el cual se puede contemplar, justificar y argumentar la importancia y relación del la AF con los diferentes elementos que se desarrollan entorno a ella y las implicaciones que estos traen al desarrollo humano. A pesar de esta diversidad de orientaciones, se encuentra que el conocimiento sigue vinculado a la enfermedad y no a otros espacios de trabajo.

Ahora bien, el concepto de imagen corporal, estrechamente relacionado con la apariencia, demuestra que los individuos están en una constante lucha por alcanzar modelos impuestos por la sociedad, relegándose a una dinámica que tiene que ver con la adecuación y medición del cuerpo frente a unas normativas (test de siluetas) tal cual como se realiza en el

estudio de Chen, (2012), y de acuerdo a los resultados obtenidos realizar una comparación y de esta manera establecer el nivel de satisfacción con el cuerpo. Luego, la categorización de estos niveles se someten a una escala estandarizada en la cual se miden atributos como: altura, peso, forma el cuerpo, cintura, caderas, muslos, estomago, cara, constitución corporal, hombros (Iannotti, 2013); (Chen, 2012); (Labbrozzi, 2013); (Forrester, 2012), con el fin de obtener el indicador de la insatisfacción corporal. Este indicador es utilizado como un factor predictivo en un gran espectro de trastornos alimentarios y resultados relacionados con el peso o las dietas practicadas diariamente. Es entonces, cuando la distorsión de la imagen corporal se convierte en un problema mundial, la cual se ve afectada e influenciada por las condiciones donde se desarrolle la vida, de tal manera que la mirada juzgadora del otro y del entorno social intervienen en la construcción propia de la identidad corporal (Claus, Nogueira, Nieves, & Gómez, 2013).

Aunque la concepción de imagen corporal está ligada a la apariencia, no se puede dejar de lado que esta es una representación mental del cuerpo y que debe y está construida desde diferentes singularidades y dinámicas no solo las que se refieren al exterior del cuerpo como tal , sino que también influyen y están presentes los aspectos perceptivo, actitudinal y comportamental (Vaquero, 2013), oscilando entre valores positivos asociados al cuidado del cuerpo (sentimientos, emociones, relaciones sociales, auto-estima) y algunos negativos (marcos clínicos, depresión). En los estudios abordados, se encuentra que la imagen corporal, como elemento que refiere al cuerpo, esta instrumentalizada en la diada cuerpo (como materia) y mente (como esencia). Se deja de lado las consideraciones que permiten verlo como un lugar de construcción de lógicas sociales, culturales y políticas que se relacionan con el uso del cuerpo, su simbolización y significación, su bio-política y controles sociales, y sobre todo, entenderlo como un medio de comunicación e interacción, un lugar desde donde se erigen lógicas clasificatorias y dinámicas de inclusión y exclusión.

Por su parte, las condiciones de vida constituyen los determinantes intermedios sociales de la salud, conformados por una serie de indicadores sobre la alimentación, el transporte, el trabajo, la educación (Forrester, 2012), (Stankov, 2012), que además de ser la causa de las grandes desigualdades sanitarias entre los países y dentro de ellos, también marcan la pauta para definir cuál es el modelo de salud aplicable a una determinada

comunidad. Estos elementos de las necesidades básicas de la población son organizados en cuatro grandes grupos (capacidad financiera, condiciones de la vivienda, equipamiento del hogar, condiciones del entorno de la vivienda) para desarrollar instrumentos y medir los fenómenos y asociaciones de las diferentes prácticas en una población, que permita mantener su estado de salud en óptimas condiciones. Por lo tanto, la apuesta en mejorar las condiciones de vida, está en diseñar programas de prevención eficaz contra los trastornos alimentarios y la educación como asociación significativa con el cuidado de la salud. Por consiguiente, estos elementos y sus indicadores están en función de los modos en que las personas desarrollan la vida y que van variando por dos aspectos; uno, el transcurrir del tiempo, y dos, por las políticas sociales que van surgiendo y que desde luego afectan directamente en el desarrollo de la vida.

De acuerdo a lo anterior, se puede observar que la construcción del conocimiento entorno a la AF, la imagen corporal y las condiciones de vida está dado desde algo físico y superficial, a través de una mirada reducida e instrumentalizada de los mismos, dejando de lado los aportes que desde las ciencias sociales y humanas, económicas y políticas pueden brindar a la salud y que pueden contribuir para la construcción de conceptos mas integrales y más cercanos a la realidad y al desarrollo de los seres humanos.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de los avances en AF, donde prima el interés por el bienestar de la comunidad en general, es importante reconocer que aunque no es un proceso fácil de dilucidar existen vacíos en la aplicación y adquisición de este concepto, puesto que, se hace énfasis en algunos temas como los factores de riesgo, las asociaciones de los estilos de vida activo y la enfermedad (Seo, 2009; Iannotti, 2013). Esta apertura implica el repensar las formas que hablan de AF, que de una u otra manera se libere el discurso sobre el control del peso, la medición de la cantidad y el tiempo para realizar la AF (Gamble, 2009; Labbrozzi, 2013), las apuestas de mejorar la salud mental y social, que limitan o reducen a lo individual a lo medicalizado, y se abran nuevas oportunidades o visiones para que las relaciones entre AF y salud no sean objetivizadas o que se pre-escriban, sino que se puedan comprender y orientar en función de las personas y grupos donde se practican. Es decir, debe apuntarse a trasladar

este concepto desde la dimensión biológica de los resultados orgánicos a una dimensión más social en el que se priorice las condiciones del sujeto influenciada por el contexto donde el individuo y la comunidad desarrollen la vida, en otras palabras, la AF como un valor más transversal y menos universalizado.

Es necesario precisar que, según el análisis de contenido de las publicaciones científicas que se utilizaron en el presente estudio, en las que se identificó la triada (AF, imagen corporal, condiciones de vida) se observan particularidades tales como la falta de exploración de estos mismo temas o que están marginados del debate en poblaciones más específicas como son los hombres, los adultos mayores y las comunidades indígenas, lo cual también reduce los límites del estudio, es decir, estos grandes grupos serian de gran utilidad para el análisis y construcción de los diferentes acercamientos a la AF. También llama la atención las metodologías que priman, pues están sustentadas desde la cuantificación e identificación de variables, retomando algunas particularidades de los grupos que trabaja (edad, raza, país).

Es innegable la cantidad de literatura científica al alcance de cualquier individuo acerca de la AF, en la que se reconocen aportes, beneficios, tributos, participaciones y un innumerable cantidad de elementos que aportan al desarrollo de la vida humana, pero, en todos estos aportes predomina el concepto de la AF desde la dimensión biológica en el cual tal, como lo menciona Bosdriesz (2012), la AF es una actividad que, debido a su estrecha relación con el movimiento humano se convierte en vital e importante en la prevención y tratamiento. En otras palabras, esta actividad se convierte en un mecanismo eficaz y eficiente para reducir el riesgo de adquirir enfermedades que imposibiliten el pleno desarrollo de la vida de un individuo y por ende el de la comunidad a la que pertenezca. Revisar los aportes teóricos desde otras disciplinas o miradas puede posibilitar una mayor comprensión de la práctica de la AF orientada a la indagación sobre aspectos poco investigados por el enfoque tradicional de su estudio como el sistema de organización social, las relaciones desiguales de poder, la inclusión de los llamados órdenes de poder que inciden en la práctica de la AF, los discursos sociales sobre el movimiento, el ejercicio físico el deporte, el ocio, el *fitness* y el autocuidado, entre otros. Así, es necesario descentralizar los enfoques sobre unos abordajes y miradas, y tal como

lo proponen los teóricos de la colonialidad del saber, ver el campo de la AF como una cebolla, delineada por diferentes capas y niveles de interés disciplinar.

Ahora bien, es casi imposible concebir un concepto de AF desligado de la Imagen corporal y desde luego de las condiciones de vida. Estos son elementos que dependen uno de los otros, porque al concebir limitadamente el concepto y la aplicación de la AF a unas formas ya plenamente estructuradas y enfocadas desde un único modelo, o ver la externalización del cuerpo solo como apariencia, o las condiciones de vida como elementos materiales, se crea una brecha entre lo que se aplica actualmente y la realidad social. Retomando a Breilh (2013), es entender que el dialogo del saber científico debe estar acorde con el saber popular, en donde las relaciones y las expresiones sociales no se dan a conocer de forma directa, sino que se construye en el marco de las relaciones estructurales. No queriendo decir con esto, que esas formas predominantes no funcionen o no sirvan, sino que, en términos generales tal como lo plantea Breilh (2013) “lo social debe triunfar sobre lo biológico”.

