

**ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL E INTERCULTURALIDAD:
ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN ACADÉMICA DESDE LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD**

Luis Alberto Cardozo

**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, 2018

**ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN CORPORAL E INTERCULTURALIDAD:
ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN ACADÉMICA DESDE LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD**

Luis Alberto Cardozo

Tutora:

Claudia Margarita Cortés García, PhD

**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, 2018

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | 4 |
| Introducción | 6 |
| 1. Planteamiento del problema, objetivos y justificación..... | 8 |
| 2. Referentes teóricos | 11 |
| 2.1. Estado del arte..... | 11 |
| 2.2. Marco teórico | 14 |
| 2.2.1. La actividad física como una expresión de la corporalidad, corporeidad y la motricidad..... | 15 |
| 2.2.2. Imagen corporal e interculturalidad: una aproximación..... | 17 |
| 2.2.3. Los determinantes sociales de la salud: Una mirada más allá de la salud. | 20 |
| 3. Metodología | 27 |
| 3.1. Tipo de estudio: Diseño revisión documental..... | 27 |
| 3.2. Unidades de análisis..... | 27 |
| 3.3. Técnicas y categorías de estudio: Análisis de contenido | 27 |
| Primera fase: Selección de categorías. | 28 |
| Segunda Fase: Selección de unidades de análisis. | 29 |
| Tercera Fase: Selección del sistema de recuento o de medida. | 31 |
| Cuarta Fase: Análisis descriptivo. | 31 |
| Quinta Fase: Analítica. | 32 |
| 4. Resultados | 33 |
| 4.1. Análisis descriptivos de los documentos | 33 |
| 4.2. Análisis cualitativo de los documentos encontrados | 38 |
| 4.2.1. Actividad física e interculturalidad..... | 38 |
| 4.2.2. Relaciones entre imagen corporal y actividad física. | 43 |
| 4.2.3. Interculturalidad, actividad física y determinantes sociales de la salud. | 44 |
| 5. Discusión y conclusiones | 49 |
| 6. Recomendaciones..... | 54 |
| 7. Limitaciones de la investigación..... | 57 |
| 8. Referencias | 58 |
| 9. Tablas anexo de citas..... | 67 |

Lista de tablas

| | |
|--|----|
| <i>Tabla 1. Preguntas para identificar el modelo empleado o aportes a las categorías</i> | 27 |
| <i>Tabla 2. Estrategia de búsqueda en las bases de datos</i> | 28 |
| <i>Tabla 3. Fase de elegibilidad de los estudios por bases de datos</i> | 31 |
| <i>Tabla 4. Validez metodológica de los estudios cualitativos según la guía CASPe (rigor, credibilidad y relevancia)</i> | 32 |
| <i>Tabla 5. Estudios epidemiológicos transversales seleccionados a través de la guía STROBE</i> | 32 |
| <i>Tabla 6. Características de las unidades de análisis seleccionadas</i> | 33 |

Lista de figuras

| | |
|---|----|
| <i>Figura 1. El modelo Dahlgren-Whitehead (1991)</i> | 19 |
| <i>Figura 2. Mecanismos de inequidades en salud, modelo de Finn Diderichsen</i> | 20 |
| <i>Figura 3. Enfoque multinivel de la epidemiología de Syme and Smedley (2000)</i> | 21 |
| <i>Figura 4. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson de producción de inequidades en salud a lo largo de la vida (1999)</i> | 22 |
| <i>Figura 5. Factores tratados por los DSS del Ministerio de salud de Canadá (2001) y la OMS (2003)</i> | 22 |
| <i>Figura 6. Modelo conceptual de los DSS propuesto por la CDSS – OMS</i> | 24 |
| <i>Figura 7. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios</i> | 31 |
| <i>Figura 8. Publicaciones académicas por año</i> | 35 |
| <i>Figura 9. Tipos de estudios</i> | 35 |

Resumen

La presente revisión documental tiene como objetivo analizar los conceptos de actividad física e imagen corporal en procesos de interculturalidad desde los determinantes sociales de la salud. Se utilizaron las bases de datos PubMed, EBSCO, JSTOR, OVID, LILACS, Trip Database para la búsqueda y selección de documentos de estudio. El modelo de determinantes sociales de la salud se utilizó para analizar la literatura seleccionada. Los determinantes sociales de la salud indican diversos aspectos que condicionan la conceptualización de actividad física e Imagen corporal, generando una gran diversidad de interpretaciones. Sin embargo, en algunas poblaciones una imagen corporal negativa ha generado reducción en la práctica de AF y por el contrario, la actividad física parece influir de forma positiva sobre la misma siempre y cuando los procesos de interculturalidad se permitan dentro de las poblaciones.

Palabras clave: Interculturalidad, imagen corporal, actividad física, determinantes sociales de la salud.

Introducción

En los últimos años, el campo de la salud ha reconocido la necesidad de integrar la discusión sobre las diversidades étnicas, sociales y culturales como una de las aristas que debe ser incorporada a la hora de promover acciones sanitarias (OMS – CSDS, 2007). Esta inclusión se apoya en la visible obligación de reconocer las particularidades de estos grupos, con el fin de buscar el mejoramiento de la salud de estas poblaciones y de mitigar las desventajas y discriminaciones de estas poblaciones con respecto a su bienestar (Narváez, 2012). Esta directriz internacional, a la vez condujo a impulsar acciones centradas en cumplir los diferentes objetivos de la salud en términos de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la respuesta oportuna a los problemas de salud y el cuidado paliativo. Parte de los argumentos han sido promovidos por la CDSS, quienes han reconocido a la etnicidad como uno de los determinantes estructurales que aporta a la desigualdad en salud (Knipper, 2010).

A partir de este reconocimiento, se ha permitido un constante recambio e intercambio de información, conductas, valores y comportamientos, conllevando a establecer modos de vida y prácticas cotidianas híbridas. Estas formas de vida impactan todos los aspectos en la vida de las personas y entre los múltiples lugares donde tienen presencia, la actividad física ha sido reconfigurada por esas dinámicas y transformaciones.

En este contexto, la actividad física puede ser vista como una acción motriz humana que permite al ser humano relacionarse con sus semejantes y establecer roles sociales, más aun cuando se habla de contextos interculturales. A su vez, la AF entendida como práctica social, puede ser permeada por los conceptos o imaginarios del concepto que cada persona elabore y reconfigure constantemente de sí mismo. Es decir, la actividad física esta permeada por la imagen corporal, afirmación que realiza Esnaola, Rodríguez y Goñi (2010). Esta imagen puede ser una herramienta que permita contribuir al bienestar físico y emocional de los sujetos o ser un lugar desde donde se puede distorsionar la realidad o afectar la salud de las personas (Goñi, Esnaola, Ruiz de Azua, Rodriguez, & Zulaika, 2003).

La pertinencia de analizar los conceptos de actividad física e imagen corporal en el ámbito intercultural permite reconocer las particularidades y características que diferencian una población a otra, contribuyendo a reorientar propuestas de AF y con una mayor fundamentación

teórica. Considerar las particularidades de las poblaciones, reconocer que los procesos interculturales posiblemente definen conceptos de imagen corporal, estos a su vez, pueden direccionar los conceptos de actividad física como espacio de inclusión social (Ainsworth, Irwin, Addy, Whitt, & Stolarczyk, 1999). Lo anterior, pone de manifiesto la importancia de analizar, desde los determinantes sociales de la salud, la producción académica respecto al concepto de actividad física, imagen corporal e interculturalidad y sus posibles relaciones. Los resultados de esta investigación constituyen en un aporte relevante para los organismos encargados del diseño de planes y programas para el fomento de la actividad física. Así, analizar los conceptos de actividad física e imagen corporal desde los determinantes sociales de la salud permite comprender cómo los procesos interculturales definen nociones de imagen corporal en ocasiones dispares y controversiales. Comprendiendo la actividad física como una expresión del cuerpo humano en movimiento, que puede estar condicionado por ciertos determinantes sociales de la salud, y estos a su vez, la salud de los sujetos (Mejía, 2013).

El documento inicialmente aborda teóricamente el concepto de actividad física (AF), imagen corporal (IC), interculturalidad y determinantes sociales de la salud (DSS). Posteriormente, se da un acercamiento a las posibles relaciones que surgen entre las mismas. Lo anterior con el fin de facilitar al lector una mejor comprensión del documento respecto a los términos utilizados. La metodología utilizada tuvo un enfoque cualitativo, específicamente análisis documental, donde las respectivas fases de estudio permitieron agrupar los resultados en dos apartados. El primero abarca un análisis descriptivo de los documentos acerca de actividad física e imagen corporal. En el segundo apartado se aborda un análisis analítico a partir de la interculturalidad y los determinantes sociales de la salud.

De esta manera, los resultados obtenidos son un punto de partida y aporte relevante para los docentes de educación física vinculados a la Secretaria de Educación Distrital (SED) en los niveles de educación básica primaria, secundaria y media, en aras de propiciar la construcción y diseño estrategias de promoción de la actividad física considerando las condiciones propias de sus estudiantes, contribuyendo en la generación de estrategias de adherencia mayores.

1. Planteamiento del problema, objetivos y justificación

Las sociedades modernas, durante los siglos XIX, XX y XXI se han caracterizado por afrontar, dinámicamente, diversas condiciones en sus pobladores, entre ellas, el nacimiento, crecimiento, reproducción y producción. Así mismo, las migraciones, el crecimiento poblacional, el desarrollo en diferentes áreas a nivel tecnológico y científico, entre otros aspectos, han generado dentro de las diferentes comunidades interacciones entre sí, permitiendo un aprendizaje o reaprendizaje en las formas de vida. Para varios autores este encuentro entre diferentes grupos y personas conducen al establecimiento de interacciones y formas de vida múltiples e híbridas, que a su vez generan lo que se denomina como interculturalidad (Diez, 2004; Fonet-Betancourt, 2006, 2009).

La interculturalidad, siguiendo a Walsh (2010), es la posibilidad de diálogo entre las culturas y el reconocimiento de la diversidad étnico-cultural. Es decir, la interculturalidad se da gracias a la interacción del cuerpo humano de un sujeto con el de otros en un contexto particular. Con respecto a la salud intercultural esta puede ser interpretada a partir del reconocimiento de complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, de múltiple vía, con el fin de desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes que contribuyen a preservar la salud. A partir de la inclusión de esta perspectiva desde la OMS y específicamente la organización panamericana de la salud (OPS), se reconoce que “la interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad” (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

A partir de esta inclusión, se encuentra que ya una abundante literatura médico-científica, documentos técnicos y diversas iniciativas, públicas y privadas incluyen en sus aproximaciones estos conceptos (Cortés-García, 2016). En el caso particular del campo de la actividad física y la salud intercultural se encuentran múltiples relaciones alrededor de esta diada que escasamente han sido consideradas. En algunos trabajos, se enfatiza en la necesidad de asumir la AF como una experiencia y práctica social con característica polisémica, buscando una estrategia en salud que permita las condiciones para el desarrollo integral de la salud y el alcance del bienestar de sujetos (Gómez, 2002).

Sin embargo, al revisar sus alcances y orientaciones se encuentra que predomina una mirada sobre la diversidad cultural y no sobre la interculturalidad, por lo que es necesario comprender y diferenciar estos dos términos a la hora de diseñar iniciativas, planes o programas en salud, aspectos que limitan su impacto en las comunidades. A pesar de los diferentes objetivos planteados en los anteriores trabajos se puede observar un común denominador en la comprensión de concepto de AF, se han desarrollado desde el paradigma de investigación positivista, con una perspectiva fisiológica de la misma, limitándose a entenderla como una actividad que genera un gasto metabólico que contribuye a la mejora de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2004), careciendo de un análisis macro desde una triada entre AF, IC e interculturalidad, sin comprender la AF como movimiento para el desarrollo humano en un contexto específico para la interacción social, siendo mediado este movimiento (AF) por un cuerpo, la imagen corporal (representación mental de ese cuerpo en movimiento) y los conceptos que se tienen en relación a éstas categorías.

En la actualidad se están desarrollando una gran variedad de intervenciones y propuestas para el fomento de la actividad física (Garzón-Molina & Rodríguez-León, 2012; Intra, Roales-Nieto, & Moreno, 2011), aunque no se está comprendiendo las concepciones que tienen los sujetos frente a la AF, es decir, sus propias interpretaciones. Igualmente, se evidencian pocos estudios que analicen y comprendan el concepto de actividad física y cómo los determinantes sociales de la salud (DSS) influyen en la construcción del mismo. Y más aún, cómo los autores relacionan esos conceptos con la imagen corporal y la interculturalidad, aspectos necesarios para la promoción de la actividad física con un alto nivel de aceptación y participación por parte de las comunidades (Garzón-Molina & Rodríguez-León, 2012; Organización Mundial de la Salud - Commission Social Determinants Health, 2007).

Por lo anterior, observamos que la triada entre actividad física, imagen corporal e interculturalidad no ha sido comprendida tan claramente en la literatura. Es necesario hacer un rastreo de cómo el concepto de actividad se construye desde una mirada crítica, a su vez, comprender como los autores construyen ese concepto (actividad física). Por otro lado, gran cantidad de autores han construido esos conceptos (AF e IC) desde planteamientos teóricos fisiológicos o analizando aspectos como la clase social, la estructura social, la calidad de vida, la posición socio-económica, entre otros; pero cuando nos centramos en lo intercultural, debemos mirar la actividad física de forma diferente.

Por lo tanto, el objetivo general de la presente investigación es analizar, en una revisión

documental, las relaciones entre los determinantes sociales de la salud y la producción académica sobre los conceptos de actividad física (AF), imagen corporal (IC) e interculturalidad. Como objetivos específicos se plantea: primero, identificar en la producción académica el concepto de AF y las relaciones existentes con la interculturalidad, en segundo lugar, identificar en la producción académica las relaciones existentes entre interculturalidad e IC; y por último, analizar desde los determinantes sociales de la salud las relaciones existentes entre la AF, IC e Interculturalidad.

2. Referentes teóricos

El presente apartado aborda inicialmente diversas investigaciones que se han desarrollado en torno a la AF y la IC, dentro de esa misma orientación se incluyen investigadores que han establecido relaciones teóricas (diadas y triadas) al incluir otras categorías de estudio. Posteriormente, se da un acercamiento conceptual a la AF aportando diferencias con otros términos como por ejemplo la corporalidad, corporeidad y motricidad. Igualmente una aproximación a la IC, interculturalidad y determinantes sociales de la salud.

2.1. Estado del arte

Dado la poca producción académica sobre la construcción del concepto de AF por parte de investigadores, el presente estado del arte dará cuenta inicialmente de una aproximación empírica a la diada AF – IC; en segunda instancia, a la construcción del concepto de AF.

En torno a la AF se han desarrollado diferentes líneas de investigación con múltiples orientaciones y objetivos de estudio. Por ejemplo, en poblaciones infanto-juveniles parte de la investigación busca describir la cantidad (minutos) realizada de AF (Fajardo & Ángel, 2012; Giraldo, Poveda, Forero, Mendivil, & Castro, 2008; Guigñan & Reyes, 2011); en sujetos adultos se ha observado los niveles de AF como un indicador de salud pública al correlacionarse con la presencia o ausencia de diversas enfermedades crónicas no transmisibles-ECNT (Celis-Morales et al., 2012; Ramírez-Vélez, Agredo, Jerez, & Chapal, 2008), de la intervención se ha evaluado los niveles de AF en diversas poblaciones y el cumplimiento de las recomendaciones propuestas por diferentes organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud-OMS (Montil, Aznar, & Barriopedro, 2004; Piñeros & Pardo, 2010); otros estudios se han direccionado hacia el identificar las barreras para la práctica de AF (Kohl et al., 2012); intervenciones para la promoción de AF y hábitos saludables en distintas poblaciones y contextos (Martínez, Saldarriaga, & Sepúlveda, 2008; Medina, Jiménez, Pérez, Armendáriz, & Bacardí, 2011; Preciado, Tovar, & Correa, 2012); otros autores han tenido un acercamiento al relacionar los niveles de actividad física de los sujetos con su propia imagen corporal (Santana et al., 2013).

Una de las líneas emergentes es la que estudia la actividad física junto con la imagen corporal como objeto de estudio de múltiples investigaciones desde inicios de la década de los 80. Marsh y sus colaboradores (1983, 1984, 1985) elaboran el Self Description Questionnaires (SDQ) donde

miden el autoconcepto físico (escala de habilidad física y deportiva, y la escala de apariencia física). Años más tarde, después de distintos análisis construye una nueva versión del mismo siendo más específico al auto concepto físico (Physical Self Description Questionnaire – PSDQ) basado en varias subescalas: Obesidad, actividad física, salud, apariencia, fuerza, resistencia, habilidad deportiva, coordinación y flexibilidad (Marsh, Richards, Johnson, Roche, & Tremayne, 1994). Fox (1988), propone un modelo que dio paso a la construcción del Physical Self-Perception Profile (PSPP), cuestionario que incluye cuatro dimensiones (habilidad física, condición física, atractivo físico y fuerza) donde comprende el autoconcepto desde una óptica multidimensional y jerárquica. Por su parte, Welk, Corbin y Lewis (1995) adaptan el cuestionario PSPP a población infantil creando el Children's Physical Self-Perception Profile (C-PSPP). Ambos cuestionarios (PSPP y C-PSPP) discriminan que niños y adolescentes realizan una actividad deportiva de alta o baja intensidad, quienes realizan actividad física y quienes no, con base a cómo perciben su condición física.

Igualmente se ha comprobado los beneficios de la práctica de actividad física sobre el autoconcepto físico general, la habilidad física percibida, aunque no sobre el autoconcepto general y atractivo físico (Blackman, Hunter, Hilyer, & Harrison, 1988; Brown, Welsh, Labbé, Vitulli, & Kulkarni, 1992; Marsh & Peart, 1988). Complementando los datos anteriores, Hayes, Crocker, and Kowalski (1999) encontraron que la práctica de actividad física mantenía una correlación únicamente con la percepción de la condición física en mujeres, a diferencia de los hombres donde correlaciono la actividad física con todas las autopercepciones (subescalas).

En mujeres estudiantes de secundaria de Lituania (n=405) se encontró que la satisfacción con la forma del cuerpo y la apariencia general depende en gran medida del índice de masa corporal, pero no en la participación en la actividad física (Jankauskienė & Kardelis, 2005). Por otro lado, Korn, Gonen, Shaked, y Golan (2013) en 1574 estudiantes universitarios de Israel encontraron que aquellos que tenían conocimientos en nutrición y salud tenían una percepción más positiva de su salud, una imagen corporal positiva, mayor compromiso y práctica de actividad física en comparación con los demás estudiantes. Datos similares se encontraron en 734 estudiantes de la carrera de ciencias del deporte de la Universidad de Ferrara – Italia (Zaccagni, Masotti, Donati, Mazzoni, & Gualdi-Russo, 2014).

Como hemos visto, son numerosos los estudios donde las categorías de estudio han sido la actividad física y la imagen corporal, donde sus resultados reflejan similitudes y discrepancia

entre los mismos. Sin embargo, la AF desde el conocimiento científico ha sido vista como una propuesta que genera beneficios fisiológicos contrarrestando los efectos nocivos y mórbidos de diversas enfermedades crónicas, indicando la necesidad de su práctica de forma constante, planificada y organizada de acuerdo a unos objetivos específicos (Cancela-Carral & Ayán-Pérez, 2011). Lo anterior, ha dado lugar a la necesidad de nuevas investigaciones donde se incluyan otras categorías de estudio como ejes de indagación en torno a la AF como por ejemplo la posición socioeconómica, recurso socioeconómico, condiciones de vida, clase social, contexto cultural, estructura social, la construcción social del concepto, etc., aspecto que algunos investigadores han intentado abordar, aspecto que veremos en los siguientes párrafos.