Es necesario entonces, revisar cada una de las formas en que se establecen los conceptos y el conocimiento de la AF, la imagen corporal y las condiciones de vida, para observar cómo se establecen tendencias de conocimiento puesto que, según Lander (2000) existen unas formas de conocimiento que se dan como norma universal para la comprensión de la sociedad moderna, formas que son únicas y válidas para el análisis y comprensión de cualquier tipo de evento o realidad de una comunidad, es decir, como única opción posible. Sin embargo, aunque existen dificultades para manifestar o formular otras alternativas tanto teóricas como políticas, las ciencias sociales han podido y están en constante debate y búsqueda de alternativas que permitan reformular toda experiencia y expresión cultural que corresponda a visibilizar y a impactar en nuevos fundamentos y teorías en ciertos campos, como: la historia social, cultural y constructivista de las enfermedades y las epidemias y en otras áreas de la salud, pero que no se ha logrado configurar en el campo de la AF, puesto que, el trabajo en este campo es un paradigma derivado de una corriente dominante que logra invalidar los aportes de otros.

En los resultados, producto del análisis de los diferentes estudios se plantea que la centralidad de lo científico en el campo de la AF se explica por la existencia de una serie de

elementos estandarizados que atraviesan, tanto la institucionalidad como las subjetividades de las personas. Dicha estandarización, resultado de un paradigma hegemónico en las sociedades latinoamericanas, tienen como característica principal la reivindicación de la razón eurocentrada como forma única y legítima de conocimiento (Lander, 2000). En este sentido se puede observar que, tanto para los estudios de Europa y EEUU, como para los latinoamericanos, el saber biologicista y medicalizado de la AF se constituye en el único conocimiento que puede brindar herramientas seguras y eficaces para tratar y proponer soluciones frente a problemas como los de la obesidad/sobrepeso, ENT, desórdenes alimentarios entre otros, en poblaciones de niños, adolescentes y mujeres. Mientras tanto los otros saberes no son avalados por la racionalidad científica. El poder del saber y el proceder hegemónico que caracteriza a las sociedades modernas presenta dos tipos de dificultades. Por un lado, se ocultan las limitaciones y las inequidades del conocimiento científico; mientras que, por otro lado, se impide que otro tipo de actualidades académicas sean objeto de una mejor valoración, aplicación y aprovechamiento.

Por lo tanto, la mirada reducida de los conceptos puede también abrir un espectro de mirada compleja. Por ejemplo, lo que ocurre con la imagen corporal que como se explicó anteriormente solo se remite a temas superficiales y de apariencia dejando de lado complejidades de la integralidad del aspecto perceptivo, aspecto cognitivo-afectivo y el conductual de todo lo que comprende el concepto de imagen corporal. O las condiciones de vida, que se instrumentaliza en unas variables a medir con el fin de obtener un dato para luego ser ubicado en mediciones estandarizadas obviando el contexto histórico, político, económico de las particularidades individuales. O la misma AF que se limita a la medición y control del tiempo y de la cantidad de AF a realizar. Todo esto a la final deriva en que, como se mencionó en los resultados, se privilegian unos enfoques teóricos y metodologías sobre otras.

6. RECOMENDACIONES

No cabe duda que la práctica regular de la AF, desde los parámetros establecidos de intensidad, frecuencia y cantidad, representa un factor protector de la salud en un contexto de transición de los riesgos para enfermedades crónicas. Además, su aprehensión permite integrar a la cotidianidad estilos de vida saludables para mantener la condición física, que posibilite

desarrollar las actividades diarias del ser humano de la mejor manera. A partir de los resultados de esta investigación se hizo explícito como lograr llegar a esa dimensión vivencial de la práctica de la actividad física requiere incluir miradas complejas e integrales al análisis del cómo y el por qué las personas hacen o no actividad física. En este sentido, de acuerdo al análisis y la reflexión desde las publicaciones científicas utilizadas para el presente trabajo, se recomienda, para futuros estudios, tener en cuenta elementos o temas importantes que no siempre están en el dominio de la medicina y del campo de la actividad física tales como la relación de la AF con la imagen corporal y las condiciones de vida en otro tipo de poblaciones como son: los adultos hombres, indígenas y adultos mayores, puesto que se hace necesario revisar las ordenes de poder a través de otras características. Por ejemplo: grupos étnicos (afros, pueblos indígenas, raizales, rom, entre otros); género (hombre, mujer y géneros alternativos); condición de discapacidad (cognitiva, física); y las diferencias de clase según la condición social de los grupos sociales.

Otro aspecto a tener en cuenta, es revisar la participación de la Educación física como el medio más efectivo en los entornos sociales que le permita a la población estudiantil adquirir los diferentes elementos hacia una actitud positiva de la AF; es decir, que esta área fundamental del currículo no solo se preocupe por el rendimiento y la adquisición de habilidades o la única sesión regular de AF para algunas poblaciones. Sino que propicie espacios en dos aspectos fundamentales. Por un lado, generar programas de Educación Física que incidan en el mantenimiento de una vida física activa, trabajando en conjunto entre la familia y la comunidad; y, por otro lado, la percepción e interpretación de la propia experiencia cuando se realiza AF más allá de la escolarización. En otras palabras, la Educación Física también debe orientar al conocimiento teórico y práctico de la AF, en donde cada individuo pueda tomar conciencia de las decisiones a tomar, convirtiendo a las poblaciones en consumidores críticos de los programas de AF. En este sentido, preguntas como ¿A quiénes pueden beneficiarse de los programas de AF? ¿Qué intereses esconden? ¿Qué desigualdades existen en participar en dichos programas? ¿Por qué la mayoría de problemas se sitúan a nivel individual y no social? ocupan un lugar central y harían evidente la necesidad de relacionar la AF y la salud con aspectos sociales en gran magnitud.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, P. E. (2010). Uso de los conceptos teóricos sobre determinantes sociales de la salud. En U. d. Rica, *La salud pública en Costa Rica: Estado actual, retos y perspectivas.*, 43-56. Costa Rica.
- Almeida, C. (2013). ¿Por qué recordar a Sergio Arouca? *Cad. Saude Pública.*, 1485-1487.
- Arouca, S. (2008). *El dilema preventista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva.* Buenos Aires.
- Barragán, H. (2007). *Determinantes de la salud.* La Plata- argentina: EDULP.
- Beltrán, C. (2012). La influencia de la cultura occidental en los cuidados del cuerpo relativos a la estética, a la actividad física y a la alimentación. *Cultura de los cuidados.*, 11-19.
- Benítez, A. J. (2010). Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica. *Gaceta de Antropología.*
- Berger y Luckman, P. y. (1966). *Construcción social de la realidad.* Amorrortu.
- Blanco, G., & López, A. (2008). Condiciones de vida, salud y territorio: un campo en (re)construcción. 103-125.
- Bosdriesz, J. R. (2012). The influence of the macro-environment on physical activity: a multilevel analysis of 38 countries worldwide. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1-13.
- Bravo, Rosa. CEPAL. (s.f.). *Condiciones de vida y desigualdad social. Una propuesta para la selección de indicadores.*
- Breilh, J. E. (1980). Investigación de la salud en sociedad. *Ediciones CEAS*, 57-60.

- Breilh, J. &. (1985). Producción y distribución de la salud-enfermedad como hecho colectivo. 45-64.
- Breilh, J. (1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder. Construcción de lo social y del género. En V. M. Viveros, *Cuerpo, diferencia y desigualdades*. (págs. 130-141). Quito- Ecuador.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista. Facultad Nacional Salud Pública* , 13-27.
- Brunet, I. P. (2013). Condiciones de vida y construcción de identidades nuevas. El caso de los jóvenes pobres y excluidos en España. *Revista Mexicana de sociología*, 647-674.
- Caballero, G. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos.
- Calhoun, C. R. (2005). *The SAGE handbook of sociology*. Chennai- India: Sage Publications Ltd.
- Camargo, D. A., Gomez, E. A., Ovalle, J., & Rubiano, R. (2013). La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. *Revista Facultad nacional de salud pública*, 116-125.
- Chen, X. W. (2012). Is ideal body image related to obesity and lifestyle behaviors in African-American adolescents? *Child Care Health Dev. NIH Public Access*, 219-228.
- Claus, A. C., Nogueira, A., Nieves, B., & Gómes, M. d. (2013). Actividad física, género, e imagen corporal. *Salusvita*.
- Colomer, C., Álvarez-Dardet, C. (2000). Promoción de la salud y cambio social. Barcelona, Elsevier.