Montenegro y Camargo (2015) en una revisión documental concluyen que en la literatura científica acerca de la AF se encuentran dos tendencias, la primera desde una dimensión biológica con una mirada reduccionista, y la segunda, sobre la categoría de recurso económico se ha generado una concepción más global e integradora a partir desde la teoría de los determinantes sociales de la salud y la determinación social de la salud, aunque esta última escasamente es considerada por los investigadores.

Por su parte, Babativa-Rodriguez (2016) establece que la posición socioeconómica en el campo de la actividad física y su relación con la IC es determinante ya que esta es representada por una multiplicidad de variables. Algunas biológicas como el sexo y la edad no deben ser vistas como simples factores biológicos sino ubicarlas dentro del contexto social. Además, otras variables usadas como riqueza, nivel educativo, etc., deben ser analizadas por su incidencia sobre la salud desde una mirada de relaciones sociales complejas que se generan.

Jiménez-Rodríguez (2016), considera las condiciones de vida de los sujetos como una categoría de estudio fundamental para comprender la actividad física y la IC, ya que éstas se enmarcan por los modos en que los sujetos de un grupo social desarrollan su existencia. Las condiciones de vida relacionadas con el nivel o alcance de las satisfacciones de las necesidades básicas como la alimentación, educación, transporte, vivienda, entre otros., son aspectos que contribuyen a la construcción de conceptos más integrales sobre AF e IC con una mayor cercanía a la realidad social. Dejar de lado ver la AF y la IC desde la dimensión biológica a una dimensión más social donde se da prioridad a las condiciones del sujeto bajo una influencia de su contexto.

Se puede considerar que la AF e IC tiene grandes vacíos en cuanto a su análisis por la ausencia en incorporar criterios como clase social, contexto cultural, etc., como lo afirma González-

Castañeda (2016). Sin embargo, se ha venido avanzando en la incorporación de criterios y factores situándolos como constructos sociales, como lo refleja el trabajo realizado por Camargo, Gómez, Ovalle y Rubiano (2013) donde incluyen el aspecto socio – histórico para comprender “la trascendencia que tienen el deporte, la actividad física y el ejercicio en el devenir de las sociedades”

Un acercamiento a una nueva construcción del concepto de AF es aportada por Arévalo-Riaño (2017) al analizar la diada entre AF y clase social, encontrando que la AF se “vislumbra como una alternativa recreativa en clases sociales medias y altas; a diferencia de la clase social baja”. Además, aspectos como el lugar de residencia puede ser una limitante para la práctica de AF en clases sociales bajas, ya que éstos son espacios no adecuados, inseguros, con escasa iluminación y posibles espacios de violencia. Este aspecto también fue evidenciado en el trabajo de Seguro-Jaramillo (2017) donde la AF debe ser abordada desde un concepto integral e involucrarla en los determinantes sociales de la salud como aspecto fundamental de la salud de los sujetos.

En síntesis, se identifica una confluencia de factores que limitan la definición de las categorías de estudio y, por lo tanto, la necesidad de su estudio a profundidad por su importancia sobre las condiciones de salud y bienestar de las personas. Además, la construcción del concepto de AF no se ha estudiado desde la triada AF – IC – Interculturalidad.

2.2. Marco teórico

En un esfuerzo por dar solución a la problemática de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2005 estableció la Comisión sobre Determinantes de la Salud, con la finalidad de ofrecer asesoramiento respecto a la manera de disminuir las enfermedades, teniendo entre sus recomendaciones generales la medición y análisis de los problemas de salud, y de aquellas causas que contribuyen al desarrollo de los mismos (Álvarez-Castaño, 2009). Es así, como los niveles de actividad física que realiza la población serían uno de los factores que pueden contribuir o no a la manifestación de ciertas enfermedades (Organización Mundial de la Salud - Commission Social Determinants Health, 2007).

Sin embargo, diversos aspectos socioculturales que se vienen presentando en las últimas décadas, como crecimiento poblacional, desarrollo de tecnologías, etc., (United Nations, 2015) además de contribuir posiblemente al desarrollo de los países, han generado una diversidad de comunidades producto de migraciones, expropiación de territorios, entre otros factores; que

pueden dar lugar a interpretaciones conceptuales diversas entorno al tema objeto de nuestro estudio, por lo que es importante aclarar los conceptos referentes la IC y hábitos saludables como la actividad física.

Por lo tanto, esta sección trata la fundamentación conceptual del presente trabajo siendo eje fundamental del mismo. Con ello tendremos claridad acerca de las categorías de estudio del presente trabajo y algunos otros términos de importancia para una mejor comprensión del mismo. Incluimos las categorías AF, IC y algunas aproximaciones teóricas relacionados con el mismo (corporalidad, corporeidad y motricidad), interculturalidad y algunos términos que es necesario diferenciar (multiculturalismo, aculturación, entre otros), finalmente, se presenta el modelo de determinantes sociales de la salud, en función de eje que estructura la construcción del saber.

2.2.1. La actividad física como una expresión de la corporalidad, corporeidad y la motricidad.

Es necesario diferenciar una serie de conceptos que pueden dar lugar a interpretaciones incorrectas en relación a estos conceptos. Inicialmente la corporeidad vista por Merleau-Ponty citado por García (2009), es la experiencia corporal que involucra dimensiones emocionales, sociales y simbólicas, fruto de la experiencia propia. En esa misma dirección, Zubiri (Como se citó en Castilla, 1994), expresa acerca de la corporeidad es la vivencia del hacer, sentir, pensar y querer. Además, argumentan que los sujetos viven solo a través de su corporalidad.

Un sujeto corpóreo significa ser un sujeto que se relaciona con otros y en el mundo de manera activa. La corporeidad es nuestra fuente de comunicación en las relaciones humanas, tanto para el conocimiento propio como para el de los demás. Nacemos con una cuerpo que a través de sus experiencias, vivencias y percepciones crea su corporeidad, y entre estas vivencias se encuentra el movimiento (Mèlich, 1994; Pedraza, 2004). Para estos autores, la *corporalidad* es la que da esencia al ser humano y sentido a su vida, ya que se construye a través de relaciones con su entorno y con otros sujetos. Para ellos, esa experiencia vivida se realiza solo a través de la interacción del cuerpo físico.

La motricidad es entendida por diferentes autores como un movimiento con la intención de expresar la esencia de ser humano, es decir, que es un movimiento consiente que permite exteriorizar sus ideas o sentimientos (Eisenberg, 2007; Le Boulch, 1997; Prieto, Naranjo, & García, 2005). Lo anterior, permite comprender que el ser humano en su motricidad intencional

se comunica con su medio externo y los demás a través de su corporeidad (Jaramillo & Trigo, 2005; Sérgio, 2003), es decir, hay una diferencia entre el movimiento realizado por un sujeto y la comprensión fisiológica del mismo.

Otro concepto muy relacionado con la corporalidad, corporeidad y la AF es el de motricidad, es así como Rigal (1987) da un acercamiento a este concepto, donde expresa que a partir de una información fisiológica (impulsos nerviosos aferentes y eferentes) se llega hasta la toma de conciencia psicológica de aquel agente estimulante y su identificación ya sea parcial o completa. Lo anterior, permite comprender que junto con la noción de actividad física como acto motor, son conceptualizaciones que se complementan desde corrientes teóricas distintas. Es decir, la actividad física puede ser vista como una actividad motora (biológica y fisiológica) desde una o diversas corrientes teóricas como una actividad multidimensional que facilita procesos de comunicación con otros sujetos y socialización humana, hecho que permite reconocer que la actividad física y la motricidad no son sinónimos, sino complementarios y que permite la manifestación externa del cuerpo.

Es importante traer a colación los aportes de Mauss (1979) quien expone que cada cultura determina cuáles son los movimientos y posturas que practican en su cotidianidad. Lo que nos lleva a interrogarnos como es ese proceso cultural de prácticas cotidianas relacionadas con la actividad física. Sin embargo es necesario comprender el concepto de actividad física desde una mirada integral, no sin antes revisar algunos planteamientos de los autores.

Antes de definir actividad física debemos comprender que las estrategias, planes o programas para su promoción son variados, no existiendo unificación de criterios, por lo cual, tampoco existe una definición unificada alrededor del concepto de actividad física (Correa, 2010). Desde esta óptica, Ocampo y Correa (2009) reconocen dimensiones en las que puede reconocerse la actividad física, entre ellas la *dimensión biológica*, donde la actividad física se centra a partir de un consumo energético por encima de la tasa del metabolismo basal. Dentro de esta dimensión se enmarca la definición propuesta por la OMS, definiéndola como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un gasto de energía” (Henriksen, 2002; Organización Mundial de la Salud, 2004); la *dimensión positivista*, donde la obtención de resultados comparables y posiblemente estandarizarlos, se den gracias a los beneficios de la actividad física (González et al., 2014; Sesso, Paffenbarger, & Lee, 2000); la *dimensión conductual*, donde la actividad física es vista como un instrumento para generar cambios en las

conductas de las personas (Gunter, 2002; Salgado-Araujo, 1998); y por último la *dimensión sociocultural*, que observa la actividad física como un elemento cultural heredado, que se transmite a través de construcciones e interacciones entre sujetos, hasta transformarse en hábitos y costumbres cotidianas (Abbott et al., 2008; De Hoyo & Sañudo, 2007).

Desde esta última dimensión, Devis y Peiró (1993) definen la actividad física como “Cualquier movimiento corporal..., que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal que nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea”. En ese sentido la actividad física refleja su carácter social y es concebida como un medio de interacción social que permite aprender y adquirir conocimientos del entorno y de sí mismo. Por lo anterior, para el presente estudio se retoma la definición propuesta por Ocampo y Correa (2009), para comprender los conceptos de actividad física e imagen corporal, expresado por los autores en sus respectivos productos académicos.

2.2.2. Imagen corporal e interculturalidad: una aproximación.

Se puede entender por IC como aquella representación imaginaria de nuestro cuerpo y de nuestra corporalidad, comprendiendo por corporalidad como la fuente de comunicación dinámica, que involucra movimiento y que utiliza un sujeto para relacionarse con otros y consigo mismo (Briones, 2002; Cuevas, Fernández, & Pastor, 2010). Para Morán, Cruz y Iñárritu (2007), la imagen corporal “es un concepto mental que tiene el individuo de sí mismo,... Una imagen del yo físico es una tarea intelectual y emocional que se lleva a cabo conforme van cambiando las proporciones corporales” (p.79). A su vez, ésta tarea intelectual puede ser condicionada por los factores sociales anteriormente enunciados. Por lo anterior, los imaginarios o representaciones de la propia imagen corporal pueden afectar el concepto y las prácticas de actividad física que los sujetos de una determinada población llegasen a realizar. Es así, como la AF vista como una actividad humana ha sido objeto de estudio por parte de numerosos investigadores.

La imagen corporal como objeto de estudio desde la óptica que nos aporta Schilder (2013), la concibe como “la imagen que forma nuestra mente de nuestro cuerpo... el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. La imagen corporal como representación de nuestro cuerpo presenta diferentes componentes que se integran entre sí. Entre ellos está el *componente conductual* que se refiere a las acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción de nuestro cuerpo, el *componente afectivo* se refiere a los sentimientos y actitudes respecto a una parte del cuerpo o

en su totalidad, el *componente cognitivo* se encarga de generar las valoraciones respecto al cuerpo o una parte de este, y finalmente el *componente perceptual* que se encarga de la percepción de alguna de parte del cuerpo o en su totalidad (De la Serna, 2004; Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999).

Diversos estudios confirman que cada cultura genera diferentes conceptos de imagen corporal, siendo influenciada por diferentes aspectos socioculturales, biológicos, etc. Es así, como los sujetos interiorizan el modelo de cuerpo ideal que culturalmente está siendo determinado en ese periodo temporal y por comparación social deduce que su cuerpo se ajusta o discrepa del aparente modelo ideal de cuerpo (Acosta-García & Gómez-Peresmitré, 2003; Cogan, Bhalla, Sefa-Dedeh, & Rothblum, 1996; Rodin, 1993).

Uno de los aspectos que ejerce presión para alcanzar el modelo ideal de cuerpo es la sociedad (círculo de amigos, laboral, la familia, etc.), en ocasiones conllevando a una obsesión colectiva por alcanzar ese modelo. Además, generar insatisfacción con la propia imagen corporal en su afán por adoptar y mantener ciertas normas sobre el cuerpo que impone la sociedad en ese momento específico. Lo anterior ha generado una autopercepción distorsionada del cuerpo, una imagen corporal no acorde con la realidad. Aspecto que se ha evidenciado especialmente en mujeres (Cororve, Gleaves, & Pearson, 2004; Perpiñá & Baños, 1990; Ramos, Pérez de Eulate, Liberal, & Latorre, 2003; Ramos, Rivera, & Moreno, 2010; Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1986).

Una interpretación de actividad física o imagen corporal sea la corriente teórica que se siga, siempre esta insertada en medio de una sociedad con sus características y particularidades, donde la categoría interculturalidad también se halla inmersa dentro la misma. Lo anterior ha conllevado a múltiples interpretaciones y aplicaciones para descubrir como el concepto de actividad física e imagen corporal en medio de una población específica es reproducido, aunque pudiéramos concluir que una sociedad es el resultado de una interacción social. Sin embargo, se hace necesario diferenciar algunos términos que pueden generar cierta confusión conceptual como multicultural, intercultural, pluricultural y transcultural.

Para ello tomaremos las definiciones de Odina, (citado por Diez, 2004),

Con el término *multicultural* se define la situación de las sociedades, grupos o entidades sociales en las que muchos grupos o individuos que pertenecen a diferentes culturas viven juntos. (...) *Pluricultural* es casi un sinónimo, indica simplemente la existencia de una situación particular. (...) *Transcultural* implica un movimiento, indica el paso de una situación cultural (características, creencias, hábitos, etc.) a otra. Finalmente *intercultural* no

se limita a describir una situación particular, sino que define un enfoque, un procedimiento o proceso dinámico de naturaleza social en el que los participantes son positivamente impulsados a ser conscientes de su interdependencia (manteniendo sus propias características que lo diferencian de otra población). (Modificado de Diez, 2004, p. 193-194).

Complementando de forma simplificada y diferenciando un poco más las anteriores definiciones nos apoyamos en Medina (2002) (como se citó en Cuevas, Fernández y Pastor, 2009).

“Cuando hablamos de *multiculturalismo*, nos estamos refiriendo a la coexistencia de personas de diferente cultura en un mismo lugar sin interacción; mientras que cuando se produce esa interacción y se produce intercambio de información, costumbres o valores entre sujetos de diferente cultura, nos estaríamos refiriendo al *interculturalismo*”. Sin embargo las personas preservan sus propias características, costumbres, etc. (Cuevas, Fernández y Pastor, 2009, p.16).

Finalizando con la diferenciación entre estos conceptos Trujillo, citado en Cuevas et al, (2009) afirma. “El término *pluricultural*, como expresión de la configuración de identidad de los individuos a partir de las aportaciones de diversas culturas” (Cuevas, Fernández y Pastor, 2009, p.16).

Es decir que al referirnos al multiculturalismo, este permite describir contextos donde la tolerancia y la convivencia establecen relaciones igualitarias, evitando conflictos en la diversidad cultural que presenta. Y la interculturalidad como los afirma López, citado por Diez (2004) “surge en respuesta a la condición de multiculturalidad que caracteriza a las sociedades latinoamericanas, producto de su devenir histórico”...la multiculturalidad, como categoría descriptiva, permite el surgimiento de la interculturalidad, como categoría propositiva (Diez, 2004).

Lo anterior nos permite afirmar que la interculturalidad implica una comunicación comprensiva entre distintas sociedades o poblaciones que viven en un mismo espacio, siendo a través de estas, donde se produce el enriquecimiento mutuo y por consiguiente el reconocimiento y valoración de cada una de las poblaciones en un marco de igualdad. En esa relación se puede construir y reconstruir conceptos de imagen corporal y actividad física, siendo la interculturalidad el dialogo de diferentes poblaciones en un espacio común, por lo tanto, estos conceptos y prácticas pueden estar permeado no solo por lo que construimos con los propios hábitos culturales, sino que se construye y reconstruye partir de esa interacción con otros sujetos (Vermeesch & Stommel, 2014).

Las anteriores conceptualizaciones aportadas permiten diferentes posibilidades de análisis en una sociedad o comunidad, es decir, permite una óptica desde diferentes contextos. Por ello, la salud de las comunidades se debe concebir desde las interacciones dadas dentro de las mismas y su propia organización (Walsh, 2010). Lo anterior indica que la interculturalidad no se materializa y conceptualiza por si misma sino que es dinámica al necesitar de las interacciones entre diversas comunidades con el objeto de una construir una sociedad justa, equitativa, igualitaria y plural, concepto que utilizaremos en la presente investigación.

2.2.3. Los determinantes sociales de la salud: Una mirada más allá de la salud.

Para la OMS (2007) y Marmot (2000) los determinantes sociales de la salud (DSS) 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 del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (p.379)

Sin embargo, no siempre los DSS fueron conceptualizados desde esta perspectiva. A través de los años han surgido diferentes aproximaciones que fueron complementándose unas con otras a fin de comprender mejor el proceso de salud de los países. Por ejemplo, en 1974 el documento Lalonde o informe Lalonde titulado “Nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses” (A New Perspective on the Health of Canadians) proporcionó las primeras bases teóricas para analizar los DSS en cuatro campos: entorno o ambiente, la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención sanitaria, donde finalmente indica la carencia de acciones para reducir los niveles de morbilidad y mortalidad (Buck, 1996).

Durante los años 90 algunas naciones manifiestan su preocupación por la salud, liderando iniciativas para reducir las desigualdades en salud a partir de los DSS, entre ellas, Canadá, Estados Unidos y algunos países de Europa. Es así como en 1991, Dahlgren y Whitehead acerca de los DSS plantean un modelo de “capas de influencia”, donde cada capa, genera modificaciones en la siguiente y ocasiona ciertas condiciones en las personas (Figura I). Se establece una relación entre las políticas de salud y la salud de las personas (Dahlgren & Whitehead, 1991).

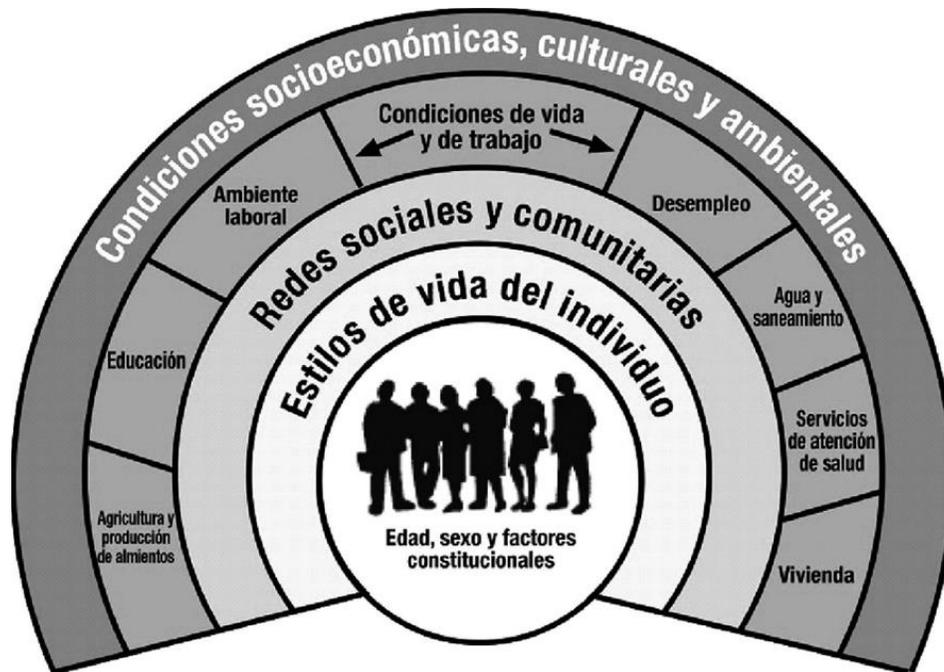


Figura 1. El modelo Dahlgren-Whitehead (1991).

Posteriormente, Diderichsen y Hallavist en 1998 plantean un modelo que más tarde en el 2001 Diderichsen, Evans y Whitehead modifican (Figura 2). Donde consideran que la posición social de los sujetos reflejan las condiciones de salud. Este modelo identifica como operan los diversos determinantes en relación al acceso a los servicios de salud y el estado de salud, identificando las principales inequidades para avanzar en la creación de estrategias para su mejora al definir los puntos críticos.

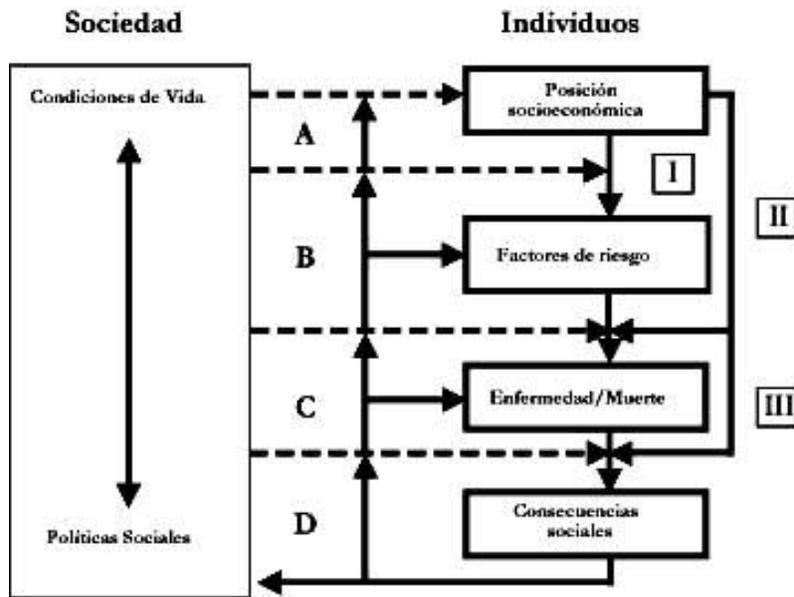


Figura 2. Mecanismos de inequidades en salud, modelo de Finn Diderichsen. En el individuo, impacto de la posición socioeconómica a través de exposición (I), susceptibilidad (II) e impacto diferenciales (III). En la sociedad, impacto de las condiciones de vida sobre la estratificación social (A), exposición (B) y susceptibilidad diferencial (C) y directo en salud (D).

Durante este mismo periodo, Syme y Smedley (2000) del Instituto de Medicina (IOM) en Washington, DC., proponen un enfoque multinivel de aproximación a los DSS como estrategia para la intervención de la investigación social (figura 3). Este enfoque ha permitido un acercamiento a una interpretación de los DSS, relacionados especialmente con sistemas políticos, jurídicos y económicos, que en determinada instancia ejercen presión en los aspectos de la salud de los sujetos, afectando comportamientos o situaciones individuales. Este modelo ha permitido diagnósticos y caracterizaciones desde una perspectiva ecológica por la necesidad de instaurar modelos causales de enfermedad con mayor rigurosidad para permitir entender la salud y enfermedad desde una visión y tratamiento jerárquico (niveles cualitativos) de la información. Para ello, se apoyan en tratamientos estadísticos para el análisis de la información cuantitativa del grupo de variables de nivel individual y de nivel colectivo. A este tratamiento de la información estadística lo han denominado “método estadístico para el análisis multinivel” (Prieto-Rodríguez & Agudelo-Calderon, 2006; Syme & Smedley, 2000).

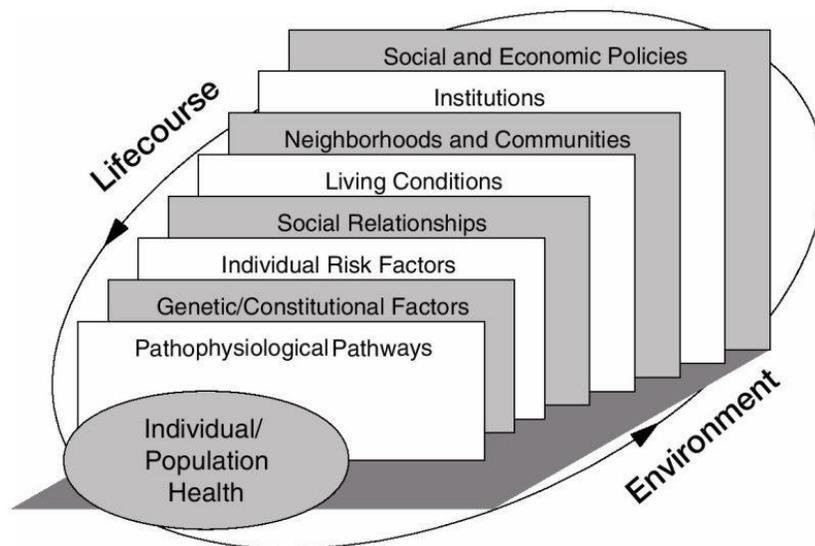


Figura 3. Enfoque multinivel de la epidemiología de Syme and Smedley (2000).

En 1999 Brunner, Marmot y Wilkinson indican que se debe considerar la genética, aspectos culturales y el desarrollo infantil en los sujetos, como aspectos que determinan la salud, ya que durante el ciclo de la vida las personas son sometidos a ciertos riesgos, riesgos que se pueden agrupar en conductuales, psicológicos y ambientales (figura 4) (Caballero et al., 2012).

Ya al finalizar el siglo XX, Australia y Nueva Zelanda buscan alternativas para incursionar en los DSS. Lo anterior, también se ve reflejado en otros países donde se generan y aprueban políticas para reducir y mitigar las desigualdades en salud, países como Escocia, Irlanda del Norte, Italia, Irlanda e Inglaterra (Pérez-Méndez, 2013).

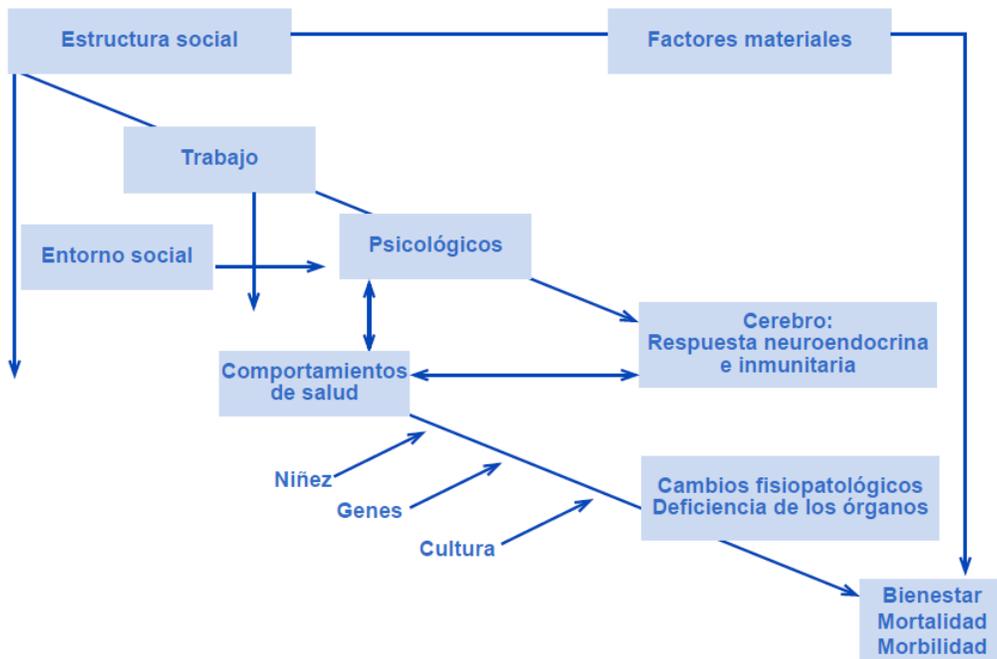


Figura 4. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson de producción de inequidades en salud a lo largo de la vida (1999)..

Estos esfuerzos gubernamentales se ven reflejados en otros países, por ejemplo, el Ministerio de salud de Canadá en el 2001 establecen en el modelo de DSS doce factores que potencian y condicionan la salud de los sujetos tanto a nivel individual como colectivo (figura 5). Por su parte la OMS en el 2003 añade cuatro factores a los anteriormente propuestos por el Gobierno de Canadá (Barragán, Moiso, Mestorino, Ojea, & Barragán, 2007; Wilkinson & Marmot, 2003).

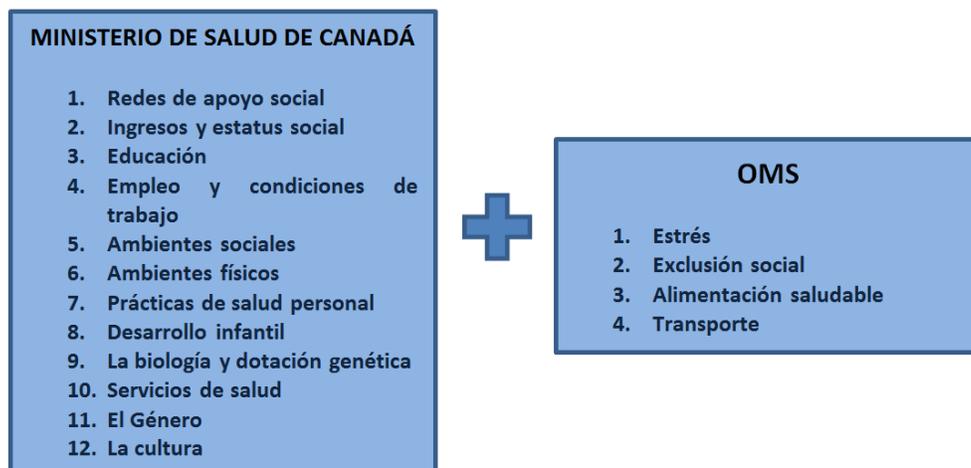


Figura 5. Factores tratados por los DSS del Ministerio de salud de Canadá (2001) y la OMS (2003).

Años más tarde, con base a la directriz para trabajar sobre los DSS propuesta por la OMS en el 2004, Whitehead y Dahlgren (2006) indican que se debe inicialmente analizar las causas estructurales de las desigualdades para poder interpretar la relación existente entre la desigualdad de ingresos y la salud de las personas. Desde este planteamiento es un error centrarse únicamente en la percepción de las personas acerca de las desigualdades. La desigualdad de ingresos afecta la salud y por lo tanto debe ser considerada, ya que esta última “es el resultado de inversiones, procesos económicos y decisiones de política pública” (Banco Interamericano de Desarrollo BID, 1972 citado por Arévalo-Riaño, 2017). Es decir, la salud de las comunidades está en estrecha relación con la perspectiva política, estas a su vez se transponen por determinantes estructurales e intermedios, cuyas políticas deben abordar la inequidad en salud (Organización Mundial de la Salud - Commission Social Determinants Health, 2007).

Esta propuesta surge para dar solución a las limitaciones que presentaban diversas intervenciones dirigidas a disminuir los riesgos de enfermar los sujetos de forma individual, para ello se tomó el impacto y rol que cumple la sociedad en ello. Se fundamenta en la idea de que las estructuras y patrones sociales forman y orientan decisiones en torno a la mejora de la salud de los sujetos de forma individual. Lo anterior, permite vislumbrar la salud pública más allá de las personas y de las comunidades, analizando la causalidad de las enfermedades desde una macroestructura (Friel & Marmot, 2011; Marmot & Wilkinson, 2005).

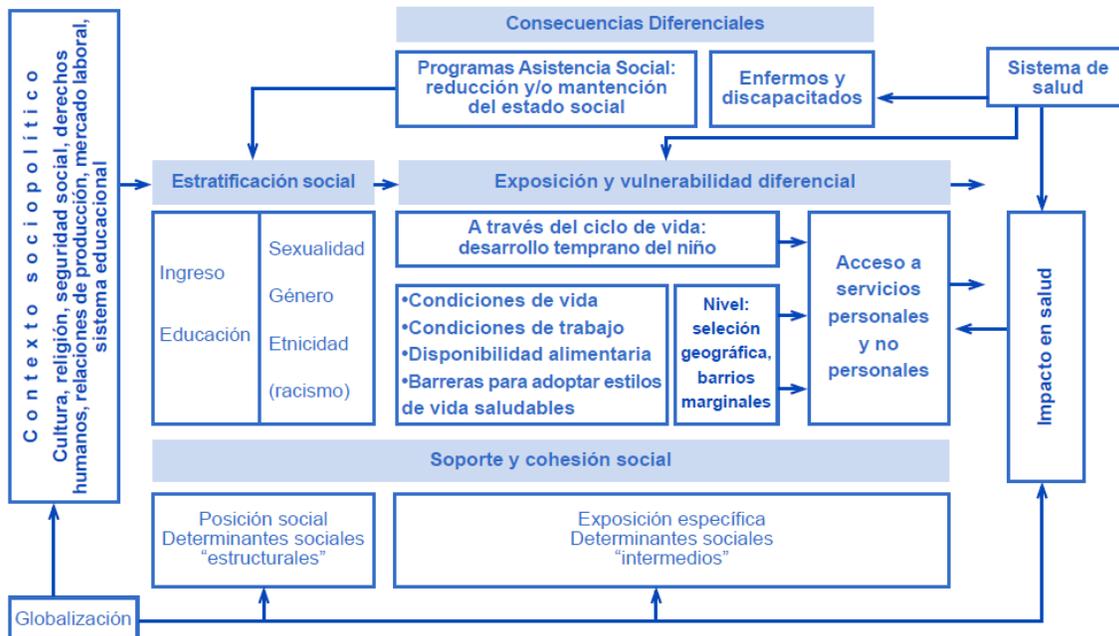


Figura 6. Modelo conceptual de los DSS propuesto por la CDSS – OMS.

Para el análisis de los conceptos de AF e IC en el marco de la interculturalidad en el presente estudio se tomó como referencia la propuesta sobre los DSS que varios investigadores han aportado en la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (2007, 2010). Esta propuesta evidencia como los grandes problemas de la salud tienen su raíz en la distribución desigual de los bienes y servicios a los que pueden acceder los sujetos, así como los ingresos provenientes de su salario u otras fuentes; además, la genética, elementos culturales propios del ser humano, la etnicidad, el ciclo de la vida – desde la niñez hasta la edad adulta. Los anteriores aspectos se observaron en los artículos científicos, identificando relaciones entre AF, IC e Interculturalidad (Marmot, 2000; OMS, 2010).

3. Metodología

La presente revisión documental es una investigación de enfoque cualitativo fundamentada en el trabajo teórico de análisis de contenido. Esta técnica nos permite una revisión de los conceptos en la literatura científica, además, analizar las ideas expresadas en los mismos, siendo importante el significado de las palabras o temáticas contenidas en los documentos (López-Noguero, 2002).

3.1. Tipo de estudio: Diseño revisión documental

Este diseño busco recolectar información sobre conceptos de personas, grupos o comunidades acerca de actividad física, imagen corporal e interculturalidad bajo un punto de vista teórico o contextual consignados en la producción académica, aportados por los autores o los sujetos de estudio de las investigaciones. La información aportada por la literatura científica permite un análisis de la literatura publicada dando una interpretación de los datos a través de una descripción de los mismos y un análisis crítico de los abordajes de las categorías anteriormente enunciadas. (Rother, 2007; Salgado Lévano, 2007).

3.2. Unidades de análisis

Las unidades de análisis fueron artículos científicos cuantitativos como estudios transversales, experimentales y revisiones, y estudios cualitativos como estudios etnográficos, exploratorios, fenomenológicos y revisiones procedentes de las bases de datos seleccionadas.

3.3. Técnicas y categorías de estudio: Análisis de contenido

El análisis de contenido tuvo por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido los documentos revisados, acerca del planteamiento del autor y objetivo de su investigación, sobre los abordajes conceptuales de la triada actividad física, la imagen corporal y la interculturalidad. Además, este análisis de contenido se desarrolló a través de un análisis descriptivo, específicamente a través de análisis documental. A partir de los documentos de análisis se describió las características de las situaciones y entornos. Para el desarrollo del trabajo, se siguieron las fases de estudio propuestas por Piñuel-Raigada (2002):

Primera fase: Selección de categorías.

En la búsqueda, delimitación y selección de los documentos de análisis, se utilizaron los siguientes criterios (tabla 1):

Conceptos de actividad física: Esta categoría se definió como la concepción, opinión o idea acerca de la actividad física, clasificándose en tendencia biológica, al ser vista su potencialidad a partir de un consumo energético superior al estado de reposo; la tendencia conductual, vista como un medio para generar cambios en la conducta humana; y por último, la tendencia sociocultural, como resultado de interacciones y construcciones sociales de los grupos en un ámbito cultural específico. A partir de lo anterior, nuestro eje de indagación es ¿Qué concepto de actividad física predomina en el texto?

Imagen Corporal: Como una concepción mental de nuestro cuerpo, conformada por diferentes componentes, entre ellos el componente conductual, el afectivo, el cognitivo y el perceptual nos permite observar desde que componente el autor propone o encuentra en su investigación el concepto de imagen corporal. Nuestro eje de indagación es ¿Qué concepto de imagen corporal se encuentra en el estudio?, ¿Se encuentra alguna relación entre Imagen corporal y actividad física?

Interculturalidad: Según el Centro Virtual Cervantes (2016), la interculturalidad es “un tipo de relación que se establece intencionalmente entre culturas y que propugna el diálogo y el encuentro entre ellas a partir del reconocimiento mutuo de sus respectivos valores y formas de vida”. Desde este planteamiento nuestro eje de indagación es ¿En procesos de interculturalidad se vinculan conceptos de actividad física e imagen corporal?, de no observarse procesos interculturales relacionados con la actividad física ¿Qué factores o categorías emergentes son las causantes de ello?