- Corbett, C. A., Nogueira, A., Betunho, C. N., Gomes, M. d., & Fernandes, T. C. (2013). Actividad física, género e imagen corporal. *Salusvita*.
- Daniel, S. (2005). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires - Argentina: Paidós.
- Dahlgren, G. W. (1993). Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried? Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health.
- Del Ciampo, L. S. (2010). Body image and physical activity among a Brazilian youth cohort. *Bras crecimiento desenvolvimiento humano.*, 671-679.
- Diderichsen, F. E. (2002). Desafío a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción. *Bases sociales de las disparidades en salud.*, 13-25.
- Domingues, S. M. (2012). Monografía sobre los determinantes sociales de la salud.
- Douglas, M. (1978). *Los dos cuerpos. Símbolos naturales, exploraciones en cosmología*. Madrid- España: Alianza.
- Farhat, T. I. (2014). Adolescent Overweight, Obesity and Chronic Disease-Related Health Practices: Mediation by Body Image. *Obes Facts*, 1-14.
- Filho, L. d. (2008). Imagen corporal, actividad física y factores de riesgo. *Salud Pública*, 550-560.
- Forrester, K. Z. (2012). Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: Which factors matter? *BMC Public Health* , 1471-2458.
- Gamble, H. P. (2009). Moderators of physical activity and obesity during adolescence. *Elsevier Ltd.*, 232-236.

- Garay, P. J. (2005). La actividad física y el deporte en el marco científico. <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 85 - Junio de 2005
- García, S. L., Ospina, R. J., Aguinaga, A. L., & Russi, A. L. (2009). Aproximación conceptual a la actividad física adaptada (AFA). Bogotá.
- García, S. V. (2009). *Aproximación conceptual a la actividad física adaptada. (AFA)*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Gómez, L. F., Duperly, J., Lucumi, D. I., Gómez, R., & Vanegas, A. S. (2005). Nivel de AF global en la población adulta de Bogotá(Colombia) Prevalencia y factores asociados. *Gaceta sanitaria*.
- González, G. M. (2008). Michael Foucault: La emergencia de una historia crítica. *Dikaiosyne*(20).
- Granda, E. (2003). ¿A que llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana Salud Pública*, 30(2), 11-16.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their Unequal Distribution. Clarifying policy understanding. 101-124.
- Harris, M. (2004). *Antropología cultural*. Valencia-España: Alianza.
- Helman, G. c. (2007). *Culture, health and illness*. London. Great Britain: Hodder education and member of the Hodder headline group.
- Hertzman, C., F. (1994). Heterogeneities in health status and determinants of population.
- Hoehner, C. M., Soares, J., Parra, P. D., Ribeiro, I. C., & otros., C. E. (2006). Intervenciones en actividad física en América Latina.

- Hormiga-Sánchez CM (2015). Perspectiva de género en el estudio de la práctica de actividad física. *Rev Cienc Salud*.13(2): 243-259
- Howden, C. P. (1999). Social inequalities in health.
- Hoyos, L. A., Umbarila, J., Murcia, B., Mendez, O., Nuñez, J., Huertas, P. Evaldo. (2004). Estructura conceptual para el estudio de las actividades físicas no formales. *Revista Des-encuentros*(7), 29-38.
- Iannotti, R. (2013). Patterns of Physical Activity, Sedentary Behavior and Diet in US Adolescents. *NIH Public Access*, 280-286.
- Iriart, C. W. (2002). Medicina social Latinoamericana: aportes y desafíos. *revista Panameña de salud pública.*, 128-136.
- Labbrozzi, D. R. (2013). Pubertal development, physical self-perception, and motivation toward physical activity in girls. *Journal of Adolescence*, 759-765.
- Lafuente, L. M. (2007). *Condiciones de vida y pobreza consistente*. Murcia.
- Lalonde, M. (1999). El concepto de "campo de la salud": una perspectiva Canadiense. 3-5.
- Lander, E. -C. (2000). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas*. Buenos Aires. Argentina: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Lobera, I. C. (2011). Body shape model, physical activity and eating behaviour. *Nutricion hospitalaria*, 201-207.

- López, A. O., Escudero, J., & Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de determinantes sociales de la salud. *Medicina social*, 3 (4):323-335.
- Mantilla, C. S. (2006). Actividad Física en habitantes de 15-49 años en una localidad de Bogotá-Colombia. *revista de Salud Pública*.
- Marmot, M. W. (1999). Social determinants of health. London. OXFORD.
- Márquea, S., Rodríguez, J., & De abajo, S. (2006). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. *Apuntes. Educación física y deportes.*, 12-24.
- Martin, S. M. (2014). Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico. *Nutricion hospitalaria*, 1324-1332.
- Martínez, R. F. (2010). Test de factores socio personales para la inserción laboral de los jóvenes. Un instrumento para la evaluación y la formación. *Estudios sobre Educación*, 18, 115-138.
- Medina, R., Jiménez, C. A., Pérez, M., Armendariz, A., & Bacardí, M. (2011). Programas de intervención para la promoción de actividad física en niños escolares: Revisión sistemática. *Nutrición hospitalaria*, 265-270.
- Moiso, A. (2007). *Fundamentos de salud Pública*. La Plata- Argentina: Universidad Nacional de La Plata.
- Molinero, O., Castro, P. J., Ruiz, J., González, J., Mora, J., & Márquez, S. (2010). Conductas de salud en escolares de la provincia de Cádiz. *Nutrición hospitalaria*, 280-289.
- Morales, B. C. (2013). Determinación social o determinantes? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista salud Pública*, 15(6), 797-808.

- Muñoz, L. A. (26 de Mayo de 2014). La imagen corporal en la sociedad del siglo XXI(tesis final de grado). Cataluña- España.
- Naughton, M. S. (1996). *Psychological Aspects of health-related quality of life Measurement: test and scales*. New York.
- Neumark-Sztainer, D. F. (2010). New Moves—Preventing Weight-Related Problems in Adolescent Girls:A Group-Randomized Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 421-432.
- ONU (2005). Mensaje del secretario general en ocasión del día mundial del habitat. México. Recuperado de: <http://nacionesunidas.org.co/blog/2014/10/06/mensaje-del-secretario-general-con-ocasion-del-dia-mundial-del-habitat/>
- Palacios, E. X., & Restrepo, E. M. (2008). Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuestos por Antonovsky.¿una alternativa para abordar el tema de salud mental? *Informes psicológicos*, 275-299.
- Patrick, D. L. (1993). *Health Status and Health Policy. Quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New york: Oxford University.
- Peñaranda, F. (2013). La salud pública y la justicia social e el marco del debate-determinación social de la salud. *Revista Facultad nacional. Salud Pública*.
- Perez Samaniego, V. D. (2003). La promoción de la actividad física relacionada con la salud.Laperspectiva de proceso y resultado. *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte.*, 3, 69-74.
- Piñuel, R. J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 1-42.

- PNUD, (1990). Desarrollo sin pobreza, II Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe. Quito.
- Porter, D. (1999). Health, civilization, and the state: A History of Public Health from Ancient to modern times. *UK: Routledge*.
- Quevedo, V. E. (2012). Comprensión Histórico-crítica del proceso salud-enfermedad: base para una renovación curricular en medicina. En G. A. Quintero, *Educación médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje*. (págs. 269-314). Bogotá: Universidad del Rosario.
- Rodríguez, M. A., Novalbos, J. P., Villagran, P. S., : Martínez, J. M., & Lechuga, J. L. (2012). La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. *Revista española de salud pública*, 483-494.
- Rosen, J. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice.*, 66-143.
- Segura, J. (2013). *Desigualdades Sociales en Salud. Conceptos, estudios e intervenciones*. Bogotá - Colombia: Universidad Nacional.
- Seo, D. T.-H. (2009). Cross-cultural Comparison of Lack of Regular Physical Activity among College Students: Universal Versus Transversal. *International Society of Behavioral Medicine*, 355-359.
- Shrivera, L. H.-T. (2013). Differences in body esteem by weight status, gender, and physical activity among young elementary school-aged children. *Elsevier Ltd.*, 78-84.
- Stankov, I. O. (2012). Overweight and obese adolescents: what turns them off physical activity? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9-53.

- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona-España: Ariel.
- Toro, J. (2013). *El adolescente ante su cuerpo. cuerpo, vestido y sexo*. Madrid- España: ediciones Piramide(gruppo Anaya, S.A).
- Tucker, P. I. (2011). University Students' Satisfaction With, Interest in Improving, and Receptivity to Attending Programs Aimed at Health and Well-Being. *Health Promotion Practice*, 388-395.
- Turrell, G. O. (1999). Socioeconomic determinants of health: towards a national research program and policy and intervention.
- Vaquero, R. A. (2013). Imagen Corporal;revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 27-35.
- Vega, J. S. (2011). Equidad y dterminantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Determinantes sociales de la salud en Chile.*, 9-18.
- Vidarte, C. J. (2011). Actividad física: estrategia de promoción de la salud. *Hacia la promocion de la salud.*, 16(1), 202-218.
- Vidal, F. F. (2006). *Exclusión social y estado de bienestar en España*. Barcelona: Icaria.

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

ANEXOS

INSTRUMENTO: COMO SE DEFINE LA SALUD		
EJE	DETERMINANTES	DETERMINACIÓN
Estratificación social	Distribución desigual de los ingresos (genero-etnia) posición socio-económica (Características demográficas, ingresos, escolaridad y ocupación). Se usan para la estratificación, y conlleva a la exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales para la salud.	Devine de las relaciones de clase producidas por las relaciones de poder y distribución de recursos. La enfermedad como la expresión de la relación entre las formas de propiedad, poder y división del trabajo. La reproducción propia del capitalismo producen diferencias en la calidad de vida.
Contexto social y político	Políticas publicas macroeconómicas y aquellas que afectan el trabajo, la tierra, vivienda, educación, bienestar social, atención medica, agua, saneamiento, y la posibilidad de transformación a partir de la sociedad y valores.	Inversión de la correlación de fuerzas entre el poder hegemónico de las clases dominantes y el contra-hegemónico de las clases sub-alternas en la lucha por la salud.
Enfoque metodológico y conceptual	La enfermedad nace de la exposición al factor de riesgo y externamente conectados que fragmentan la realidad.	Asume procesos estructurales dinámicos, complejos y multidimensionales de carácter biológico, histórico y social.
Marco ético	La inequidad se refiere a injusticia en el reparo y en el acceso a la riqueza y el poder. Mide la desigualdad observable o consecuencias.	La inequidad reside en el proceso mismo que la genera. Da origen a esa desigualdad y la juzga como fenómeno social.
Desigualdad	Se da en términos de bienestar	Se produce por la apropiación individual de los medios de realización de la vida por parte de una clase, genero o etnia.
Acción política	Orientado a disminuir la estratificación social, la exposición la vulnerabilidad y las consecuencias desiguales de la enfermedad mediante la generación de políticas macroeconómicas y de mercado de trabajo, el estímulo de valores culturales que promuevan la igualdad de oportunidades, el control del riesgo y el acceso de los medios esenciales para reducir la pobreza. La salud del individuo depende de una estructura social predeterminada. La salud se evidencia como un proceso social.	Su prioridad es abatir las inequidades y la injusticia social que las origina. Se centra especialmente en favorecer sociales de emancipación para la transformación de la configuración del, orden social en términos de los beneficiados actuales, y la lucha contra la explotación que deteriora la salud. se enfoca en la relación entre el orden social y la salud. La relación entre la reproducción social y los modos de vivir, enfermar y morir.
	Factores personales, sociales, económicos y ambientales que determina el estado de salud de los individuos. Desigualdad - acción política. *voluntad política para mejorar la salud de una población.	Proceso salud - enfermedad dentro de un modelo social de enfermedad o la reunion de una serie de situaciones que afectan a una sociedad en concreto, y que puede dar como resultado la posibilidad de riesgo. *Relación entre mortalidad y clase social.

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

Núm.	REFERENCIA	IMAGEN CORPORAL	CONDICIONES DE VIDA	ACTIVIDAD FÍSICA	DETERMINANTES	DETERMINACIÓN	CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO
1	Iannotti, R. (2013). Patterns of Physical Activity, Sedentary Behavior and Diet in US Adolescents. NIH Public Access, 280-286.	Trata el aspecto perceptivo(peso) y el cálculo de IMC establecidos con los centros para el control y prevención de la enfermedad . y el aspecto cognitivo-afectivo de la medición de la insatisfacción corporal , con SCALE 24 en 5 categorías (me siento frustrado con mi cuerpo/ estoy satisfecho con mi cuerpo/ no me gusta mi cuerpo/ me siento cómodo/ siento ira hacia mi cuerpo).	Son estudiantes de 230 escuelas/ se distinguen algunas variables socio-demográficas como: sexo, raza, etnia . Aplican un test o escala de FAS que relaciona aspectos particulares como: la riqueza familiar, la vivienda (tiene su propio dormitorio, frecuencia q viaja en vacaciones), el transporte (poseen auto), y la alimentación(consumo de alimentos muy calóricos (azúcar, bebidas dulces, papas fritas, etc.) , los cuales dan el comportamiento de una muestra representativa de una nación.	Todo esta basado en un solo concepto: " cualquier actividad q por lo general aumenta el ritmo cardiaco y te hace perder el aliento alguna de las veces ./ Se realiza la medida de la cantidad de AF por acelerómetro para comprobar si se cumple con las recomendaciones dadas para los adolescentes (academia americana de pediatría)/.indagación acerca de los comportamientos sedentarios (tiempo libre/ver tv/ juegos de consolas/ internet).	La clase social (),el nivel educativo, el género (hombres y mujeres) y la etnia (afro) están inmersos en la investigación. Se realiza el estudio y se concluye q se debe hacer intervención para mejorar aspectos acceso a instalaciones de recreo y mercado de productos. A menor riqueza familiar conlleva a tener patrones menos saludables .	Muestra como la enfermedad es la relación entre la formas de propiedad y poder . El estudio muestra como enferman los adolescentes de cierta clase social. De acuerdo a la clase se sugieren diferentes enfoques para los esfuerzos en salud publica	El autor es profesor de las ciencias de la salud , especializado en determinantes ambientales de niños y adolescentes . Sus trabajos han estado direccionados a observar y cuantificar la s tendencias en AF, motivaciones para participar en ellas , a través de las conductas y estilos de vida, patrones y asociaciones.
	CONCLUSIONES	El cuerpo es tomado como un objeto - un objeto que se puede materializar y que tiene una dinámica externa a la vida social de las personas. Es lo externo	Están dadas por aquellas condiciones que permitirían a una persona mantener su estado de salud en optimas condiciones.	Establecida por parámetros de la cantidad de tiempo dedicado a esta actividad y no por la motivación personal de realizarla.	En un mismo grupo de personas se pueden evidenciar las disparidades en salud.	Demostración de cómo la enfermedad tiene una estrecha relación con las formas de poder, producción, y la reproducción del capital.	La tendencia está dada hacia el control y prevención, se sigue enfocando hacia la medicalización o prescripción de la AF.