Modelo de determinantes sociales de la salud: Esta categoría de análisis vista como forma de analizar la salud permite en los documento identificar la conceptualización de AF que cada autor plantea, tanto en el planteamiento de su estudio, metodología utilizada, instrumentos de recolección de la información o de presentar sus resultados. El modelo determinantes sociales de la salud definido como ciertas circunstancias en las que se desenvuelven los sujetos, circunstancias derivadas de la distribución del dinero, el poder y los recursos, dependientes a su vez de políticas públicas adoptadas. Este modelo permite observar las inequidades en salud condicionadas por determinantes sociales, a su vez, como resultado a una constante exposición a

factores de riesgo (ambientales, conductuales y psicológico) a lo largo de su vida (Wilkinson & Marmot, 2003). Por lo anterior, el eje de indagación es ¿Desde los DSS como plantea el autor su investigación o alguna de sus partes (recolección de información, análisis, etc.) acerca de la AF o IC?

Tabla 1.
Preguntas para identificar el modelo empleado o aportes a las categorías.

| Ejes de indagación | |
|---|--|
| Documento en general | <p>¿Sobre qué dimensión del saber trabaja? (Revisión, exploración, descripción, análisis, intervención, narrativo, etc.)</p> <p>¿Aborda la triada? ¿Cómo integra la triada?</p> <p>¿Trabaja sobre el enfoque?</p> <p>¿Cómo integra el enfoque?</p> |
| <p>Categorías</p> <p>Interculturalidad</p> <p>Imagen corporal</p> <p>Actividad física</p> | <p>¿Cuál es el concepto de Interculturalidad, Imagen corporal o Actividad Física que aborda el autor o expresado en el documento?</p> <p>¿Desde qué aspecto? (perceptual, subjetivo, conductual)</p> <p>¿Cuál es el aporte significativo del texto a la Interculturalidad, a la Imagen corporal o a la Actividad Física?</p> <p>¿Qué prácticas sociales integra a la discusión?</p> <p>¿Qué propuestas aporta el documento?</p> <p>¿En procesos de interculturalidad se vinculan conceptos y prácticas de actividad física e imagen corporal?</p> <p>¿Qué factores o categorías emergentes son las causantes de ello?</p> <p>¿Desde los DSS como plantea el autor su investigación o alguna de sus partes (recolección de información, análisis, etc.) acerca de la AF o IC?</p> |

Fuente: Elaboración propia.

Segunda Fase: Selección de unidades de análisis.

Los documentos seleccionados fueron literatura científica de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales, a partir de 1992 hasta 2014 de las bases de datos PubMed, EBSCO, JSTOR, OVID, LILACS, Trip Database. Las categorías de búsqueda utilizando los términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptor en ciencias de la salud) son actividad motora/física (motor activity), imagen corporal (Body image) y determinantes sociales de la salud (Social determinants of health). Además, siendo categoría de nuestro estudio se incluyó el término Interculturalidad (Interculturality), aunque este término aún no es reconocido como términos MeSH/DeCS ya que originalmente es un término latinoamericano emergente en las últimas tres décadas, por lo cual se utilizó el término MeSH/DeCS diversidad cultural (Cultural

diversity) junto con algunos posibles sinónimos de ésta (Multiculturalism, cultural pluralism, ethnic diversity and transculturality). La estrategia de búsqueda utilizada se muestra en la tabla 2. El idioma de la literatura objeto de estudio fue el español, inglés y portugués. Al ser una temática emergente en las últimas décadas se determinó buscar únicamente artículos de acceso libre y en estos idiomas, ya que la literatura de mayor publicación es en estos idiomas. Igualmente se seleccionaron estudios de enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto.

La selección de los documentos se realizó por parte de dos revisores de forma independiente, siendo el primer revisor el autor principal de la presente investigación (Licenciado en educación física) y el segundo revisor, primer tutor (Magister en salud pública). Inicialmente la selección se hizo por título, posteriormente lectura del resumen y finalmente por contenido completo del mismo, siempre y cuando respondieran a la(s) pregunta(s) de investigación, aportando información relevante en el análisis de contenido y que tuvieron relación con el objeto de estudio. Se excluyeron los documentos que no observaban la relación entre actividad física, imagen corporal y/o interculturalidad (diversidad cultural, multiculturalismo, pluralismo cultural, diversidad étnica o transculturalidad).

Tabla 2.
Estrategia de búsqueda en las bases de datos.

| Bases de datos | Categorías | Ecuación de búsqueda |
|---|-----------------------------|--|
| Pubmed Ebsco Jstor Ovid Lilacs Trip Database | Determinantes Sociales y AF | ((social determinant) OR "social determinants of helth") AND activity physical |
| | Determinación social y AF | (determinantions[All Fields] AND social[All Fields]) AND ("motor activity"[MeSH Terms] OR ("motor"[All Fields] AND "activity"[All Fields]) OR "motor activity"[All Fields] OR ("physical"[All Fields] AND "activity"[All Fields]) OR "physical activity"[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT])) |
| | Imagen Corporal y AF | physical activity[Title] AND body image[Title] AND ("loattrfree full text"[sb] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms]) |
| | Interculturalidad y AF | (((((diversities[All Fields] AND ("culture"[MeSH Terms] OR "culture"[All Fields] OR "cultural"[All Fields])) OR ("cultural diversity"[MeSH Terms] OR ("cultural"[All Fields] AND "diversity"[All Fields]) OR "cultural diversity"[All Fields] OR ("cultural"[All Fields] AND "diversities"[All Fields]) OR "cultural diversities"[All Fields])) OR |

| | |
|--|--|
| | <p>((("Diversity (Basel)"[Journal] OR "diversity"[All Fields]) AND ("culture"[MeSH Terms] OR "culture"[All Fields] OR "cultural"[All Fields]))) OR ("cultural diversity"[MeSH Terms] OR ("cultural"[All Fields] AND "diversity"[All Fields]) OR "cultural diversity"[All Fields] OR "multiculturalism"[All Fields])) OR ("cultural diversity"[MeSH Terms] OR ("cultural"[All Fields] AND "diversity"[All Fields]) OR "cultural diversity"[All Fields] OR ("cultural"[All Fields] AND "pluralism"[All Fields]) OR "cultural pluralism"[All Fields])) AND ("motor activity"[MeSH Terms] OR ("motor"[All Fields] AND "activity"[All Fields]) OR "motor activity"[All Fields] OR ("physical"[All Fields] AND "activity"[All Fields]) OR "physical activity"[All Fields])</p> |
| | <p>(((("cultural diversity"[MeSH Terms] OR ("cultural"[All Fields] AND "diversity"[All Fields]) OR "cultural diversity"[All Fields]) AND Title/Abstract[All Fields] AND body image[Title/Abstract]) OR intercultural[Title/Abstract]) AND ("body image"[MeSH Terms] OR ("body"[All Fields] AND "image"[All Fields]) OR "body image"[All Fields])) AND ("loattrfull text"[sb] AND ("1992/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms])</p> |

Fuente: Elaboración propia.

Tercera Fase: Selección del sistema de recuento o de medida.

Siguiendo con la propuesta de Piñuel-Raigada (2002), se admite el uso de software, plantilla o protocolos que faciliten el análisis de contenido frecuenciales, que permiten contabilizar el número de ocurrencias o de co-ocurrencias de categorías, y de análisis de contenido no frecuenciales que tienen en cuenta la presencia o ausencia de alguna categoría o indicador de la misma. Para ello se utilizaron las platillas CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español) y STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) como instrumentos para corroborar que los documentos seleccionados tuvieran la información necesaria para nuestro estudio. Además, se utilizó plantillas en Excel (Microsoft®) para selección de información de los documentos respecto a nuestras preguntas de análisis.

Cuarta Fase: Análisis descriptivo.

De acuerdo a los datos obtenidos del estado del arte de los documentos en la fase anterior, se

clasificó y codificó de acuerdo a las preguntas hechas en la primera fase del análisis de contenido acerca de los conceptos, prácticas de actividad física e imagen corporal, de acuerdo a la interpretación de abordaje por parte de los autores, de las relaciones e interacciones de las categorías de estudio, encontrando puntos de intersección para ser contrastados con la teoría vigente. Para ello se utilizó una plantilla Excel donde se organizaba la información por categoría de estudio y comparaciones respectivas.

Quinta Fase: Analítica.

Para la fase analítica se empleó el modelo de determinantes sociales de la salud. Posteriormente se realizó una segunda lectura de los documentos, estableciendo relaciones preestablecidas entre las categorías de análisis y la interpretación de las mismas. Esto permitió ver de qué manera a partir de este modelo se establecen nuevas connotaciones de lo que entendemos sobre la actividad física y la imagen corporal.

4. Resultados

4.1. Análisis descriptivos de los documentos

La búsqueda inicial con los descriptores y/o palabras clave arrojó 2166 referencias, que disminuyeron a 223 después de excluir los documentos duplicados (Figura 7). Posteriormente, se redujo a 64 de acuerdo con la fecha de publicación seleccionada (1992 a 2014), texto completo, idioma, descriptores y/o palabras clave en título o resumen (Tabla 3). Estos 64 artículos fueron examinados por parte de los dos revisores, donde se realizó lectura de los documentos en su totalidad buscando la presencia y relación de las categorías de estudio. Aquellos documentos donde hubo discrepancia se revisaron de forma conjunta. Finalmente se excluyeron 45 artículos, quedando 19 documentos a los cuales fueron examinados a través de las guías CASPe y STROBE. Se excluyeron aquellos documentos que no obtuvieron una puntuación alta en cuanto a la validez metodológica según la guía CASPe o carencia de alguna información relevante para el estudio según STROBE (tabla 4 y 5). Finalmente, dieciocho estudios se incluyeron en la revisión documental, descritas a nivel general en la tabla 6.

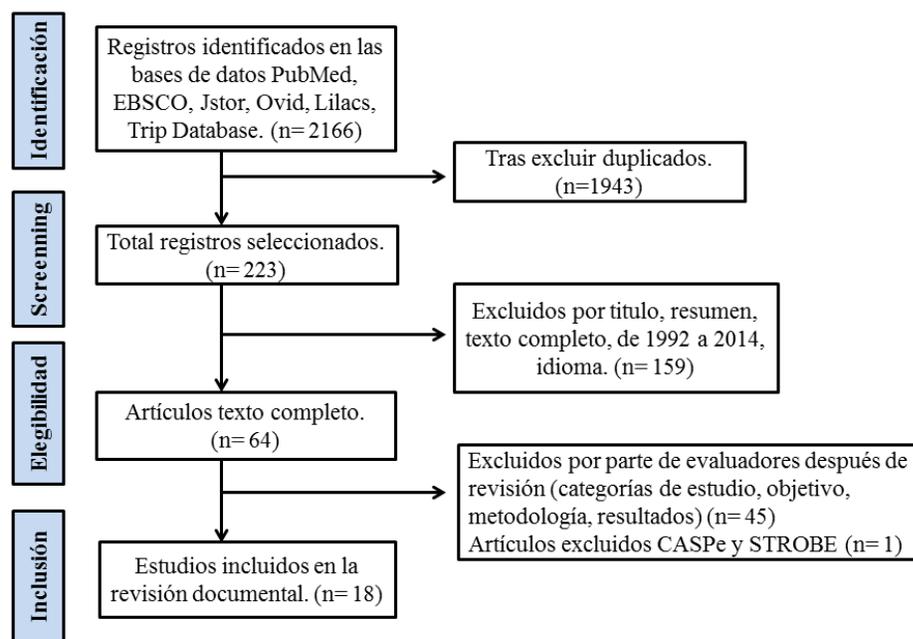


Figura 7. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.
Fase de elegibilidad de los estudios por bases de datos.

| Categoría | Base de datos | | | | | |
|------------|---------------|-------|-------|------|--------|---------------|
| | PubMed | Jstor | EBSCO | Ovid | Lilacs | Trip Database |
| DSS y AF | 1 | 0 | 2 | 4 | 0 | 6 |
| IC y AF | 2 | 0 | 0 | 2 | 9 | 1 |
| Inter y AF | 4 | 21 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| Inter y IC | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 5 |
| Subtotal | 8 | 21 | 2 | 11 | 10 | 12 |
| Total | | | | | | 64 |

DSS= Determinantes sociales de la salud, IC= Imagen corporal, AF= Actividad física, Inter= Interculturalidad, diversidad cultural, etc.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4.
Validez metodológica de los estudios cualitativos según la guía CASPe (rigor, credibilidad y relevancia).

| Estudio | Aspectos a evaluar | | | | | | | | | | Total |
|---------------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Nelson et al. (2010) | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 15 |
| Caperchione et al. (2011) | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 18 |
| Araki et al. (2013) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 |
| Corbett et al. (2013) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 |
| Yu et al. (2004) | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 17 |
| Taylor et al. (1998) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 |
| Frisby. (2011) | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 |
| Beltrán (2012) | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 8** |
| Macdonald et al. (2009) | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 14 |

Aspectos a evaluar: 1= ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?, 2= ¿Es congruente la metodología cualitativa?, 3= ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?, 4= ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?, 5= ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?, 6= ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación?, 7= ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?, 8= ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?, 9= ¿Es clara la exposición de los resultados?, 10= ¿Son aplicables los resultados de la Investigación? Valoración: SI=2; NO SE=1; NO=0; **= Excluido por criterio CASPe

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5.

Estudios epidemiológicos transversales seleccionados a través de la guía STROBE.

| Estudio | Aspectos a evaluar | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| | A | B | C | D | E | F | G | H | Total |
| Simons-Morton et al. (1997) | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 36 |
| Hosper et al. (2007) | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 1 | 5 | 5 | 34 |
| Wolin et al. (2006) | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 37 |
| Korn et al. (2013) | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 35 |
| Kopcakova et al. (2014) | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 36 |
| Abbott et al. (2008) | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 37 |
| Ainsworth et al. (1999) | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 34 |
| Gaskin et al. (2012) | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 36 |
| Yan et al. (2004) | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 1 | 5 | 5 | 34 |
| Miller KJ et al. (2000) | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 36 |

Aspectos a evaluar: A= Pregunta u objetivo de investigación, B= Participantes, C= Comparabilidad entre los grupos de estudio, D= Definición y medición de las variables principales, E= Análisis estadístico y confusión, F= Valoración global de la validez interna, G= Conclusiones, validez externa y aplicabilidad de los resultados, H= Conflicto de intereses.

Valoración: 5= Muy Bien, 4= Bien, 3= Regular, 2=Mal, 1= No informa, 0= No aplica.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6.

Características de las unidades de análisis seleccionadas

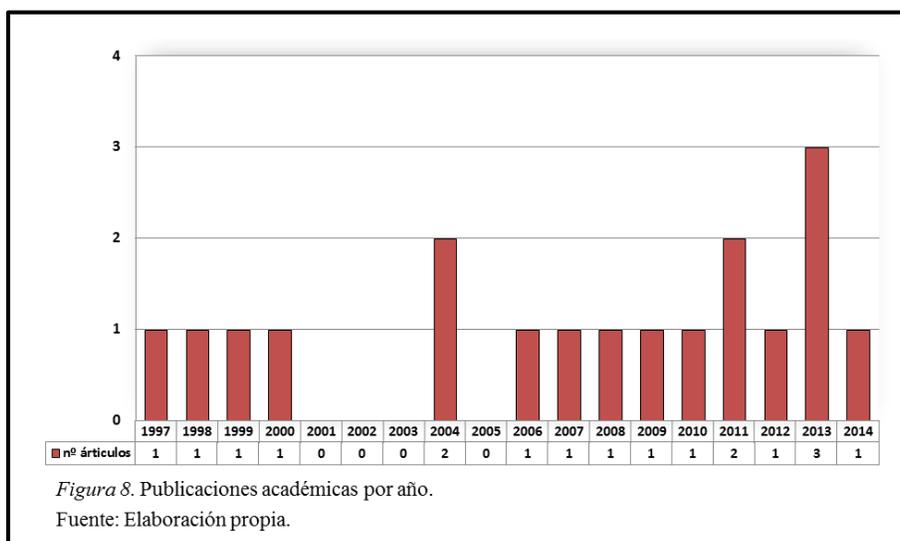
| Estudio | Diseño | Población | País |
|-----------------------------|--------------------------------------|--|-----------|
| Nelson et al. (2010) | Cualitativa - Revisión de literatura | Artículos o documentos relativo a la actividad física y las personas indígenas de Australia, todas las edades y tanto en zonas urbanas como rurales. | Australia |
| Caperchione et al. (2011) | Cualitativo etnográfico | Mujeres (n = 110) entre 18 a 87 años, migrantes que viven en Australia provenientes de habla bosnio, árabe habla (incluyendo mujeres de Egipto, Irak, Siria, Jordania, Palestina y Líbano), Filipino y Sudanense. | Australia |
| Araki et al. (2013) | Cualitativo - Fenomenología | Niñas adolescentes (n= 14). Tres grupos, japoneses budistas de Japón (n = 4), Chinas de Singapur (n = 5), y los indios hindúes de Singapur (n = 5). | Japón |
| Simons-Morton et al. (1997) | Transversal | 2.410 alumnos de tercer grado de 96 escuelas de los estados turísticos (California, Luisiana, Minnesota y Texas) | EEUU |
| Corbett et al. (2013) | Cualitativo Exploratorio | 101 mujeres de 18 a 39 años, divididas en 5 grupos con fines analíticos: (1) los practicantes de actividades físicas como gimnasia localizada, circo y danza telas aéreas, n = 20; (2) los deportistas masculino como el fútbol, n = 18; (3) los practicantes de actividades como la | Brasil |

| | | | |
|-------------------------|----------------------------------|---|-----------------|
| | | natación y el tenis de mesa, n = 23; (4) los practicantes de jiu-jitsu, judo, karate, taekwondo, n = 20 y (5) sedentarias, n = 20. | |
| Hosper et al. (2007) | Transversal | 485 participantes turcos que viven en los Países Bajos, edades de 15-30 años | Holanda |
| Wolin et al. (2006) | Transversal | 26 pequeñas empresas manufactureras de Boston, 1.740 trabajadores de Massachusetts y 2219 pacientes que acuden a los servicios de medicina interna de los centros de salud de Boston. Que fueron inmigrantes de primera o segunda generación o la gente de color. | EEUU |
| Korn et al. (2013) | Transversal | 1574 estudiantes de pregrado de Israel. | Israel |
| Kopcakova et al. (2014) | Transversal | 8.042 adolescentes de 10-19 años de edad, varones de los grados quinto a noveno pertenecientes a 106 escuelas grandes y pequeñas situadas en las zonas rurales como en zonas urbanas de todas las regiones de Eslovaquia. | Republica Checa |
| Abbott et al. (2008) | Transversal | 367 niños de primaria y secundaria en edad escolar (9-16 años años) Escuela Estatal Bamaga. Asisten a escuelas primarias y secundarias en dos comunidades en el estrecho de Torres, Far North Queensland. | Australia |
| Ainsworth et al. (1999) | Transversal | 111 mujeres afroamericanas residentes en Carolina del Sur y 107 mujeres indígenas que residen en reservas Pueblo y Navajo en Nuevo México. | EEUU |
| Gaskin et al. (2012) | Transversal | 29 niños y 33 niñas 9-11 años de edad que asistieron a la escuela primaria pública en Barbados. | Egipto |
| Yan et al. (2004) | Transversal | 424 en total: 202 mujeres y 222 hombres de 12 a 16 años. | EEUU |
| Yu et al. (2004) | Cualitativa - Revisión narrativa | NO es específica, Todas las edades | EEUU |
| Taylor et al. (1998) | Cualitativa – exploratorio | 430 cuestionarios completados individuales de las mujeres de orígenes italianos, libaneses y vietnamitas. | EEUU |
| Frisby. (2011) | Cualitativa - exploratoria | 50 mujeres chinas inmigrantes (en Canadá) | Canadá |
| Macdonald et al. (2009) | Cualitativa – Revisión narrativa | NO es específica, Todas las edades | Australia |
| Miller KJ et al. (2000) | Transversal | 120 universitarios hombres y mujeres de tres grupos raciales / étnicos: Americana africana, Americana Europea y Latina / estadounidenses. | EEUU |

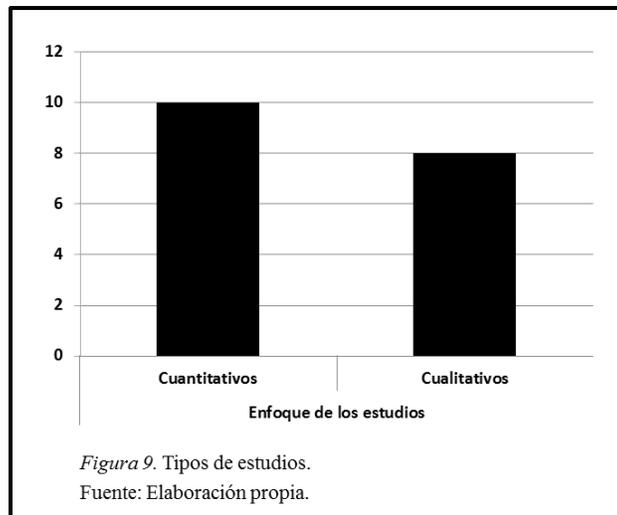
Fuente: Elaboración propia.

A nivel geográfico, Estados Unidos (EEUU) fue el país que más documentos aportó (7), seguido por Australia (4), Canadá (1), Brasil (1), Japón (1), Holanda (1), Israel (1), Republica Checa (1) y Egipto (1). Lo anterior refleja escasas investigaciones a nivel local y latinoamericano que contemple las categorías de análisis del presente estudio (tabla 6).

En cuanto a la fecha de publicación las investigaciones acerca de la Actividad Física (AF) e Imagen Corporal (IC), relacionada con interculturalidad muestran estudios desde 1997 al 2014, resaltando el año de mayor producción académica el 2013 con tres documentos respectivamente (figura 8). Un abordaje comparativo entre los resultados de la producción académica identifica que la mayor cantidad de publicaciones provienen de Norte América. Escasamente se ha escrito en Latinoamérica, Europa, África, Asia y Oceanía sobre la relación AF, IC e interculturalidad aún con sus términos asociados. En cuanto al tipo de estudios desarrollados se refleja enfoques tanto cuantitativos como cualitativos (figura 9).



Por otro lado, la mayoría de estudios de EEUU se conciben desde concepciones relacionadas a “beneficios” de la AF o “relación” de la IC con comportamientos y hábitos que benefician o no la salud física, escasamente relacionadas con los determinantes sociales de la salud (DSS) y categorías emergentes como la inequidad y diversidad cultural.



4.2. Análisis cualitativo de los documentos encontrados

La información aportada por los artículos científicos permitió analizar las categorías actividad física (AF), imagen corporal (IC) e interculturalidad, efectuando análisis entre las diadas AF e interculturalidad; IC y AF; y finalmente, un análisis entre la triada Interculturalidad, AF y DSS, a fin de proporcionar la fundamentación teórica de la AF. Aspectos que se detallan a continuación.

4.2.1. Actividad física e interculturalidad.

Basándonos en la propuesta que hace Ocampo y Correa (2009) acerca de las diferentes dimensiones de la AF que permiten una mejor comprensión de la misma, encontramos varios autores de la literatura de análisis que direccionan sus trabajos bajo un concepto de AF desde la dimensión biológica. Al respecto, como lo expresa Caperchione et al. (2011), estos conceptos están generalmente concebidos desde un paradigma positivista, comprendiendo la AF como una serie de movimientos físicos o actividades realizadas a diferentes intensidades en diferentes escenarios (trabajo, hogar, tiempo libre, etc.), generando un gasto energético mayor al estado de reposo (Tabla anexo 1, cita 1). Lo anterior, como mecanismos de prevención, control y tratamiento de diferentes patologías y enfermedades crónicas no transmisibles, direccionadas por propuestas dadas por varios organismos internacionales como la OMS, Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC de Atlanta) o el Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM) (Ainsworth et al., 1999; Gaskin et al., 2012).

Dentro de esta misma dimensión Araki, Kodani, Gupta y Gill (2013), en su investigación en

mujeres adolescentes japonesas budistas, consideran la AF como un medio para el bienestar físico y psicológico, teniendo como motivación principal la salud propia (Tabla anexo 1, cita 2). Por su parte, Simons-Morton et al. (1997) en una población multiétnica de 2410 niños (blancos, negros e hispanos) de tercer grado de cuatro estados turísticos de Estados Unidos (USA) consideran la AF como una serie de actividades que contribuyen en la mejora de la fuerza muscular, la composición corporal en relación al control del peso y la capacidad cardiorrespiratoria, y que su práctica regular convertida en hábito durante el transcurso de la vida cotidiana persistirán en la edad adulta (Tabla anexo 1, cita 3). Finalmente, Macdonald et al. (2009) encontró en mujeres musulmanas jóvenes por medio de entrevistas semi-estructuradas, que la AF era entendida como una serie de actividades que “te hacen más fuerte para las actividades cotidianas”, “te hacen vivir más tiempo”, “te ayuda a aliviar otros problemas (como el estrés)” y previene enfermedades (Tabla anexo 1, cita 4).

Lo anterior refleja diversos aspectos relacionados con esta dimensión biológica de la AF, como la condición física para la salud donde ésta se relaciona con la prevalencia o no de diversas enfermedades crónicas no trasmisibles; al igual con longevidad en un aumento o disminución en la esperanza de vida y esta a su vez con una reducción o aumento de las tasas de mortalidad en edades jóvenes y adultas.

Desde la dimensión sociocultural, la AF ha sido vista como un espacio donde las familias y comunidades pueden reunirse y desarrollar vínculos sociales y comunitarios. Lo anterior fue evidenciado por Nelson, A. et al. (2010) usando el modelo ecológico en una revisión de la literatura sobre actividad física en indígenas australianos. Para ellos la actividad física proporciona oportunidades para las conexiones sociales. En esta misma revisión se encontró que en adultos indígenas urbanos la AF es incluida en una red de significados que permiten la integración de los sujetos con sus familias, a su vez con la comunidad (Tabla anexo 1, cita 5). Igualmente, para otras comunidades indígenas australianas la AF es un lugar de participación social que se produce tanto en la vinculación a la misma actividad, como en la organización y gestión logística de estas actividades (Tabla anexo 1, cita 6).

La AF desde el enfoque conductual, es considerada por indígenas australianos como un

camino hacia “el ser civilizado” (cambio de costumbres y hábitos de las civilizaciones modernas). Sin embargo, existe diversos factores socioeconómicos que no favorecen su cumplimiento como por ejemplo la inequidad social, acceso a la educación superior, el acceso a servicios y programas sanitarios (Tabla anexo 1, cita 7) (Booth & Tatz, 2000, citado por Nelson et al. 2010). Desde esta misma óptica, Cameron y MacDougall (2000), consideran que la AF puede ser “una fantasía” que permite escapar de la realidad del día a día de los conflictos familiares, la falta de vivienda, o las tentaciones de consumir alcohol o drogas psicotrópicas (Tabla anexo 1, cita 8).

En los estudios analizados la AF se direcciona en concordancia con la definición por parte de la OMS (2016). Es así, como la AF es comprendida por los autores como ejecuciones, ejercitaciones, aplicaciones, actividades o movimientos físicos de una amplia variedad, que organizados en diferentes espacios de práctica, como por ejemplo, en prácticas deportivas, clases de educación física, actividades en el tiempo libre, en el tiempo de ocio o descanso, en las diversas formas de transporte, las ocupaciones profesionales o laborales, en espacios familiares, domésticos o del hogar, entre otros.

Dentro de la literatura se evidencia variedad de actividades consideradas AF, entre ellas, limpieza del hogar, cuidado de los niños, actividades de reparación de viviendas, lavar el auto, trabajos de jardinería, actividades de baile, actividades de acondicionamiento, deportes, caminata, desplazamientos hacia el trabajo a paso ligero, actividades religiosas, levantar, cargar o empujar objetos, etc. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a su práctica según la procedencia cultural, factores climáticos, disponibilidad de recursos económicos o ubicación geográfica de los sujetos. Por ejemplo, Ainsworth et al. (1999), encontró en 111 mujeres afroamericanas mayores de 40 años que residen en Carolina del Sur menores niveles de prácticas de AF en comparación de 107 mujeres indígenas nativos residentes en Pueblo y Navajo en Nuevo México (USA), aunque la mayoría de AF realizadas por ambos grupos fueron actividades agrícolas como cortar césped o jardín y quehaceres del hogar (Tabla anexo 1, cita 9). Esto quiere decir que la AF para estas poblaciones está inmersa dentro de sus actividades cotidianas del hogar o trabajo y no interpretadas como un programa aislado de ejercicios especiales para mejorar la salud. Ninguno de los sujetos del estudio participaba en programas de AF con el objetivo de mejorar la salud.

Por su parte, Simons-Morton et al. (1997), encontró que niños de tercer grado que residen en el estado de California realizaban más AF que los niños residentes de Texas y Louisiana (USA) . Estas diferencias se deben a un mayor apoyo social y comprensión de los beneficios de la AF, originados por programas de promoción de la salud en California y ausentes en Texas y Louisiana (Tabla anexo 1, cita 10).

Otras poblaciones como Filipinas no consideran varias de las actividades anteriormente mencionadas como actividades físicas (por ejemplo, labores del hogar o trabajo) (Tabla anexo 1, cita 11). Dichas actividades son tradicionalmente consideradas parte de la jornada habitual, y desde su comprensión las prácticas de actividad física son ejercitaciones especiales para el mantenimiento del cuerpo y mejora de la condición física (Caperchione et al., 2011).

Igualmente, prácticas como la caza o adquisición de alimentos en la naturaleza en comunidades aborígenes australianas son concebidas como actividades de su cotidianidad que se realizan en familia y son componentes esenciales de socialización dentro de la propia comunidad. Además, para estas poblaciones estas prácticas no son vistas como actividades físicas para la mejorar la salud (Tabla anexo 1, cita 12) (Thompson, Gifford, & Thorpe, 2000). Ciertas prácticas físicas como juegos tradicionales indígenas eran realizados por muchas comunidades indígenas, siendo actualmente poco realizados (Atkinson, 1990). Lo anterior, ha generado en adultos aborígenes australianos considerar las prácticas individuales de actividad física dirigidas hacia la mejora de la salud y acondicionamiento físico como una forma de “desconexión social y prácticas vergonzosas” (Tabla anexo 1, cita 13), al considerar que sus practicantes se centran en ellos mismos y no en las relaciones sociales dentro de su comunidad. Sin embargo, los jóvenes indígenas australianos consideran estas prácticas individuales como una oportunidad de relajación y un descanso de los problemas sociales que viven, entre ellos, marginación por parte del estado, desigualdad social, desempleo, etc. (Macdonald, Abbott, & Jenkins, 2012; Nelson, Abbott, et al., 2010; Nelson, Macdonald, & Abbott, 2010).

Entre las prácticas de AF encontradas en la literatura, algunas mujeres Bosnias reconocieron dentro de sus prácticas religiosas a la oración como una forma de actividad física, debido a los movimientos hacia arriba y abajo que realiza el cuerpo, y el ascenso y descenso de los brazos

constantemente durante la visita al templo (Caperchione et al., 2011). Dentro de los currículos escolares en algunos colegios de determinadas regiones de Australia se encontró la incorporación de actividades como bailes y juegos autóctonos de los indígenas. Además, permitir modificaciones en la ropa deportiva para que las niñas musulmanas puedan participar de las mismas (Dagkas & Benn, 2006; Edwards, 2008; Macdonald et al., 2009).

La diversidad cultural como categoría emergente genero ciertos condicionamientos a los autores de algunos documentos, ya que optaban en su investigación por una perspectiva occidental del concepto de AF que promueve la responsabilidad del individuo para realizar ejercicio físico, pero esta perspectiva puede no ser culturalmente relevante para algunas poblaciones indígenas, latinas o afroamericanas. Algunas investigaciones se vieron limitadas acerca de los significados culturales de la AF unido a sus prácticas, lo que sugiere que existen diversas formas en las que se comprende la actividad física y que necesita un enfoque multi-metodológico para la comprensión de las formas en que las personas indígenas, afroamericanos o de otra raza navegan sus saberes y prácticas culturales en un contexto específico, teniendo un impacto diferente en la reproducción social de estos conceptos y prácticas (Benitez, Dodgson, Coe, & Keller, 2015; Macdonald et al., 2009; Nelson, Abbott, et al., 2010).

Lo anterior, refleja la diversidad conceptual acerca de la AF, algunas poblaciones comprenden la AF como una serie de actividades orientadas a un objetivo específico como lo es la mejora de la salud o el acondicionamiento físico, y otras poblaciones, como actividades de socialización, comunicación e integración de su entorno cultural. Igualmente, las prácticas de AF entre los autores de los documentos y la población objeto de sus estudios tuvieron un significado diverso, desde actividades exclusivas hacia la mejora de la salud y la condición física, a una serie de actividades inmersas en sus ocupaciones y quehaceres diarios, por lo que la reproducción de estas prácticas en su contexto dependerá de diversos factores (DSS), donde en algunos casos, la propia identidad cultural es preservada en el tiempo al igual que sus prácticas de AF. En otros casos, sus características culturales y prácticas de AF son modificadas y replanteadas por diferentes factores que se enunciaran en el apartado de determinantes social de la salud (Anderson, Wojcik, Winett, & Williams, 2006; Martinez, Ainsworth, & Elder, 2008; Simons-Morton et al., 1997).

4.2.2. Relaciones entre imagen corporal y actividad física.

La imagen corporal (IC) en la literatura revisada fue entendida por los autores como “la representación de nuestro cuerpo en la mente; es decir, la manera en la que el cuerpo se nos presenta” (Schilder, 1935, p.11. citado por Scatolin, 2012), esta a su vez, ha sido relacionada con los niveles de actividad física en diversas poblaciones y etnias, tanto en niños, adolescentes y adultos, con mayor énfasis en adolescentes mujeres. Los autores han considerado que una IC negativa incide en la reducción en la práctica de AF, a su vez, en prácticas no supervisadas como dietas restrictivas de ciertos alimentos y hábitos que ponen en riesgo la salud (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor, & López-Miñarro, 2013).

Los medios de comunicación en las culturas occidentales han promovido una forma de cuerpo ideal, deseable, saludable y fácil de alcanzar por todos, a través de discursos en torno al camino a la salud por la vía de comer bien y la AF, entre otras. Sin embargo, esta noción de cuerpo se ha tornado hacia una forma de control corporal, donde en ocasiones los sujetos con sobrepeso, obesidad o una apariencia física que no se ajusta a ese cuerpo ideal han sido retratados como perezosos e indeseables (Tinning & Glasby, 2002). Sin embargo, esta visión occidental parece beneficiar a ciertas clases sociales, enmascarando la realidad de que no todas las personas tienen las mismas oportunidades para lograr y mantener la salud, además de ser físicamente activos (Gard & Wright, 2001; Gomez-Peresmitre & Acosta-Garcia, 2000).

A pesar de lo anteriormente expuesto, la investigación de Korn et al. (2013) evidencia que una buena condición física debido a la práctica de AF contribuye a una imagen corporal positiva en Israelíes universitarios, teniendo percepciones significativamente más positivas los hombres en comparación con las mujeres. Esta imagen corporal distorsionada en mujeres refleja menores niveles de AF y prácticas no saludables como alteraciones en los patrones y conductas alimentarias normales (Biro, Striegel-Moore, Franko, Padgett, & Bean, 2006; Schmalz, Deane, Birch, & Davison, 2007).

Por otra parte, los sujetos pueden tener percepciones distintas de imagen corporal según el contexto cultural o ubicación geográfica, por ejemplo Kopcakova et al. (2014) contrariamente a lo anteriormente expuesto, en su estudio en jóvenes de 11 a 15 años (n=8042) de Eslovaquia,

hallo que en mujeres no hubo diferencia en cuanto a los niveles de AF si tenían una mala imagen corporal, contrario a lo evidenciado en hombres, donde se asoció una mala imagen corporal con una menor probabilidad de alcanzar el nivel de AF recomendado. Currie et al. (2012), hallo en niños y niñas de Europa occidental y central una imagen corporal distorsionada, reportando ser “demasiado gordo” y poca aceptación con su apariencia física, contrario a lo que evidenciaron los niños y niñas de Europa del este (Tabla anexo 2, cita 1).

En culturas orientales como Japón, caracterizada por ser una sociedad en gran parte homogénea con creencia religiosa sintoísta o budista en más del 95% su población, las mujeres tienen una imagen corporal conservadora respecto a su apariencia física, optando por un ideal de mujer elegante, ordenada, que actúa en beneficio de su familia, mostrando sumisión, obediencia a figuras de autoridad patriarcal y centrándose en aspectos como su atuendo, la realización de la danza tradicional, ceremonias religiosas, etc., donde la AF no es la única vía para llegar al ideal de la mujer japonesa (Tabla anexo 2, cita 2). Es decir, que en esta población la IC va más allá de la apariencia física externa, se compone de una serie de elementos de su idiosincrasia como el vestuario, actitudes, comportamientos o presentación personal, elementos que van más allá del cuerpo físico (Araki et al., 2013). Lo anterior, también se ha observado en otras poblaciones, como por ejemplo, en mujeres adolescentes de Singapur y China, tanto budistas e hindúes (Araki et al., 2013; Porter, 2001).

4.2.3. Interculturalidad, actividad física y determinantes sociales de la salud.

La interculturalidad para Almaguer-González, Vargas-Vite, and García-Ramírez (2014) “implica una relación donde varios grupos culturales diferentes conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos... existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos... como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social” (p.19). Sin embargo, la literatura analizada refleja que algunas políticas contra la discriminación han colocado a pueblos indígenas como un grupo minoritario, con desventajas y escasos recursos, considerándolos generadores de conductas no saludables, en lugar de fuentes de identidad cultural y espacios de convivencia social (Bond, 2005).

Algunas políticas han creado brechas en poblaciones indígenas y no indígenas entorno a la salud. Por ejemplo, dos tercios de la población indígena en el Estrecho de Torres y la Península de la Región Norte en Australia son menores de 25 años, por tanto la salud en niños y jóvenes es fundamental en la población general de estas regiones. Sin embargo, presentan una alta prevalencia de enfermedades crónicas asociadas con un estilo de vida sedentario; no se han tenido en cuenta factores estructurales, políticos, sociales, históricos, climáticos e históricos que impiden o limitan la práctica de AF. Además, en su contexto macro-social relacionado con los DDS estructurales como el colonialismo, la discriminación y el desalojo de sus regiones, por muchos años ha generado altos niveles de estrés emocional por situaciones de violencia y duelo frecuente, colocando estas poblaciones en riesgo de dificultades sociales y emocionales, con bajos niveles educativos, mayores niveles de desempleo e ingresos más bajos que la población no indígena, por lo que estos factores pueden tener un impacto en el tiempo disponible y las oportunidades de acceso a la AF. A pesar de ello, la actividad física y el deporte en particular ha sido defendida como un “remedio” para la situación de desventaja que sufren los jóvenes indígenas, proporcionando una oportunidad para una mayor movilidad socio-económica y reconocimiento social (Abbott et al., 2008; Holmes, Stewart, Garrow, Anderson, & Thorpe, 2002; Nelson, Abbott, et al., 2010; Thomson et al., 2010).