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

2	Chen, X. W. (2012). Is ideal body image related to obesity and lifestyle behaviors in African-American adolescents? Child Care Health Dev. NIH Public Access, 219-228.	Los afro americanos aceptan mas el sobre peso y la obesidad porque su ideal de figura humana es más grande que la de los de raza blanca. Se utilizaron test de siluetas (8 figuras especificas por genero) para definir el ideal de su cuerpo y se identifico que se sienten satisfechos con su IC/ la delgadez y la gordura puede determinarse culturalmente /Las niñas de raza negra tiene menos preocupación por el exceso de peso (naturalización de la gordura y se sienten menos presionadas por la sociedad para ser delgadas.	Pocos estudios sobre el sobre peso, la alimentación y los estilos de vida en jóvenes afro de bajos ingresos de zonas urbanas ya que existen diferencias en los patrones de alimentación./ los bajos niveles en las condiciones de vida hace que se ubiquen la mitad de los ideales de salud. Se aplica un test el cual consiste en definir que alimento escogería en una situación determinada(merienda), para determinar el conocimiento y la percepción de los alimentos.	Los jóvenes afro de bajos ingresos debido a su aceptación de los grandes figuras humanas, la disociación a la AF es menor , aunque algunos estarían motivados a realizar alguna practica para bajar de peso.	Se estima tener en cuenta que se debe dar el poder y facilitar los cambios de comportamiento para prevenir la obesidad y el sobre peso, es decir, apunta a que la enfermedad esta dada por la exposición que se tenga al factor de riesgo.	Las niñas son mas receptivas a aceptar cambios en su vida para llegar al peso corporal deseado.	Es un artículo publicado en EE:UU , aunque su autor es de origen oriental en el cual según el perfil del autor , es a partir de la atención sanitaria y hospitalaria que se le brinda a la comunidad una alternativa de buena salud con la aplicación de programas de AF. Los énfasis del estudio están desde la nutrición, obesidad infantil, las ENT, y la aplicación de métodos científicos.
CONCLUSIONES	Los afros tienen altos niveles de satisfacción de su imagen corporal, lo cual hace que el sobre peso y la obesidad tengan un impacto negativo en la auto-estima.	La obesidad afecta a las minorías y a los grupos de bajos ingresos. En el caso particular estudiantes afros de escuelas públicas.	Se hace necesario implementar programas de prevención escolar en adolescentes afros de bajos ingresos.	La dificultad del acceso al poder o a las riquezas puede medir la desigualdad observable o las consecuencias en la salud.	No existe una apropiación de los medios para la realización de la vida por parte de los afros.	No se puede identificar que tipo de concepto manejan las personas del estudio, simplemente se identifica el problema y se aplica un programa para disminuir el riesgo.	

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

3	Labbrozzi, D. R. (2013). Pubertal development, physical self-perception, and motivation toward physical activity in girls. Journal of Adolescence, 759-765.	Se realizo una evaluación de la percepción a través de la escala de PACES(6 escalas de auto-percepción o físicamente activos) cambios físicos (apariencia, formas del cuerpo). La adolescencia como etapa de la vida en la que ocurren los diferentes cambios cognitivos, físicos, sociales y emocionales . Los cambios en la apariencia física y la forma del cuerpo tiene importantes implicaciones en la auto-percepción (imagen corporal).	Si en la escuela existe un ambiente agradable y maestros de apoyo que puedan mediar en el impacto de la intervención y en la motivación de la practica de la AF promoviendo el disfrute de la AF para generar compromiso y predicción. El estudio se realizo en 3 escuelas de un distrito de Italia. La adolescencia etapa importante en el cambio social que puede influir en la calidad de vida de los adolescentes .	Se aplicaron escalas para medir la motivación y el placer para realizar AF (escala PACES, SIMS) El aspecto físico no con relación a los ideales de belleza sino por los cambios físicos, se convierte en uno de los factores determinantes para realizar o no la AF. En la adolescencia las niñas hacen menos AF que los niños . Propone estar atentos a los cambios de las niñas y no dejar de lado la promoción de la AF como habito de vida . Mantener actitudes positivas hacia la AF.	El articulo se desarrolla dentro de un contexto social y político el cual hace prevalecer la educación y el bienestar de una comunidad en este caso el las niñas en la etapa de la adolescencia. Buscar los métodos para prevenir el sobre peso antes del inicio de la pubertad.	Esta centrado en favorecer procesos sociales que involucre a toda la comunidad de una sociedad, que permita la transformación en términos de beneficio .	La evidencia de este articulo esta mas enfocado a la transmisión de información , en este caso desde la escuela como espacio propicio para las transformaciones en los estilos de vida. Hace referencia a la psicología aplicada al movimiento, al ejercicio y al deporte .
CONCLUSIONES	Es importante la relación del ser físico con el cuerpo, es decir, el desarrollo biológico permite los diferentes comportamientos y actitudes del cuidado de sí.	Se hace una referencia con el bienestar emocional en el cual la auto estima es un factor determinante de la salud, tanto individual como de la comunidad.	Se conocen los beneficios de la AF, pero en la etapa de la adolescencia disminuye su práctica debido a las responsabilidades sociales que se adquieren y por consiguiente modifican la auto-percepción, las actitudes y los comportamientos.	En términos de bienestar, en especial los estilos de vida activos para los niño(a)s que influyan en la calidad de vida y de salud de los adolescentes.	Se desarrolla a través de procesos estructurales y dinámicos, complejos y multidimensionales en el que se involucra lo biológico, lo histórico y lo social.	Se mantiene la tendencia del concepto de AF , ya establecido, y se hace referencia a la transmisión de este, en un determinado grupo poblacional con el fin de transmitir un mensaje de bienestar.	

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

4	Seo, D. T.-H. (2009). Cross-cultural Comparison of Lack of Regular Physical Activity among College Students: Universal Versus Transversal. International Society of Behavioral Medicine, 355-359.	En el artículo se encuentra una marcada tendencia al aspecto perceptivo de la IC, puesto que el elemento más utilizado es la percepción del peso en los jóvenes, para hacer una comparación entre los individuos de los diferentes países involucrados en el estudio.	A través de encuestas relacionadas con la salud (YRBS, BRFSS) que se relacionan con la AF, el tabaquismo, el consumo de alcohol, y el nivel educativo (universitarios) para realizar una comparación entre los países del estudio (EEUU, Costa Rica, India, Corea del Sur) direccionados a observar dentro de las CdV el desarrollo que tiene que ver con la educación y el bienestar físico o salud.	la AF se mide a través de un instrumento por medio del cual se obtienen datos a través de una encuesta que permite vigilar los factores de riesgo del comportamiento . Es decir, por medio de este instrumento se obtiene información de cuánto tiempo dedican los participantes a la práctica regular de la AF (AF no es parte de la Vida Cotidiana) , según la influencia cultural, así mismo es el comportamiento de la AF regular.	Se promueve que se hace necesario las interacciones culturales , para cruzar las múltiples culturas y mantener la especificidad de la AF , apropiadas para promover la AF en adultos y jóvenes.	De acuerdo a los países de estudio se evidencia una relación entre el orden social y la salud .	Se profundiza un poco mas en el concepto de las diferentes categorías (AF, IC, CdV) y se realizan comparaciones para poder establecer los niveles de riesgo y capacidad de los diferentes programas para intervenir de manera adecuada y pertinente.
CONCLUSIONES		Se demuestra que en diferentes culturas, predomina el aspecto perceptivo de la IC, puesto que el desarrollo biológico, determina el valor que se le da al cuidado del cuerpo; y es el peso el que determina dicho valor.	En los diferentes contextos sociales predominan las particularidades individuales, tales como el contexto histórico, político, económico y social.	Se asume que la AF debería ser un hábito o un comportamiento común en cualquier contexto tanto cultural (país, Nación) como en la comunidad (niño(a)s, jóvenes, adultos, etc.).	Está enfocado hacia el estímulo de valores culturales para el control del riesgo.	Desde la acción política se tiene en cuenta la relación entre la reproducción social y los modos de enfermar, vivir y morir.	Se pretende la búsqueda de la promoción de la salud y que redunde en la calidad de vida de las personas.