Algunas etnias inmigrantes residentes en Australia, indicaron que traumas post-guerras, el nivel socioeconómico, el aislamiento social, las actividades culturalmente tradicionales, las creencias y obligaciones religiosas influyen notablemente en la práctica de AF (mujeres de Bosnia, habla árabe, filipinas y sudaneses). Además, expresan que factores estructurales de su país de origen les facilitaba realizar más AF; por ejemplo, en Egipto, muy pocas personas tienen automóviles, por consiguiente la mayoría de los desplazamientos los pobladores lo realizan caminando, los ascensores en algunos centros de mercado (si los hay) normalmente no funcionan y hay que utilizar las escaleras (Tabla anexo 3, citas 1). Contrariamente a lo vivido en el nuevo país, donde el estilo de vida está sujeto a la dependencia de objetos y avances tecnológicos (Caperchione et al., 2011).

Por otra parte, algunos investigadores encontraron que la mayoría de sujetos inmigrantes residen en zonas de altas tasas de criminalidad e inseguridad, además de instalaciones deportivas

en malas condiciones por lo que se ve comprometida la práctica de AF fuera del hogar. Igualmente mujeres inmigrantes con traumas post-guerra han evidenciado estados depresivos y estrés, conllevando a desmotivación hacia la AF y un exceso en el consumo de alimentos (Araki et al., 2013; Caperchione et al., 2011). Abbott et al. (2008), por su parte confirma que muchos inmigrantes tenían mayores recursos económicos e ingresos salariales en su país de origen, en donde tenían los recursos económicos para tener empleadas de servicio doméstico o familiares que pudieran hacerse cargo de sus hijos y así tener espacios para realizar AF.

Por otra parte, la falta de comprensión de las normas culturales de ciertas poblaciones en el proceso de interculturalidad se ha visto irrumpida por políticas y medidas de seguridad estatal. Por ejemplo, mujeres sudanesas llevan sus hijos pequeños sujetados a su espalda para ayudar a mantener su fuerza (como una forma de actividad física), pero han sido impedidas de hacerlo por la policía de Australia, además, de carecer de apoyo social y aislamiento por parte de los ciudadanos del país (Caperchione et al., 2011).

Sin embargo, a pesar de que los DSS estructurales e intermedios han afectado las comunidades, algunos cambios sociales impulsados por los gobiernos como el acceso a la educación, mayores ingresos económicos, consolidación de la estructura familiar y la promoción de la AF, han permitido aumentar la participación de los sujetos en programas de AF (Gaskin et al., 2012; Korn et al., 2013) (Tabla anexo 3, citas 2 y 3). Por ejemplo, Araki et al. (2013) evidenciaron un aumento en la práctica de AF en mujeres adolescentes cristianas chinas e hindúes residentes en Singapur, debido a políticas impulsadas por el gobierno al fomentar una sociedad multirracial, sin distinción de raza, idioma o religión.

La interculturalidad como categoría de estudio no se encontró de forma explícita dentro de los documentos de análisis, sin embargo, entendida como “la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes” (Almaguer, 2014, p.17), nos aporta ciertas características que permiten dentro de los documentos su identificación. La interculturalidad como un proceso cultural se sustenta en cuatro principios básicos: Reconocimiento de la diversidad, respeto a las diferencias, relaciones equitativas y

enriquecimiento mutuo. Sin embargo, son múltiples los factores que limitarían el cumplimiento de estos principios (Almaguer-González et al., 2014). Es aquí donde los determinantes sociales de la salud como modelo multicausal permite el análisis de los fenómenos en relación a la interculturalidad y la actividad física.

Desde este análisis Ainsworth et al. (1999), encontró estilos de vida más activo en nativos americanos que residían en zonas rurales de Nuevo México que afroamericanos residentes en áreas metropolitanas en Carolina del Sur. Sin embargo, estas diferencias étnicas y raciales pueden influir en la participación en AF aún no son claras (Brough, Bond, & Hunt, 2004; Nelson, Abbott, et al., 2010; Paradies, 2006). Por otro lado, en otras regiones geográficas los contextos urbanos han problematizado el reconocimiento cultural y la identidad legítima de una cultura diferente a la propia, a través de actitudes sociales dominantes de esas zonas urbanas, con el objetivo de mantener sus fuertes identidades culturales. Esto ha generado que poblaciones con unas prácticas de AF y estilos de vida más activos tengan que adaptarse a contextos donde no son reconocidos culturalmente, y sus prácticas de AF sean restringidas por la fuerte identidad de la cultura local.

No siempre los procesos de interculturalidad se han dado, contribuyendo en una mayor práctica de AF, en ocasiones inmigrantes residentes en otros países han manifestado una reducción de la misma debido a la naturaleza de la vida cotidiana del lugar donde ahora residen. Diversos factores como dependencia a los automóviles, suministro de agua potable, dispositivos que ahorran la mano de obra en el hogar, son algunos ejemplos (Evenson, Sarmiento, & Ayala, 2004; Tremblay, Bryan, Pérez, Arden, & Katzmarzyk, 2006).

En un grupo de mujeres (n=110) inmigrantes procedentes de Bosnia, Filipinas, Sudan y de habla árabe (Egipto, Irak, Siria, Jordania, Palestina y Líbano) residentes en tres regiones de Australia (Nueva Gales del Sur en Sidney, Queensland en Brisbane y Victoria en Melbourne), se halló que eran más activas en su país de origen que en el actual, por los aspectos enunciados en el párrafo anterior. Razón por la cual diversos investigadores han llamado a este fenómeno “efecto inmigrante sano”, donde los migrantes tienen buen estado de salud y niveles óptimos de AF a su llegada al país occidental. Sin embargo, con el transcurrir del tiempo esta condición cambia, ya que la migración se asocia con lo que se ha denominado como aculturación, entendida como los cambios en patrones culturales cuando grupos de individuos de diversas culturas entran en

contacto continuo entre sí, siendo la aculturación una categoría emergente dentro de las interacciones sociales dentro de las comunidades (Caperchione et al., 2011; Hosper, Nierkens, Nicolaou, & Stronks, 2007).

Por otro lado, un factor fundamental en los DSS a nivel microestructura en relación a la AF ha sido la familia, sus compañeros o grupo social, tanto para motivar su realización como para limitarla. Algunas evidencias afirman la importancia de desarrollar una red social dentro de la misma comunidad, y con las de otras comunidades para la realización de AF, ya que influyen positivamente en estos comportamientos, al tiempo que proporciona apoyo motivacional y emocional permitiendo abordar la problemática del aislamiento social (Abbott et al., 2008; Burgoyne, Woods, Coleman, & Perry, 2008; Caperchione & Mummery, 2007; Nelson, Macdonald, et al., 2010).

Al igual, experiencias individuales negativas como estrés causado por el impacto de la violencia en sus comunidades, desalojos, colonización, guerras, etc., aunque pudiese entenderse su origen a nivel macro-estructural de estos hechos, el impacto se experimenta a nivel individual. Por ello, diversos aspectos sociales como conflictos políticos, guerras, etc., han generado indirectamente distorsiones en la imagen corporal de algunos sujetos. Por ejemplo, mujeres inmigrantes de Bosnia residentes en Australia, debido al estrés y trauma post-guerra han manifestado distorsión en su imagen corporal, a su vez, estados depresivos que influyen en su capacidad de socializar con los sujetos de la región o comunidad diferente a la propia, reduciendo interacciones en la comunidad positivas como la práctica de AF de forma grupal o en diversos entornos como el familiar o laboral (Donta et al., 2003; Turek et al., 2001).

5. Discusión y conclusiones

En la literatura analizada se confirman lagunas en el conocimiento actual acerca de la triada actividad física, imagen corporal y la interculturalidad relacionándose con diversidad cultural, etnias o razas. Sin embargo, se evidencia un punto de corte en los años de producción académica, donde los documentos antes del 2004 reflejan algunos intentos en comprender la actividad física desde modelos ecológicos, perspectivas donde incluyen políticas públicas, espacios adecuados para su práctica, barreras culturales, etc., es decir, se evidencian algunos aspectos de manera extrínseca en un esfuerzo por tener una mayor comprensión de la AF y la salud, donde se asocian factores como la región geográfica, etnias, acceso a la educación y servicios de salud (Yu, C. et al. 2004; Miller, K. & Gleaves, 2000; Ainsworth, B. et al. 1999; Taylor, T. 1998; Simons-Morton, B. et al. 1997).

Posterior a la instauración de la Comisión de los Determinantes de la Salud por parte de la OMS (2004-2006) la producción académica refleja grandes avances en cuanto a incluir intrínsecamente distintos aspectos relacionados con los determinantes estructurales y sociales de la salud. Por ejemplo, la inequidad social, políticas de promoción, prevención de la salud, entre otras. Aunque no se abordan las estrategias metodológicas de las investigaciones en torno a los determinantes sociales de la salud (Currie, C. et al. 2012; Mejía, L. 2013; Walsh C. 2009; 2010). Lo anterior, evidencia diversos factores que posiblemente afectan su práctica continua en las diferentes etapas de la vida, a su vez, distintos imaginarios frente a la AF en las poblaciones, lo que influye también en su práctica. Aspectos que también fueron evidenciados por Arévalo-Riaño (2017), en una revisión documental, donde afirma, “más allá de un análisis biologicista, se visibilizan otras posibilidades de estudio de AF, que permiten una conceptualización más amplia de la categoría a partir de referentes sociales y culturales”, aspectos que no consideraron los autores de los documentos incluidos en nuestra investigación. Por ejemplo, en el contexto de América Latina, desde la década de los 90, se ha avanzado en un esfuerzo por promover relaciones interculturales (relaciones positivas) entre diversos grupos para reducir la exclusión social, la discriminación y el racismo, esto a través de políticas gubernamentales enmarcadas dentro de lineamientos jurídicos. Aspectos que no se hacen evidentes en la literatura consultada al abordar la triada AF, la IC e Interculturalidad, es decir, la interculturalidad como proceso de

diálogo entre diversas comunidades ligadas a un contexto de equidad social no se da. Por el contrario se observa cómo las comunidades presentan diferentes circunstancias de inequidad social, lo que indica que dentro de las producciones académicas se refleja más el concepto de diversidad cultural, transculturalidad e incluso aculturación.

La AF ha sido vista como parte importante de la vida social de diversas de comunidades, etnias y razas, donde estas pueden reunirse y desarrollar vínculos sociales y comunitarios, donde la interculturalidad aporta los principios básicos para una adecuada interacción social. Por su parte, la imagen corporal es de vital importancia en cuanto a la motivación que esta podría generar para el cumplimiento de los niveles e intensidades de actividad física recomendados por organismos internacionales, aunque se debe considerar los contextos para su interpretación acertada. Igualmente, un aumento en los mensajes y programas de salud pública puede influir con respecto a ello en mayor proporción. Aspectos que han sugerido varios investigadores (Benitez et al., 2015; Vermeesch & Stommel, 2014). Sin embargo, la interculturalidad siendo afectada por la aculturación, como categoría emergente en el proceso de interacción social entre diversas comunidades, se ha asociado a conductas perjudiciales tales como el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, dietas hipercalóricas e inactividad física, lo cual puede potenciar estados depresivos, ausencia de motivación y percepciones alteradas en la propia imagen corporal. Aspecto que desde este trabajo son recomendados a tener en cuenta en su análisis desde los DSS. Adicionalmente, diversos factores estructurales como la etnicidad y el género, y factores intermedios como las condiciones de vida y las barreras para adoptar estilos de vida saludables, condiciones de trabajo, entre otros, deben considerarse a la hora de las intervenciones por parte de los investigadores.

Otra categoría emergente en nuestro trabajo es la raza, donde se evidencia mayores niveles de AF en poblaciones de raza blanca (caucásica) y americana (rojo americano), contrariamente a las razas malayo (sudeste de Asia), amarillo (asiáticos), etiópico (negro) y raza australiana primitiva. Aunque no es claro si existen diferencias entre grupos de tipos de raza y la percepción en la imagen corporal, dadas por la influencia que puede tener en gran medida por el acceso a los medios de comunicación y las tecnologías que transmiten el prototipo ideal de cuerpo. Estos hallazgos fueron expuestas en las investigaciones adelantadas por Gomez-Peresmitre y Acosta-

García (2000), Ramos et al. (2010) y por Vaquero-Cristóbal et al. (2013). En estos trabajos se sugiere profundizar en otros factores influyentes vinculados a los DSS como el lugar que ocupa el poder tanto adquisitivo de las personas, como la AF que contribuye a la mejora de la IC y esta última, convertida como un elemento de poder, y posible manipulación en aquellos que no pueden obtener ese posible cuerpo idealizado por la sociedad y medios de comunicación transitoriamente. Esta categoría emergente, la raza y sus relaciones de poder, no se ha considerado con profundidad en la producción académica en torno a la AF. Los trabajos producidos desde esta aproximación, simplemente muestran que grupo presenta mayores niveles de AF conforme a un gasto energético. Pero no se adentra en cuáles son los factores condicionantes para que se evidencien estos resultados, realizando un análisis desde el abordaje la inequidad social en salud, donde la interculturalidad pueda compararse con una igualdad de condiciones para todos los sujetos.

Es así, como las estrategias y nuevas iniciativas para promover la AF en poblaciones culturalmente diversas son un activo potencial. Sin embargo, en éstas se carece del reconocimiento de la interculturalidad, al igual que los DSS en relación a la práctica de la AF. Es así como Hosper, Klazinga, et al. (2007) y Ramírez-Vélez, et al. (2016) recomiendan considerar las diversas barreras contextuales para la práctica de AF, entre ellas el nivel socioeconómico, las interacciones socioculturales entre diferentes comunidades, el lugar donde se reside, tiempo libre, acceso a programas ofrecidos por el estado u otra organización para la supervisión de la salud, entre otras. Al respecto, Ramírez-Vélez (2016), en una población de 5663 universitarios colombianos con edades entre los 18 a 30 años, expone como la falta de tiempo, la influencia social y la falta de habilidades “motrices”, fueron las barreras más prevalentes para práctica de AF. Lo anterior indica que las categorías raza e interculturalidad no solo nos remite a la categoría de indígena, sino a otros contextos. Una de las perspectivas del enfoque intercultural es la relacional, en la cual nos enfoca al contacto e intercambio más general y básico entre las personas y comunidades, en donde condiciones de igualdad o desigualdad se pueden dar. La interculturalidad no solo remite a las comunidades indígenas, sino que es un proceso o herramienta que se origina desde las personas, como una alternativa para hacer frente a la subalternidad. Por ello, el eje problemático de la interculturalidad no se origina solamente en comunidades indígenas, sino que abarca a todos los sectores la sociedad. Aspectos que desde la

producción del conocimiento de las ciencias sociales han sido consideradas por varios autores como Rivera-Cusicanqui (1999) y Walsh (2009,2010).

Por lo anterior, desde nuestra perspectiva proponemos el concepto de Actividad física intercultural: La actividad física intercultural es aquella práctica física que no solamente produce un gasto energético y que contribuye en la mejora de la salud (diversos aspectos psicofisiológicos) sino que además, permite espacios de integración con otros miembros de la comunidad o encuentro consigo mismo, donde se reconoce la diversidad cultural que ofrece mi entorno dentro de un marco de respeto a las diferencias, generando relaciones de poder equitativas y de enriquecimiento mutuo.

Se puede concluir que, la interculturalidad proporciona herramientas conceptuales que ayudan a los educadores físicos y profesionales afines, a considerar la complejidad y diversidad de comunidades y poblaciones. Además, puede permitir ser consciente del contexto heterogéneo y multifacético en que la AF puede o no tener lugar, para así, evitar enfoques que asuman homogeneidad y monoculturalismo.

Al contrastar los hallazgos de nuestro estudio con la teoría vigente (conceptos sobre AF e IC) propuesta por los autores de los documentos analizados, vemos que no todos los sujetos consideran la AF de la misma manera, ciertas actividades que pueden ser AF para otras comunidades son actividades de la vida cotidiana. Así mismo, la IC siento una representación mental de cómo nos vemos, para algunas comunidades esta IC va mucho más allá de la apariencia física, donde para ellos la IC incluye su forma de vestir, comportarse ante los miembros de su comunidad, conocer y realizar adecuadamente los rituales y danzas de su religión o cultura, aspectos necesarios para ser aceptados por los miembros de su entorno.

Un análisis de los DSS que afectan la participación de diferentes poblaciones o etnias en la AF tiene que ir más allá de una visión de las comunidades como una entidad fija, reconociendo diversos enfoques y significados de la AF para las personas. Además, cualquier iniciativa para su promoción requiere un estudio complejo de las relaciones de poder que implica “lo relacional”

con el fin de ser eficaz y competentes¹ a la hora de llevarla a la práctica.

Algunas iniciativas en la promoción de la AF son producto inevitablemente desde una perspectiva que refleja valores particulares (tendencias norteamericanas y europeas) que son incongruentes con otras comunidades o etnias. Por ello, es esencial que los profesionales de actividad física o educación física sean sensibles a las diferentes concepciones y percepciones que algunos grupos, cultural y lingüísticamente diferentes, puedan tener respecto a la salud y la actividad física.

El presente trabajo de investigación puede en cierto modo proporcionar un conjunto de herramientas conceptuales que faciliten la discusión sobre la AF, la IC y la interculturalidad, desde el modelo de DSS, el cual busca la comprensión de las interacciones entre comunidades, razas, etnias, géneros y sus diferentes implicaciones, como elementos que influyen en los conceptos de AF, sus prácticas, la IC y por ende en la salud de las comunidades.

¹ El ser competentes se relaciona con lo que define la competencia cultural como la posibilidad que tienen las personas para trabajar en diferentes contextos interculturales con sensibilidad local.

6. Recomendaciones

En la literatura analizada se evidencia que las mujeres se presentan como agentes pasivas en sus comunidades respecto a la AF, es decir, solo se limitan a la participación en los estudios respondiendo las encuestas o cuestionarios de los investigadores, por ello se exhorta a los profesionales de las ciencias de la salud y de la AF deben trabajar por el empoderamiento de las mujeres y su inclusión, animándolas a que asuman funciones en el diseño y desarrollo de programas de AF, que ellas puedan vincular en la aplicación de estos programas en las propias comunidades, contribuyendo a generar cambios significativos y adecuadas a los miembros de su comunidad y reduciendo la discriminación de género.

Por otro lado, la conformación de equipos interdisciplinarios para el diseño de programas de AF en diversos contextos es indispensable. La participación de sociólogos, trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos, médicos de la AF o Deporte, fisioterapeutas, educadores físicos y carreras afines, es necesario, ya que desde diversas áreas del saber se pueden dar aportes teóricos y metodológicos para un acercamiento más sensible y profundo a las comunidades en beneficio de la salud a través de la AF; permitiendo un enfoque multi- metodológico maximizando el impacto de sus propuestas.

Por lo anterior, se recomienda adaptar las estrategias en iniciativas nuevas y únicas para promover AF entre poblaciones culturalmente distintas, facilitando los procesos interculturales que beneficien a todas las partes involucradas en relación a la AF y una adecuada IC. La comprensión de cómo llevar a cabo programas y propuestas de AF atractivas para los niños, adolescentes y adultos es un aspecto clave, donde exploren y experimenten diversas actividades tanto dentro de las instituciones educativas como fuera de ellas. Estas iniciativas deben permitir a través de las mismas, la formación de grupos sociales dentro de las comunidades que mitiguen la influencia de los diversos determinantes sociales de la salud que limiten la AF; no sin antes tener en cuenta algunas barreras para la práctica de la AF, aspectos que fueron expuestos anteriormente.

Aspectos religiosos y culturales deben tenerse en cuenta a la hora de diseñar los programas de AF, aprovechar las actividades cotidianas o laborales de las comunidades, igualmente, aquellas que realizan para compartir con sus semejantes, para ser utilizadas como una estrategia donde

incluir la AF de una manera “inteligente” con el objetivo de mejorar su salud y promover la AF. Aprovechar actividades que realizan en sus hábitos diarios como la pesca, transportar alimentos, los medios de transporte y que requieren un esfuerzo físico para reestructurarlos de una forma sistemática, atractiva y participativa de la comunidad, ya sea con una motivación intrínseca o extrínseca, pero que obtenga el propósito para el cual es diseñada (mejorar la salud y la IC a través de la AF).

No limitarse por aspectos de infraestructura y presupuesto que poseen las grandes ciudades sino adaptar las herramientas (escasos gimnasios, carencia de energía eléctrica, medios electrónicos como equipos de sonido, etc.), espacios de infraestructura y medios que están al alcance de la comunidad para el diseño y organización de los programas de AF.

Aprovechar las actividades físicas no dirigidas que realizan los sujetos para buscar el camino donde se puedan organizar, estructurar y volverlos programas de AF específicos y propios de una comunidad determinada. Lo anterior, posiblemente conlleve a generar investigación-acción participativa, es decir, la participación conjunta de los investigadores (equipo multidisciplinar - profesionales de diversas áreas del conocimiento), con los miembros de la comunidad, en las diferentes fases de la investigación, lo que conlleva a procesos de familiarización de ambas partes (investigadores-comunidad), el planteamiento de temas que se desean abordar, es decir, demandas sentidas y específicas de las comunidades, la forma de abordarlas, las acciones determinadas para conseguir los objetivos planteados, la respectiva evaluación y retroalimentación, para finalmente llegar a la generación de nuevo conocimiento originado de las experiencias investigativas.

A partir de los hallazgos en este trabajo se insta a desarrollar proyectos de investigación en torno a aspectos más específicos de los DSS como por ejemplo, los determinantes estructurales de la salud relacionado con las políticas públicas en torno a la AF. Igualmente, en determinantes intermedios de la salud (circunstancias materiales como las condiciones de vida y trabajo), los factores conductuales y psicosociales que permitan una mayor cohesión social en torno a la AF y la promoción de la salud. Así mismo, diseño de programas de AF que beneficien en nuestro contexto colombiano los diferentes procesos sociopolíticos que se han venido dando en los

últimos años como por ejemplo, migraciones de comunidades indígenas, migración de ciudadanos procedentes principalmente de Venezuela y otros países suramericanos. Igualmente, abordar y contribuir a través de la AF en los procesos de desmovilización y reinserción a la sociedad que se vienen dando en diferentes grupos armados al margen de la ley como lo son desmovilizados de las FARC, AUC, ELN, entre otros.

7. Limitaciones de la investigación

La relación entre las categorías de análisis de nuestro estudio (Actividad física, imagen corporal e interculturalidad) no se evidenció implícitamente en los documentos analizados, a pesar de encontrarse varios estudios de corte cualitativo.

Los documentos analizados en la presente investigación se encuentran en idioma inglés y portugués, puesto que los artículos en idioma español fueron escasos y no cumplieran con los parámetros de calidad establecidos por las herramientas CASPe y STROBE.

La presente revisión documental descarto material bibliográfico como libros, tesis de maestría y doctorado, que posiblemente pueden dar aportes y referentes al contexto latinoamericano, y a su vez, orientar futuras investigaciones incluyendo categorías de análisis como la raza o aculturación.

8. Referencias

- Abbott, R., Jenkins, D., Haswell-Elkins, M., Fell, K., MacDonald, D., & Cerin, E. (2008). Physical activity of young people in the Torres Strait and Northern Peninsula Region: An exploratory study. *Aust J Rural Health, 16*, 278–282. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1584.2008.00979.x>
- Acosta-García, M. V., & Gómez-Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta: una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *Int J Clin Health Psychol, 3*(1), 9-21.
- Ainsworth, B. E., Irwin, M. L., Addy, C. L., Whitt, M. C., & Stolarczyk, L. M. (1999). Moderate Physical Activity Patterns of Minority Women: The Cross-Cultural Activity Participation Study. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 8*(6), 805-813. doi: 10.1089/152460999319129
- Almaguer-González, J. A., Vargas Vite, V., & García Ramírez, H. (2014). *Interculturalidad en salud: experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México, D.F.: Biblioteca Mexicana del Conocimiento.
- Álvarez-Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud, más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud, 8*(17), 69-79.
- Anderson, E. S., Wojcik, J. R., Winett, R. A., & Williams, D. M. (2006). Social-cognitive determinants of physical activity: the influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation among participants in a church-based health promotion study. *Health Psychology, 25*(4), 510.
- Araki, K., Kodani, I., Gupta, N., & Gill, D. L. (2013). Experiences in sport, physical activity, and physical education among Christian, Buddhist, and Hindu Asian adolescent girls. *Journal of Preventive Medicine and Public Health, 46*(SUPPL.1), S43-S49. doi: 10.3961/jpmph.2013.46.S.S43
- Arévalo-Riaño, M. A. (2017). *Actividad física, imagen corporal y clase social: un análisis a la literatura científica desde los modelos de determinantes sociales de la salud y determinación social de la salud*. (Tesis de Maestría), Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.
- Atkinson, J. (1990). Violence in Aboriginal Australia: colonisation and gender. *Aboriginal and Islander health worker journal, 14*(2), 5.
- Babativa-Rodriguez, O. E. (2016). *La posición socio económica en el campo de la actividad física y su relación con la imagen corporal: Aproximación desde el enfoque determinantes/determinación social de la salud*. (Tesis de maestría), Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.
- Barragán, H., Moiso, A., Mestorino, M., Ojea, O., & Barragán, H. (2007). *Fundamentos de salud pública*. La Plata, Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Benitez, T. J., Dodgson, J. E., Coe, K., & Keller, C. (2015). Utility of Acculturation in Physical Activity Research in Latina Adults An Integrative Review of Literature. *Health Education & Behavior, 43*(3), 256-270. doi: 10.1177/1090198115601042
- Biro, F. M., Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Padgett, J., & Bean, J. A. (2006). Self-Esteem in Adolescent Females. *Journal of Adolescent Health, 39*(4), 501-507. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.03.010
- Blackman, L., Hunter, G., Hilyer, J., & Harrison, P. (1988). The effects of dance team

- participation on female adolescent physical fitness and self-concept. *Adolescence*, 23(90), 437-448.
- Bond, C. J. (2005). A culture of ill health: public health or Aboriginality? *The Medical Journal Of Australia*, 183(1), 39-41.
- Brough, M. K., Bond, C., & Hunt, J. (2004). Strong in the city: toward a strength based approach in indigenous health promotion. *Health Promotion Journal of Australia*, 15(3), 215-220.
- Brown, S. W., Welsh, M. C., Labbé, E. E., Vitulli, W. F., & Kulkarni, P. (1992). Aerobic exercise in the psychological treatment of adolescents. *Perceptual and motor skills*, 74(2), 555-560.
- Buck, C. (1996). Después de Lalonde: la creación de la salud. *Promoción de salud: una antología. Publicación científica*(557), 3-14.
- Burgoyne, L. N., Woods, C., Coleman, R., & Perry, I. J. (2008). Neighbourhood perceptions of physical activity: a qualitative study. *BMC Public Health*, 8, 101-109.
- Caballero, E., Moreno, M., Sosa, M., Mitchell, E., Vega, M., & Columbié, L. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista Infodir*, 8(15), 1-10.
- Cabello, J. B. (2005). por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. *CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe*, 13-19.
- Camargo, D. A., Gómez, E. A., Ovalle, J., & Rubiano, R. (2013). La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, (supl 1): S116-S125.
- Cameron, M., & MacDougall, C. (2000). Crime Prevention Through Sport and Physical Activity. *Trends & Issues in Crime & Criminal Justice*(165), 1.
- Cancela-Carral, J. M., & Ayán-Pérez, C. (2011). Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. *Rev Esp Salud Pública*, 85(5), 499-505.
- Cano-Arana, A., González-Gil, T., & Cabello-López, J. (2010). CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. *CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe*, 3-8.
- Caperchione, C., Kolt, G. S., Tennent, R., & Mummery, W. K. (2011). Physical activity behaviours of Culturally and Linguistically Diverse (CALD) women living in Australia: A qualitative study of socio-cultural influences. *BMC Public Health*, 11(1), 1-10. doi: 10.1186/1471-2458-11-26
- Caperchione, C., & Mummery, K. (2007). Psychosocial mediators of group cohesion on physical activity intention of older adults. *Psychology, Health & Medicine*, 12(1), 81-93. doi: 10.1080/13548500600768254
- Castilla, B. (1994). *Noción de persona en Xavier Zubiri - Una aproximación al género* (Tesis Doctoral), Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Celis-Morales, C. A., Perez-Bravo, F., Ibañez, L., Salas, C., Bailey, M. E., & Gill, J. M. (2012). Objective vs. self-reported physical activity and sedentary time: Effects of measurement method on relationships with risk biomarkers. *PloS one*, 7(5), 1-10.
- Cogan, J. C., Bhalla, S. K., Sefa-Dedeh, A., & Rothblum, E. D. (1996). A comparison study of United States and African students on perceptions of obesity and thinness. *J Cross Cult Psychol*, 27(1), 98-113. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0022022196271007>
- Corbett, C., Nogueira, Cunha-Fernandes, & Tavares, M. (2013). Atividade física, Género e Imagem Corporal. *Physical activity, gender and body image*, 32(3), 307-320.
- Cororve, M., Gleaves, D. H., & Pearson, C. A. (2004). On the methodology of body image

- assessment: the use of figural rating scales to evaluate body dissatisfaction and the ideal body standards of women. *Body Image*, 1(2), 207-212. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.01.003>
- Correa-Bautista, J. E. (2010). *Documento marco que sustenta la relación del grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano con los currículos de programas de pregrado de rehabilitación de la escuela de medicina y ciencias de la salud*. Universidad del Rosario, Bogotá.
- Cortés-García, C. M. (2016). *Representaciones sociales del cáncer de cuello uterino en mujeres Wayuu, en prestadores de servicios de salud y en tomadores de decisión del municipio de Uribia del departamento de La Guajira, Colombia*. (Tesis Doctoral), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
- Cunningham, J., & Beneforti, M. (2005). Investigating indicators for measuring the health and social impact of sport and recreation programs in Australian indigenous communities. *International Review for the Sociology of Sport*, 40(1), 89-98. doi: 10.1177/1012690205052170
- Currie, C., et al. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe
- Dagkas, S., & Benn, T. (2006). Young Muslim women's experiences of Islam and physical education in Greece and Britain: a comparative study. *Sport, Education and Society*, 11(1), 21-38. doi: 10.1080/13573320500255056
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for future studies.
- De Hoyo, M., & Sañudo, B. (2007). Motivos y hábitos de práctica de actividad física en escolares de 12 a 16 años en una población rural de Sevilla. *Rev Int Med Cienc Act Fis Deporte* 26(7), 87-98.
- De la Serna, I. (2004). Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monografías de psiquiatría*, 16(2), 1-2.
- Devis, J., & Peiró, C. (1993). La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: la escuela y la educación física. *Revista de Psicología del Deporte*, 2(2), 71-86.
- Diez, M. L. (2004). Reflexiones en torno a la interculturalidad. *Cuadernos de antropología social*(19), 191-213.
- Donta, S. T., Clauw, D. J., Engel Jr, C. C., Guarino, P., Peduzzi, P., Williams, D. A., . . . Kazis, L. E. (2003). Cognitive behavioral therapy and aerobic exercise for Gulf War veterans' illnesses: a randomized controlled trial. *Jama*, 289(11), 1396-1404.
- Edwards, K. (2008). *Yulunga: Traditional indigenous games*. Australia: Australian Sports Commission.
- Eisenberg, R. (2007). Corporeidad, movimiento y educación física. *La investigación educativa en México. Estudios Conceptuales Libro I. Estudios cuali-cuantitativos Libro II*.
- Esnaola, I., Rodríguez, A., & Goñi, A. (2010). Body dissatisfaction and perceived sociocultural pressures: gender and age differences. *Salud mental*, 33(1), 21.
- Evenson, K. R., Sarmiento, O. L., & Ayala, G. X. (2004). Acculturation and physical activity among North Carolina Latina immigrants. *Social Science & Medicine*, 59, 2509-2522. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.04.011
- Fajardo, E., & Ángel, L. A. (2012). Prevalencia de sobrepeso y obesidad, consumo de alimentos y patrón de actividad física en una población de niños escolares de la ciudad de Bogotá. *Rev Fac Med* 20(1), 101-116.
- Fornet-Betancourt, R. (2006). *La interculturalidad a prueba* (Vol. 43): Mainz.

- Fornet-Betancourt, R. (2009). Interculturalidad en procesos de subjetivización: México: Sepcgib.
- Fox, K. R. (1988). The self-esteem complex and youth fitness. *Quest*, 40(3), 230-246.
- Friel, S., & Marmot, M. G. (2011). Action on the social determinants of health and health inequities goes global. *Annual review of public health*, 32, 225-236.
- Frisby, W. (2011). Promising Physical Activity Inclusion Practices for Chinese Immigrant Women in Vancouver, Canada. *Quest*, 63(1), 135-147.
- García, E. (2009). Fenomenología del cuerpo vivido y filosofía del viviente (M. Merleau-Ponty y G. Canguilhem). *Acta Fenomenológica Latinoamericana*, 3, 523-538.
- Gard, M., & Wright, J. (2001). Managing uncertainty: Obesity discourses and physical education in a risk society. *Studies in philosophy and education*, 20(6), 535-549.
- Garzón-Molina, N. M., & Rodríguez-León, D. L. (2012). *Desarrollo de Intervenciones en Actividad Física en Brasil y Colombia*. (Especialización en Administración en Salud Pública), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Gaskin, P. S., Lai, P., Guy, D., Knight, J., Jackson, M., & Nielsen, A. L. (2012). Diet, Physical Activity, Weight Status, and Culture in a Sample of Children from the Developing World. *Journal of Nutrition & Metabolism*, 1-8. doi: 10.1155/2012/242875
- Giraldo, D., Poveda, E., Forero, Y., Mendivil, C., & Castro, L. (2008). Actividad física autorreportada, comparación con indicadores antropométricos de grasa corporal en un grupo de escolares de Bogotá y de cinco departamentos del centro-oriente, Colombia 2000-2002. *Biomédica*, 28(3), 386-395.
- Gomez-Peresmitre, G., & Acosta Garcia, M. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. Una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*, 11(1), 35-58.
- Gómez, R. D. (2002). La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1), 101-116.
- González-Castañeda, J. L. (2016). *Actividad física e imagen corporal: conceptos y enfoques desde la equidad-inequidad en salud*. (Tesis de Maestría), Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.
- González, S. A., Sarmiento, O. L., Cohen, D. D., Camargo, D. M., Correa, J. E., Páez, D. C., & Ramírez-Vélez, R. (2014). Results From Colombia's 2014 Report Card on Physical Activity for Children and Youth. *Journal of Physical Activity and Health*, 11((Supp 1)), S33-S44. doi: <http://dx.doi.org/10.1123/jpah.2014-0170>
- Goñi, A., Esnaola, I., Ruiz de Azua, S., Rodriguez, A., & Zulaika, L. (2003). Autoconcepto físico y desarrollo personal: perspectivas de investigación. *Revista de psicodidáctica*, 15(16), 7-62.
- Guigñan, O., & Reyes, I. (2011). Dislipidemia en niños y adolescentes de las escuelas básicas del Perú y Puente Rico Tocopero, Estado de Falcón. 7º Congreso Internacional de Cardiología. *Federación Argentina de Cardiología*, 1-4.
- Gunter, M. (2002). Maturation, separation and social integration. Some developmental psychology aspects of childhood sports. *Prax der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51(4), 298-312.
- Hayes, S., Crocker, P., & Kowalski, K. (1999). Gender differences in physical self-perceptions, global self-esteem and physical activity: Evaluation of the physical self-perception profile model. *Journal of Sport Behavior*, 22(1), 1-14.
- Henriksen, E. J. (2002). Invited Review: Effects of acute exercise and exercise training on insulin resistance. *J Appl Physiol*, 93, 788-796. doi: <http://dx.doi.org/10.1152/jappphysiol.01219.2001>

- Holmes, W., Stewart, P., Garrow, A., Anderson, I., & Thorpe, L. (2002). Researching Aboriginal health: experience from a study of urban young people's health and well-being. *Social Science & Medicine*, 54, 1267-1279. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00095-8
- Hosper, K., Klazinga, N. S., & Stronks, K. (2007). Acculturation does not necessarily lead to increased physical activity during leisure time: a cross-sectional study among Turkish young people in the Netherlands. *BMC Public Health*, 7, 230-239. doi: 10.1186/1471-2458-7-230
- Hosper, K., Nierkens, V., Nicolaou, M., & Stronks, K. (2007). Behavioural risk factors in two generations of non-Western migrants: do trends converge towards the host population? *Eur J Epidemiol*, 22(3), 163-172.
- Intra, M. V., Roales-Nieto, J., & Moreno, E. (2011). Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo.
- Jankauskienė, R., & Kardelis, K. (2005). Body image and weight reduction attempts among adolescent girls involved in physical activity. *Medicina*, 41(9), 796-801.
- Jaramillo, L. G., & Trigo, E. (2005). La corporeidad de América Latina: ideas para un currículo en motricidad y desarrollo humano. *Investigación Educativa [en línea]*, 1(2).
- Jiménez-Rodríguez, J. (2016). *Actividad física, imagen corporal y condiciones de vida. Un abordaje teórico desde los determinantes y la determinación social de la salud*. (Tesis de maestría), Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.
- Knipper, M. (2010). Más allá de lo indígena: salud e interculturalidad a nivel global. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 94-101.
- Kohl, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., & Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*, 380, 294-305. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60898-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60898-8)
- Kopcakova, J., Veselska, Z. D., Geckova, A. M., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2014). Is Being a Boy and Feeling Fat a Barrier for Physical Activity? The Association between Body Image, Gender and Physical Activity among Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(11), 167-176.
- Korn, L., Gonen, E., Shaked, Y., & Golan, M. (2013). Health perceptions, self and body image, physical activity and nutrition among undergraduate students in israel. *PloS one*, 8(3), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0058543
- Le Boulch, J. (1997). *El movimiento en el desarrollo de la persona: Paidotribo*.
- López-Noguero, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI Revista de Educación*, 4, 167-179.
- Macdonald, D., Abbott, R., & Jenkins, D. (2012). Physical Activity of Remote Indigenous Australian Women: A Postcolonial Analysis of Lifestyle. *Leisure Sciences*, 34(1), 39-54. doi: 10.1080/01490400.2012.633854
- Macdonald, D., Abbott, R., Knez, K., & Nelson, A. (2009). Taking Exercise: Cultural Diversity and Physically Active Lifestyles. *Sport, Education and Society*, 14(1), 1-19.
- Marmot, M. (2000). Social determinants of health: from observation to policy. *The Medical Journal of Australia*, 172(8), 379-382.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (2005). *Social determinants of health*: OUP Oxford.
- Marsh, H. W., & O'Neill, R. (1984). Self description questionnaire III: the construct validity of multidimensional self-concept ratings by late adolescents. *Journal of Educational Measurement*, 21(2), 153-174.
- Marsh, H. W., & Peart, N. D. (1988). Competitive and cooperative physical fitness training programs for girls: Effects on physical fitness and multidimensional self-concepts.