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

5	<p>Neumark-Sztainer, D. F. (2010). New Moves—Preventing Weight-Related Problems in Adolescent Girls:A Group-Randomized Study. American Journal of Preventive Medicine, 421-432.</p>	<p>Según el artículo, los <u>bajos niveles de satisfacción con el cuerpo están relacionados con el peso,</u> y para el caso particular el sobrepeso en las adolescentes, de minorías étnicas y raciales, hace que este problema sea más notorio. El programa intervención se basa en que si <u>las niñas se sienten bien consigo mismas van a querer cuidar su cuerpo.</u></p>	<p>Problemas de salud debido a la <u>mala alimentación en edades muy tempranas</u> (conductas de control de peso NO saludables) Intervención en una escuela para prevenir los problemas con el <u>sobre peso, en especial entre adolescentes de minorías étnicas y raciales.</u> Análisis del <u>entorno social</u> que busque el bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad) de las personas participantes en el estudio. Intervención en la alimentación saludable.</p>	<p>La intervención consiste en una <u>nueva clase de Educación Física para niñas</u> complementaria con <u>actividades individuales.</u> La práctica de la AF mediante un contexto educativo. Factores de comportamiento que incidan en cambios en la AF a través del <u>modelo transteorico.</u></p>	<p>Se basa en encontrar las maneras para <u>satisfacer las necesidades</u> de las niñas o adolescentes de minoría étnica y racial.</p>	<p>Importancia del <u>ambiente de apoyo</u> (padres, compañeros, maestros), o apoyo social que faciliten los cambios en las actitudes y los comportamientos de esta población.</p>	<p>Mantiene la tendencia de <u>reproducir los mismos conceptos</u> y a partir de allí construir planes de intervención efectivos para control de riesgos. En este caso los riesgos a los que se exponen los individuos por ser obesos..</p>
<p>CONCLUSIONES</p>	<p>Implementación de formas de motivación para darle una mayor valoración a la IC.</p>	<p>Llenar un espacio en la escuela para el cumplimiento de las necesidades de esta población en particular por medio de la cual se den cambios en la alimentación escolar. Impacto sobre los factores de riesgo para los trastornos alimentarios.</p>	<p>Actuar efectivamente en los cambios de comportamiento, especialmente en las actividades sedentarias y en la actividad física inadecuada, con el fin de mejorar el estado del peso de la juventud.</p>	<p>Es observable la desigualdad y las consecuencias que ello trae, sobre todo en las poblaciones de minoría étnica y racial.</p>	<p>Pretende abatir las inequidades y la injusticia social.</p>	<p>La realidad está enmarcada por la rutina que comparte una población específica y solo se realiza una utilización de la información pero no se hace una apropiación de la misma.</p>	

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

6	Forrester, K. Z. (2012). Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: Which factors matter? BMC Public Health , 1471-2458.	Se evidencian dos aspectos importantes con relación a la IC, uno:el <u>aspecto perceptivo que se refiere o relaciona con el peso</u> y dos: <u>el aspecto afectivo el cual demuestra una insatisfacción con su tamaño forma y peso del cuerpo.</u> /los componentes actitudinales que afectan directamente son: la dieta, el estrés, la depresión, los síntomas bulímicos y la baja auto-estima./aunque existen, según el estudio mas hombres con sobre peso estos se aceptan mas su IC que las mujeres.	Dos factores importantes: por un lado el <u>genero el cual es mas influente en las mujeres que en los hombres.</u> / por otro lado el <u>nivel de educación,</u> a mayor nivel educativo mayor la insatisfacción con el cuerpo, y a menor nivel educativo menor insatisfacción./ aspectos que influyen en los <u>trastornos alimentarios.</u>	<u>La practica regular de la AF,</u> direccionada a ser un <u>factor protector</u> en el comportamiento en los trastornos alimentarios, específicamente en la dieta. El ejercicio utilizado para cambiar el cuerpo.	Implementación de <u>programas de intervención o prevención adecuados al género</u> para resolver trastornos alimentarios y prevención en el aumento de peso.	No evidencia	<u>El conocimiento de AF esta determinado por las condiciones políticas y económicas , los intereses y relaciones de poder.</u> El conocimiento en IC, predominaban las ideas dominantes de cada grupo social.
CONCLUSIONES	La obesidad un problema de salud publica/ La insatisfacción de la IC esta determinada por conductas que derivan de los retratos mostrados en los medios de comunicación o que conlleva a perder peso o cambiar apariencia (mujeres: la delgadez; hombres: cuerpos musculosos).	La apuesta en mejorar las condiciones de vida, está en diseñar programas de prevención eficaz contra los trastornos alimentarios y la educación como asociación significativa con el cuidado de la salud.	La tendencia de la AF es hacia el bienestar físico y mental, teniendo en cuenta las categorías de edad, intereses individuales y la cultura.	La salud esta enmarcada en el proceso social del individuo en el cual los estímulos promueven los valores del cuidado.	no aplica	Las diferentes ideas que predominan en un grupo social generan un gran impacto, por lo cual son modelos a seguir sin importar las individualidades.	

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

7	Gamble, H. P. (2009). Moderators of physical activity and obesity during adolescence. Elsevier Ltd., 232-236.	El concepto e IC sobre el cual trabaja el artículo es el que está enmarcado por el aspecto perceptivo y el afectivo , puesto que se centra en el peso y la valoración sobre el cuerpo (tamaño, forma y peso).	Las CdV están dadas desde el bienestar común de los miembros de un grupo sobre todo en el bienestar físico (salud o atención primaria) y el bienestar emocional (auto-estima) de las poblaciones más vulnerables (raza afroamericanos) / otro aspecto relevante es el percibido para comer más saludablemente en relación con el peso de los adolescentes.	Se implementan cuestionarios para medir el nivel de AF (YBRSS) utilizado por el sistema de vigilancia de comportamientos/La AF como un factor que puede permitir el control de peso en los niños/ medio ambiente compartido o nivel de AF de los padres puede contribuir a manejar el peso de los adolescentes puesto que el contexto de familiar establece el estado y preferencias .	Según el artículo, faltan más investigaciones e intervenciones que propendan por el cuidado de poblaciones más vulnerables (raza afroamericana) , que tengan estrecha relación con el problema de obesidad en adolescentes .	Correlación entre fuerzas, las de poder y de las clases subalternas en la lucha por la salud .	Los conceptos de AF, IC y CdV se establecen a través de la realidad socialmente aceptada ; es decir desde los fenómenos externos al ser humano , no controlados por este.
CONCLUSIONES		La IC está íntimamente relacionada al IMC, como una aproximación al cuerpo, principalmente a la gordura para implementar futuras estrategias de prevención de la obesidad pediátrica.	Teniendo las particularidades individuales realizar intervenciones educativas en busca de la auto-eficacia en la alimentación, es decir, que los adolescentes aprendan a decidir y consumir los alimentos más saludables que contribuyan a mantener el estado del peso ideal en esta etapa cronológica de la vida.	La juventud necesita saber que el comer más saludablemente y aumentar los niveles de la práctica regular de la AF, incide en mantener el IMC aceptable y controlar el sobrepeso.	Aplicar acciones políticas que disminuyan la estratificación social, la exposición y la vulnerabilidad de poblaciones de raza afro descendiente, y en general a la población adolescente.	Se observa que en algún momento se puede llegar a la relación existente entre mortalidad y la clase social.	Relación entre: realidad-conocimiento-relatividad social. Se hace una integración desde la salud pública en donde se observan las disparidades en salud. Y se establecen intervenciones a partir de parámetros establecidos políticamente.

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

8	<p>Stankov, I. O. (2012). Overweight and obese adolescents: what turns them off physical activity? International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9-53.</p>	<p>El concepto de IC esta mediado por la <u>apariciencia</u>, ya que esta influye directamente el desarrollo de <u>aptitudes hacia comportamientos</u> como el ejercicio. En cuanto al <u>aspecto afectivo</u> la IC esta delimitada por <u>el peso</u> y cómo los adolescentes hacen valoraciones sobre su cuerpo en especial los que tienen sobre peso, o son obesos. Se tiene en cuenta la <u>IMC como un criterio para clasificar el sobre peso y a obesidad</u> en los adolescentes Se presentan conductas que derivan de la <u>percepción del cuerpo</u>, puesto que la <u>auto-insatisfacción de la IC</u> de este tipo de población está enmarcada por la sociedad a través de <u>los medios de consumo (ropa, moda)</u>.</p>	<p>El concepto de CdV está enmarcado por: la educación, el transporte, la vivienda, el vestido y la seguridad de acceso. <u>Educación:</u> en la escuela la clase de Ed. Física no esta brindando las actividades deseadas por esta población. <u>Transporte:</u> Los largos desplazamientos de los que viven en áreas rurales. <u>Seguridad:</u> Lugares inadecuados y pocos seguros y la escases de recursos(inseguridad de vecindario)</p>	<p>Practica de la AF o el ejercicio en adolescentes con sobre peso u obesos en la escuela, el hogar y la comunidad. Aplicación del <u>modelo ecológico de desarrollo humano de Bronfenbrenner</u> para identificar paso barreras que impiden la práctica de la AF en este población. <u>Ambiental:</u> Clase de Ed. Física no apropiada puesto que no presenta una organización de actividades acordes a las necesidades de este tipo de población. <u>Interpersonal:</u> victimización verbal, intimidación física, exclusión social, estereotipos, elementos que hacen que este tipo de población se niegue a la práctica regular de la AF. <u>Individual:</u> percepción de ser juzgado negativamente o inferioridad en los entornos sociales. Además de que los amigos y familiares limitan la participación de los adolescentes afros en el desarrollo de la y práctica de la AF.</p>	<p>La salud individual está determinada por el proceso social, en el que <u>el individuo dependiendo de la facilidad de acceso a los medios puede o no mantener, o mejorar su salud.</u></p>	<p><u>El proceso de salud - enfermedad se comprende dentro de un modelo social de enfermedad</u> o el compendio de una serie de situaciones que afectan a un grupo social.</p>	<p><u>Todos los conceptos son construidos a partir de las realidades socialmente aceptadas.</u></p>
---	---	---	--	--	---	---	--