- Journal of sport and Exercise Psychology*, 10(4), 390-407.
- Marsh, H. W., Relich, J. D., & Smith, I. D. (1983). Self-concept: The construct validity of interpretations based upon the SDQ. *Journal of Personality and social psychology*, 45(1), 173.
- Marsh, H. W., Richards, G. E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of sport and Exercise Psychology*, 16(3), 270-305.
- Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational psychologist*, 20(3), 107-123.
- Martínez, L., Saldarriaga, J. F., & Sepúlveda, F. É. (2008). Actividad física en Medellín: desafío para la promoción de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26(2), 117-123.
- Martínez, S. M., Ainsworth, B. E., & Elder, J. P. (2008). A Review of Physical Activity Measures Used Among US Latinos: Guidelines for Developing Culturally Appropriate Measures. *Annals of Behavioral Medicine*, 36(2), 195-207. doi: 10.1007/s12160-008-9063-6
- Mauss, M. (1979). Técnicas y movimientos corporales. *Sociología y antropología*, 337-356.
- Medina, R., Jiménez, A., Pérez, M. E., Armendáriz, A. L., & Bacardí-Gascón, M. (2011). Programas de intervención para la promoción de actividad física en niños escolares: revisión sistemática. *Nutr Hosp*, 26(2), 265-270. doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2011.26.2.5180>
- Mejía, L. M. (2013). Los determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 31(1), 28-36.
- Mèlich, J. (1994). *Del extraño al cómplice: La educación en la vida cotidiana* (Vol. 3): Anthropos Editorial.
- Miller, K. J., & Gleaves, D. H. (2000). Comparisons of Body Image Dimensions by Race/Ethnicity and Gender in a University Population. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 310-316.
- Montenegro Mendiviello, M., & Camargo Rojas, D. A. (2015). *Abordajes teóricos en la comprensión de la influencia de los recursos económicos en la actividad física*. (Tesis de Maestría), Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.
- Montil, M., Aznar, S., & Barriopedro, M. (2004). *Cumplimiento de las recomendaciones de actividad física en una muestra de niños de la Comunidad Autónoma de Madrid*. Paper presented at the Comunicaciones del III Congreso de la Asociación Española de Ciencias del Deporte.
- Morán-Álvarez, I. C., Cruz-Licea, V., & Iñárritu-Pérez, M. (2007). El índice de masa corporal y la imagen corporal percibida como indicadores del estado nutricional en universitarios. *Rev Fac Med UNAM*, 50(2), 76-79.
- Nelson, A., Abbott, R., & Macdonald, D. (2010). Indigenous Australians and physical activity: using a social-ecological model to review the literature. *Health Education Research*, 25(3), 498-509. doi: 10.1093/her/cyq025
- Nelson, A., Macdonald, D., & Abbott, R. (2010). The cultural interface: Theoretical and 'real' spaces for urban Indigenous young people and physical activity. In Wright Jan & e. Macdonald Doune (Eds.), *Young People, Physical Activity and the Everyday* (pp. 75-92). London: Routledge.
- Ocampo-Plazas, M. L., & Correa-Bautista, J. E. (2009). Concepciones de actores institucionales alrededor de la actividad física en el ámbito educativo. *Revista científica de la salud*, 7(3),

17-26.

- OMS. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
- OMS. (2016). Actividad física. from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Organización Mundial de la Salud - Commission Social Determinants Health. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Washington, D.C: OPS Washington DC.
- Paradies, Y. C. (2006). Beyond black and white essentialism, hybridity and indigeneity. *Journal of Sociology*, 42(4), 355-367. doi: 10.1177/1440783306069993
- Pedraza, Z. (2004). Intervenciones estéticas del yo. Sobre estético-política, subjetividad y corporalidad. *Debates sobre el sujeto. Perspectivas contemporáneas*, 61-72.
- Pérez-Méndez, G. O. (2013). *Determinantes sociales de la salud en Bogotá DC: el caso del acceso y calidad de los servicios 2003, 2007 y 2011*. (Tesis de Maestría), Universidad del Rosario, Bogotá, D.C: Colombia
- Perpiñá, C., & Baños, R. (1990). Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes. *An Psicol*, 6(1), 1-9.
- Piñeros, M., & Pardo, C. (2010). Actividad física en adolescentes de cinco ciudades colombianas: resultados de la Encuesta Mundial de Salud a Escolares. *Rev. salud pública*, 12(6), 903-914.
- Piñuel Raigada, J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística*, 3(1), 1-42.
- Porter, S. (2001). *Sport and Ethnic Minority Communities: Aiming at Social Inclusion* (Vol. 78). United Kingdom: Sportscotland Research Manager
- Preciado, D. C., Tovar, J. R., & Correa-Bautista, J. E. (2012). Costo-efectividad de un programa de actividad física, dirigida en un departamento de Colombia. *Investigaciones Andina*, 14(25), 502-515.
- Prieto-Rodríguez, A., & Agudelo-Calderon, C. A. (2006). Enfoque multinivel para el diagnóstico de la actividad física en tres regiones de Colombia. *Rev de salud pública*, 8(Sup. 2), 57-68.
- Prieto, A., Naranjo, S., & García, V. (2005). Cuerpo-movimiento: perspectivas. *Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario*.
- Ramírez-Vélez, R., Agredo, R. A., Jerez, A. M., & Chapal, L. Y. (2008). Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá)*, 10(4), 529-536.
- Ramírez-Vélez, R., Triana-Reina, H. R., Carrillo, H. A., & Ramos-Sepúlveda, J. A. (2016). Percepción de Barreras Para la Práctica de la Actividad Física y Obesidad Abdominal en Universitarios de Colombia. *Nutrición Hospitalaria*, 33(3), 1317-1323. doi: 10.20960/nh.777, 10.20960/nh.777
- Ramos, P., Pérez de Eulate, L., Liberal, S., & Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Rev Psicodidáctica*(15-16), 65-74.
- Ramos, P., Rivera, F., & Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Rigal, R. (1987). *Motricidad humana: fundamentos y aplicaciones pedagógicas*. Madrid:

- Editorial Pila Teleña S.A.
- Rivera-Cusicanqui, S. (1999). Anotaciones fragmentarias en torno a la interculturalidad *En: García Blanco, MA (comp.), Encuentro México-Bolivia sobre cultura, identidad y globalización*. La Paz, Bolivia: Uma Phajsi Ediciones.
- Rodin, J. (1993). Cultural and Psychosocial Determinants of Weight Concerns. *Annals of internal medicine*, 119(7), 643-645. doi: http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-119-7_Part_2-199310011-00003
- Rother, E. T. (2007). Revisión sistemática X revisión narrativa. *Acta paul enferm*, 20(2), IX-X.
- Salgado-Araujo, J. L. M. (1998). Revisión de la literatura actual sobre la continuidad del cambio de conducta en relación a la actividad física. *Apunts: Educación física y deportes*, 54, 66-79.
- Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit: Lima 13*, 71-78.
- Santana, M. L., et al. (2013). Factors associated with body image dissatisfaction among adolescents in public schools students in Salvador, Brazil. *Nutr Hosp*, 28(3), 747-755. doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.3.6281>
- Schilder, P. (2013). *The image and appearance of the human body* (Vol. 163). New York: Routledge.
- Schmalz, D. L., Deane, G. D., Birch, L. L., & Davison, K. K. (2007). A Longitudinal Assessment of the Links Between Physical Activity and Self-Esteem in Early Adolescent Non-Hispanic Females. *Journal of Adolescent Health*, 41, 559-565. doi: 10.1016/j.jadohealth.2007.07.001
- Seguro-Jaramillo, B. M. (2017). *Actividad física y estructura social. Revisión de la literatura científica a partir de los determinantes sociales de la salud*. (Tesis de Maestría), Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.
- Sérgio, M. (2003). *Um corte epistemológico: da educação física à motricidade humana*.
- Sesso, H. D., Paffenbarger, R. S., & Lee, I.-M. (2000). Physical Activity and Coronary Heart Disease in Men: The Harvard Alumni Health Study. *Circulation Journal of the American Heart Association*, 102, 975-980. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.102.9.975>
- Simons-Morton, B. G., McKenzie, T. J., Stone, E., Mitchell, P., Osganian, V., Strikmiller, P. K., . . . Nader, P. R. (1997). Physical Activity in a Multiethnic Population of Third Graders in Four States. *American Journal of Public Health*, 87(1), 45-50.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychol*, 41(3), 246-263. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.3.246>
- Syme, S. L., & Smedley, B. D. (2000). *Promoting health: Intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, DC: National Academies Press.
- Taylor, T., & Toohey, K. (1998). Negotiating Cultural Diversity for Women in Sport: from assimilation to multiculturalism. *Race, Ethnicity & Education*, 1(1), 75.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Thompson, S. J., Gifford, S. M., & Thorpe, L. (2000). The social and cultural context of risk and prevention: Food and physical activity in an urban aboriginal community. *Health Education and Behavior*, 27(6), 725-743.
- Thomson, N., MacRae, A., Burns, J., Catto, M., Debuyst, O., Krom, I., . . . Stumpers, S. (2010). *Overview of Australian Indigenous health status 2010*. Perth, WA: Australian Indigenous

HealthInfoNet.

- Tinning, R., & Glasby, T. (2002). Pedagogical work and the 'cult of the body': Considering the role of HPE in the context of the 'new public health'. *Sport, Education and Society*, 7(2), 109-119. doi: 10.1080/1357332022000018814
- Tremblay, M. S., Bryan, S. N., Pérez, C. E., Ardern, C. I., & Katzmarzyk, P. T. (2006). Physical activity and immigrant status: evidence from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 94(4), 277-282.
- Turek, S., Rudan, I., Smolej-Narančić, N., Szivovicza, L., Čubrilo-Turek, M., Žerjavić-Hrabak, V., . . . Ljubičić, M. (2001). A Large Cross-Sectional Study of Health Attitudes, Knowledge, Behaviour and Risks in the Post-War Croatian Population (The First Croatian Health Project*). *Collegium antropologicum*, 25(1), 77-96.
- United Nations. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables*. New York: United Nations Publications.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp*, 28(1), 27-35.
- Vermeesch, A., & Stommel, M. (2014). Physical Activity and Acculturation Among U.S. Latinas of Childbearing Age. *Western journal of nursing research*, 36(4), 495-511. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0193945913507341>
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural *Construyendo interculturalidad crítica* (pp. 75-96). La Paz, Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, estado, sociedad: luchas (de) coloniales de nuestra época*. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Welk, G. J., Corbin, C. B., & Lewis, L. A. (1995). Physical self-perceptions of high school athletes. *Pediatric Exercise Science*, 7(2), 152-161.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. r. (2006). *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen: Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Denmark: World Health Organization.
- Wolin, K. Y., Colditz, G., Stoddard, A. M., Emmons, K. M., & Sorensen, G. (2006). Acculturation and physical activity in a working class multiethnic population. *Preventive Medicine*, 42, 266-272. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.01.005
- Yan, J., & McCullagh, P. (2004). Cultural Influence on Youth's Motivation of Participation in Physical Activity. *Journal of Sport Behavior*, 27(4), 378-390.
- Yu, C., Liaw, Y.-H., & Barnd, S. (2004). Cultural and Social Factors Affecting Women's Physical Activity Participation in Taiwan. *Sport, Education and Society*, 9(3), 379-393.
- Zaccagni, L., Masotti, S., Donati, R., Mazzoni, G., & Gualdi-Russo, E. (2014). Body image and weight perceptions in relation to actual measurements by means of a new index and level of physical activity in Italian university students. *Journal of translational medicine*, 12(1), 42-57. doi: 10.1186/1479-5876-12-42

9. Tablas anexo de citas

Tabla anexo 1.

Elementos relevantes de Actividad Física e Interculturalidad.

| Cita | Publicación Científica | Referencia textual |
|------|---------------------------------------|--|
| 1 | Caperchione et al. (2011). Pag. 4. | ... “The responses from most participants indicated that they saw physical activity in the broad context that covered a range of activities usually aligned with Western interpretation of physical activity”. ... “This included activities such as jogging and swimming. Most participants described daily activities such as sweeping, vacuuming and washing clothes as physical activities, however a small number of participants were unsure whether such incidental activities were considered as physical activities”. |
| 2 | Araki et al. (2013). Pág. S47 | ... “There is no doubt that girls should continue participating in sport and physical activities for their physical and psychological well-being. There were different and interesting reasons for each group of girls to continue participating or not. The Buddhist Japanese were motivated to continue being physically active, and their major motivation was for their own health. Another reason was to avoid being like their inactive mothers”. |
| 3 | Simons-Morton et al. (1997). Pág. 45 | ... “Physical activity during childhood is important to health and development.’ Measurable benefits of regular childhood physical activity include improved strength, weight control, body composition, and cardiorespiratory fitness. Physical activity during youth may be particularly important to the extent that lifetime activity habits develop and persist into adulthood. While activity is a national priority, the current status of children’s physical activity is not well documented”. |
| 4 | Macdonald et al. (2009). Pág. 13. | ... “Children associated the words ‘physical activity’ with concepts of health and strength. Physical activity helped ‘make you solid’, ‘make you live longer’ or ‘make you strong’. It also was also associated with ‘preventing illness’.” |
| 5 | Nelson et al. (2010) Pág. 502. | ... “Sport and leisure, including physical activity, have been seen by many Indigenous people as an important part of social life in Aboriginal communities where families and communities can meet and develop social and community links”. ... “Research with urban Indigenous adults found that physical activity is ‘embedded in a complex web of meanings that tie people to their family and larger Aboriginal community’, with the decision to be physically active significantly impacted upon by connections with family and community”. |
| 6 | Nelson et al. (2010) Pág. 503. | ... “In some Indigenous communities, sport has become a site of social engagement in which participation occurs through both the sport itself and the ancillary tasks such as organizing competition and providing food”. |
| 7 | Nelson et al. (2010) | ... “Historically, Indigenous people were encouraged to |

| | | |
|----|---|---|
| | Pág. 504. | engage in sport and physical activity as a pathway toward being ‘civilized’ [35]. However, exclusions from legitimate participation were also common practice until well into the 20th century and marginalization through socio-economic limitations may continue today”. |
| 8 | Cameron, (2010). Pág. 2. | ... “For many ordinary people, sport and physical activity is plain fun, or a fantasy that allows one to escape from day-to-day reality of family conflict, homelessness, or the temptations to use alcohol, drugs, or inhale petrol”. |
| 9 | Ainsworth et al. (1999). Pág. 807. | ... “When PA records were averaged across all days among the 141 subjects with complete PA records at rounds 1, 2, and 3, the median minutes per day spent in moderate physical activity was 83 minutes, which is equivalent to 5.8% of the day. Native Americans recorded more time in moderate intensity activities (median 97 minutes, or 6.7% of the day) than African Americans (median 65 minutes, or 4.5% of the day)”. |
| 10 | Simons-Morton et al (1997). Pág. 49. | “However, activity varied by geographic site, with California children obtaining the most, Texas and Louisiana children obtaining the least; this suggests the possible influence of climate, regional sociocultural factors, or differences in the availability of community resources”. |
| 11 | Caperchione et al. (2011). Pag. 4. | ... “Most participants described daily activities such as sweeping, vacuuming and washing clothes as physical activities, however a small number of participants were unsure whether such incidental activities were considered as physical activities. These participants suggested that such home duties were traditionally just part of the normal day, indicating that: <i>Housework is just working everyday, I would not say it is sport or exercise, I feel we have to make special exercises for our bodies”.</i> |
| 12 | Thompson et al. (2000). Pág. 734 – 735. | ... “physical activity is embedded in a complex web of meanings that tie people to their family and larger Aboriginal community, and these social connections are far more important than any individual health benefits that solitary exercise may have... physical activity, if done solely for the benefit of the individual, is often seen as shameful or as disconnecting individuals from ties to their social world”. ... “Melbourne Aborigines tend to think about physical activity in three main ways: exercise, everyday activities, and sport. Exercise is seen as optional, is commonly something that an individual chooses to participate in, and is often separate from a person’s usual everyday activity within the environment of family and community. It is an individual activity or exertion that is performed specifically for one’s personal health and fitness. In contrast, everyday activities are a necessary part of Aboriginal life. These include the activities that keep people moving when they are doing things for their family and community”. |
| 13 | Nelson et al. (2010) Pág. 502. | ... “Some Indigenous adults reported that they viewed individual health and fitness activities as a ‘disconnecting and shameful experience’ because it focused on them as an individual rather than on social relationships”. |

Fuente: Elaboración propia.

Tabla anexo 2.

Aspectos relevantes de Imagen corporal y Actividad Física.

| Cita | Publicación Científica | Referencia textual |
|------|----------------------------------|--|
| 1 | Currie et al. (2012). Pág. 94 | .. “Most countries showed and regions no significant relationship with family affluence, but perception of being too fat was significantly associated with low family affluence in a few countries and regions, particularly in western Europe and North America”. |
| 2 | Araki et al. (2013). Pág. S47 | ... Conservatism toward being physically active still exists among Asian girls. One of the Christian Chinese girls compared Asian and Western people and said, “Asians are more conservative than Westerners... For example, some Britney Spears dance or whatever... I am very careful of what I follow. Some dances are really very provocative.” ... The Buddhist Japanese girls also mentioned the image of Japanese women was still conservative. “Japanese women equals tea ceremony, flower arrangement, traditional dance”. |

Fuente: Elaboración propia.

Tabla anexo 3.

Aspectos relevantes de Interculturalidad, Actividad Física y Determinantes sociales de la salud.

| Cita | Publicación Científica | Referencia textual |
|------|---------------------------------------|--|
| 1 | Caperchione et al. (2011). Pag. 4. | ... “In Egypt it was completely different. What I saw is that they all live in apartments, so they all take the stairs up and down. There’s barely any lifts. And if there are lifts they don’t normally work. They walk to the markets. Not many people have cars so they walk everywhere. Even if they take the bus, they walk around the shopping centres cause most of them are not malls. They’re outside shopping centres and you walk from store to store”. |
| 2 | Gaskin et al. (2012). Pág. 2. | ... “At present, education for the general public on physical activity (PA) and sedentary behaviours such as the reduction of screen time (time spent on television/video games/computer) is promoted in an ad hoc manner”. |
| 3 | Korn et al. (2013). Pág. 6 | ... “a system for early identification of risky health behaviors is essential for the design of health interventions since targeting specific student needs can help administrators, curriculum planners, and community health professionals design guidelines for structuring a healthier environment and developing health education programs that support healthy choices among students”. |

Fuente: Elaboración propia.