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

CONCLUSIONES	<p>La adolescencia es una etapa de la vida importante puesto que es un momento que condiciona los comportamientos y desarrollos especialmente los relacionados con el cuerpo. Los adolescentes con sobre peso y/o obesidad se sienten inseguros por su apariencia y por la influencia de los pares. Debido a que momentos sociales como a clase de Ed. Física estas personas sienten vulnerada su privacidad ya que deben revelar su cuerpo hacia un contexto social hostil y mal intencionado.</p>	<p>Para prevenir el desarrollo del sobre peso y la obesidad en los jóvenes y los adultos es necesario mejorar las condiciones de los servicios, el transporte y la facilidad de los accesos a los ambientes saludables en los niño(a)s de la población, en este caso particular los afroamericanos. La escuela es el lugar clave para la socialización, por ende, esta debe diseñar programas adecuados para este tipo de poblaciones.</p>	<p>La AF debe abordar las barreras diferentes a las relacionadas con el peso, ser capaces de crear ambientes para que los adolescentes con sobre peso y obesidad puedan desarrollar la AF. La formación debe extenderse a los padres y otros entes vinculados con el ejercicio o AF en centros comunitarios y clubes.</p>	<p>Influir en la política a través de la creación de entornos responsables de socialización, y creación de estrategias para la participación de grupos de adolescentes vulnerables.</p>	<p>Puede estar encausada a disminuir las inequidades y las injusticias donde se origina. Centrándose en el favorecimiento de procesos sociales que permitan la transformación, en términos de beneficios para los miembros de una comunidad.</p>	<p>se muestra la tendencia hacia la epidemiología social, y las ciencias de la salud, ya que el perfil del autor es de carácter filosófico. Realizando interpretaciones del movimiento humano, la aplicabilidad del ejercicio desde la psicología y la imagen corporal.</p>
---------------------	---	--	---	---	--	---

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

9	Del Ciampo, L. S. (2010). Body imagen and physical activity among Brazilian youth cohort. Bras crecimiento desenvolvimiento humano., 671-679.	El concepto de IC desde <u>la auto-percepción corporal</u> como un aspecto importante de compleja comprensión que refleja la <u>satisfacción con el cuerpo, la preocupación por el peso, y el tamaño del cuerpo</u> , todo esto influenciado por <u>normas sociales</u> de la cultura dominante. Según el concepto con sus componentes multidimensionales: <u>lo perceptivo</u> está relacionado con <u>la auto-estima</u> ; <u>lo afectivo</u> está relacionado con la <u>confianza en sí mismo</u> , y lo <u>actitudinal</u> está relacionado con la <u>estabilidad emocional</u> . Calculo del IMC para determinar en que peso esta.	El concepto de CdV esta dado desde <u>la influencia y acceso a la educación</u> puesto que el estudio es en personas que tienen un nivel entre 9-11 años de estudio. Y teniendo las particularidades individuales en un <u>contexto histórico y político, social y económico</u> sobre el <u>bienestar emocional</u> (auto-estima, mentalidad, inteligencia emocional, etc.	Este concepto en el articulo está determinado por las <u>normas corporales ideales</u> que establece cada tipo de sociedad es así como <u>aparecen o surgen los gimnasios, los clubes deportivos y los espacios comunitarios</u> para la práctica y desarrollo de la AF. Demuestra una estrecha relación entre la <u>auto-percepción y la AF</u> ya que la práctica de dicha actividad tiene <u>repercusiones físicas y emocionales</u> que mejoran la <u>capacidad funcional</u> . <u>Medición de la AF a través del IPAQ.</u>	La <u>influencia social determina el estado de salud de los individuos</u> , puesto que en este estudio se menciona que la vida social genera actitudes adecuadas o inadecuadas en el cuidado de si.	No evidencia.	<u>El concepto de AF esta enmarcado por la realidad social, y la existencia individual.</u>
CONCLUSIONES	La búsqueda de un cuerpo sano y hermoso conducen que con el tiempo la adoración a este, con prácticas asociadas con imágenes de poder y la movilidad social, direccionan a los individuos pertenecientes a un grupo social a la creciente insatisfacción de las personas con su apariencia. La mayoría de las personas tienden a perder peso para sentirse aceptados socialmente.	Según el nivel de estudios los hombres tienden a aceptarse corporalmente más que las mujeres, pero la presión de la sociedad por seguir directrices establecidas culturalmente impulsan a las personas a seguir dietas alternativas, utilización de laxantes físicos y a utilizar medicamentos como diuréticos, e inhibidores, es decir, se manifiesta latentemente un riesgo de perjudicar la salud.	La AF utilizada como un medio para satisfacer algunas necesidades particulares, para mejorar aspectos como el sobre peso y mejorar la auto-estima.	Los factores sociales, económicos y ambientales son los que determinan el estado de salud de los individuos o grupos poblacionales.	No aplica.	La apropiación y aplicación del conocimiento parte del significado que los individuos le dan a las cosas que lo rodean enmarcado por un proceso histórico.	

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

10	<p>Martin, S. M. (2014). Hábitos alimentarios y psicológicos en personas que realizan ejercicio físico. Nutrición hospitalaria, 1324-1332.</p>	<p><u>Distorsión de la IC, un problema mundial.</u> El concepto manejado por el artículo es de: <u>modo en que nuestro cuerpo se manifiesta, no solo en la apariencia,</u> sino que también son importantes las <u>actitudes y valoraciones de este cuerpo.</u> Los estándares de belleza en el mundo occidental, están por un lado para la <u>mujer la pro-delgadez como patrón máximo</u> y por otro lado para los hombres el <u>cuerpo musculoso y el poco vello corporal.</u></p>	<p>Las CdV, es tan relacionadas con los <u>trastornos de la conducta alimentaria</u> ya que el <u>culto al cuerpo y la alimentación están ligados de manera directa.</u> Los individuos inmersos en el estudio tienen la <u>facilidad de acceso</u> a lugares para la práctica regular del ejercicio físico lo cual también conlleva a los <u>extremos que puede ser perjudiciales para la salud.</u></p>	<p>La práctica del ejercicio con <u>fines estéticos o adictivos han incrementado</u> lo cual lleva a que los excesos podrían ser <u>un riesgo para la salud</u> y por ende la adquisición de algunos hábitos condicionan mas a unas personas que a otras.</p>	<p>Según este estudio se ratifica que los <u>ambientes son los que determinan el estado de salud de los individuos</u> o poblaciones.</p>	<p>No evidencia.</p>	<p>Según el contexto donde se aplican los conceptos, <u>las ideas se fortalecen y adquieren credibilidad</u>, puesto que es aplicado s a nivel general.</p>
<p align="center">CONCLUSIONES</p>	<p>En la actualidad la tendencia de culto al cuerpo, se está inclinando mas al extremo patológico que al aspecto saludable. Los estándares de pro-delgadez están siendo interiorizado por adolescentes y jóvenes, lo cual está llevando a que estos extremos sean un riesgo latente para la salud de la población.</p>	<p>Los ideales de la sociedad actual provoca alteraciones sobre la percepción del cuerpo, dichas alteraciones influyen directamente en los hábitos alimentarios, tales como. Dietas inadecuadas y los trastornos de en la conducta alimentaria.</p>	<p>La obsesión por la práctica del ejercicio y mejorar la apariencia para ser aceptado socialmente está cambiando la intensidad de que con dicha práctica se mejore la salud, es decir, la práctica de la AF está siendo utilizada para fines estéticos y no de salud.</p>	<p>La intensidad es la de crear programas de intervención y prevención para las poblaciones que padecen este fenómeno de la influencia social en este caso los adolescentes, los jóvenes especialmente en la mujeres.</p>	<p>No evidencia.</p>	<p>La construcción del conocimiento se crea, se forma, aparece en la interacción social, en las actividades diarias, rutinas, o espacio que se comparte.</p>	

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

11	Tucker, P. I. (2011). University Students' Satisfaction With, Interest in Improving, and Receptivity to Attending Programs Aimed at Health and Well-Being. Health Promotion Practice, 388-395.	La etapa de transición de la escuela secundaria a al universidad tiene como característica que se presente un descuido de la IC corporal lo que conlleva a el aumento de peso siendo influenciado particularmente por la relación con el círculo social (familia, amigos, rol). se realiza una medición de la satisfacción con el cuerpo . Los hombres más satisfechos con la IC, que las mujeres.	Estudiantes Canadienses que están en un periodo de transición de la secundaria a la Universidad los cuales tienen algunos cambios en sus rutinas y vida diaria lo cual hace que tengan mayor autonomía sobre las decisiones de su salud ; lo cual hace que adquieran malos hábitos nutricionales , y adquieran otros como el consumo de alcohol, y el uso de drogas.	La práctica regular de la AF declina drásticamente en esta etapa de la vida, no se tiene la participación a un nivel necesario para beneficio de la salud . En este estudio se evidencia que los estudiantes universitarios debido a su inactividad tienen una salud negativa frente a los individuos que están en la misma etapa de la vida pero que no estudian en la U.	Creación de programas de promoción de la salud eficaces que orienten a los estudiantes universitarios para mejorar comportamientos y motivación, recursos y actitudes hacia la vida sana .	No evidencia.	La construcción del conocimiento nace en las relaciones de actividades prácticas que realizan los individuos de una comunidad.
CONCLUSIONES		La IC está enmarcada en la satisfacción que se tiene con el cuerpo, es decir, hacia los aspectos afectivos del cuerpo, las valoraciones que se le dan a este y el interés por mejorar dicha apariencia.	Aunque socialmente se tiene el acceso a una buenas CdV las particularidades individuales como el estrés, la vida perturbada, la presión académica hacen que se alteren ciertas conductas entre ellas los hábitos alimentarios, y la salud mental, sin embargo es prioridad los programas a esta población que permita el acceso a la información y el espacio, como una prioridad inmediata.	Las estudiantes son más receptivas a un programa que mejore su adaptación a la práctica de la AF. Esta actividad siempre bajo la mirada de la cantda de tiempo dispuesto para realizarla.	La intensión es la de una voluntad política que permita mejorar la salud de una población específica.	No evidencia.	La transmisión de información histórica dentro de la comunidad o grupo poblacional. Nivel teórico en el que el conocimiento esta de forma rudimentaria y aplicación de normas.

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

<p>12</p>	<p>Shrivera, L. H.-T. (2013). Differences in body esteem by weight status, gender, and physical activity among young elementary school-aged children. Elsevier Ltd., 78-84.</p>	<p>Los niños son muy sensibles a las normas sociales lo cual hace que la satisfacción con el cuerpo se convierta en un elemento importante de estudio para prevenir alteraciones de la IC. Se hace una medición antropométrica y el IMC por SCALE (BE) debido a la gran preocupación existente por la obesidad en la niñez. Construcción de la auto-estima o atribuciones del propio cuerpo a través de la auto-evaluación del peso corporal y la auto-evaluación de la apariencia en general.</p>	<p>214 niños de 3ero de primaria del medio oeste de EEUU de raza blanca nativos americanos. Esta población tienen acceso a la educación en escuela regular lo cual indica que sus condiciones son de bienestar común de los miembros de un grupo, lo que quiere decir que están dentro de un contexto social, político, económico favorable para mantener un orden alimenticio pertinente a la edad.</p>	<p>El concepto utilizado es el de una actividad estructurada o no estructurada de movimientos que promueven la salud con beneficios sustanciales obtenidos a través de una serie de actividades de moderada o vigorosa intensidad.</p>	<p>La gran preocupación por altos índices de obesidad en la niñez hace necesario que se implementen intervenciones en esta población para mejorar el bienestar de este grupo de individuos.</p>	<p>No evidencia.</p>	<p>El trabajo investigativo está dirigido a la intervención a través de programas aplicados en comunidades, es decir, la construcción del conocimiento sigue la ruta de reproducir conceptos va establecidos por medio de experiencias compartidas.</p>
<p>CONCLUSIONES</p>	<p>Mantener una positiva auto-estima en los niños hace que su percepción de la IC mejore y por ende en la etapa de la adolescencia no hayan perturbaciones en su desarrollo.</p>	<p>La escuela es el contexto perfecto para promover, desarrollar e implementar los hábitos de vida saludables, entre ellos la sana alimentación.</p>	<p>Los niveles más altos de AF a través de una intervención de manera efectiva disminuye el IMC y son positivamente relacionados con una mejor IC.</p>	<p>La acción política se orienta a disminuir la estratificación social, la exposición, la vulnerabilidad y las consecuencias desiguales de la enfermedad, mediante la generación de políticas económicas y el estímulo a de valores culturales.</p>	<p>No evidencia.</p>	<p>El conocimiento se organiza en el nivel de universo simbólico en el que los saberes se disponen en el grupo social y los roles que deben desempeñar.</p>	

ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL Y CONDICIONES DE VIDA: UN ABORDAJE TEÓRICO DESDE LOS DETERMINANTES Y LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

13	<p>Jáuregui, I. C. (2011). Body shape model, physical activity and eating behaviour. Revista Nutricion hospitalaria, 201-207.</p>	<p>La aplicación de cuestionario por medio del cual se mide las influencias de la Forma del cuerpo Modelo(CIMEC), posteriormente fue adaptada (CIMEC-V) para utilizar con hombres y ha sido validado para la evaluación influencias socio-culturales de la imagen corporal en adolescentes en (hombres y mujeres)</p>	<p>El comer es el auto-reporte más utilizado, a través de un cuestionario para la detección de comportamientos alimenticios desordenados</p>	<p>Aplicación de una herramienta estandarizada y en las partes de la entrevista EDE que hacen referencia al físico ejercicio evaluar el número de días en que un individuo hace ejercicio físico, la media y la proporción de tiempo (en minutos) por día que este individuo gasta haciendo que tipo de ejercicio (en este caso, refiriéndose a los últimos seis meses), y el tipo de ejercicio hecho.</p>	<p>Oportunidades de reflexión crítica en la políticas de la salud que ayuden a explicar, Los éxitos y fracasos de los intentos de abordar los complejos problemas de la salud pública.</p>	<p>No evidencia.</p>	<p>El conocimiento se presenta como una reproducción de bases teóricas sobre las cuales todos los individuos pertenecientes a un grupo social pueden acceder.</p>
<p align="center">CONCLUSIONES</p>		<p>Aplicación de herramientas para medir y estandarizar de acuerdo a algunos modelos la IC.</p>	<p>Las CdV tienen como característica principal la organización de elementos materiales en este caso la comida para generar datos y desde allí plantear alternativas de acceso a los mismos.</p>	<p>La actividad física aumenta la capacidad funcional, y busca superar y prevenir las adversidades provenientes de la propia existencia. También, se encuentra vinculada a la estética de la expresión corporal.</p>	<p>Algunos elementos como los ingresos, la ocupación, la posición socio-económica se usan para la estratificación. Y con ello se observa las consecuencias y diferencias en salud.</p>	<p>No evidencia de manera clara.</p>	<p>Los conceptos ya establecidos se legitiman, se comprenden y cobran sentido en la medida que son los únicos conocidos y aplicados dentro de un grupo social.</p>