

**EL CONCEPTO Y LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SU RELACIÓN
CON CALIDAD DE VIDA EN LOS MODELOS TEÓRICOS DE LA SALUD**

Clara Inés Serrano Ramírez

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, noviembre de 2015

**EL CONCEPTO Y LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SU RELACIÓN
CON CALIDAD DE VIDA EN LOS MODELOS TEÓRICOS DE LA SALUD**

Clara Inés serrano Ramírez

Tutora:

Diana Alexandra Camargo Rojas, Mg

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, noviembre 2015

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haber dado la oportunidad de avanzar en mi
en mi formación profesional y personal.

A mi familia, David y Alba Lucía por su apoyo incondicional
para lograr esta nueva meta en mi carrera académica.

Y a Ricardo Ramírez Suárez quien con su guía incansable y paciencia
en el transcurso de esta maestría estuvo velando por lograr este triunfo.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	5
Descripción del Problema.....	7
Referentes Teóricos	13
Modelo de Determinantes sociales de la salud	13
Modelo de determinación social de la salud	15
Objetivos	26
General.....	26
Específicos	26
Metodología.....	27
Tipo de investigación.....	¡Error! Marcador no definido.
Unidad de análisis	28
Fases del estudio	29
Resultados.....	33
Caracterización de los artículos.....	34
Resultados generales	38
Resultados analíticos.....	44

EL CONCEPTO Y LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA EN LOS MODELOS TEÓRICOS DE LA SALUD

Resumen

Los estudios acerca del concepto actividad física (AF) son diversos, presentando diferentes concepciones; su relación con calidad de vida suele estar generada dentro del discurso médico, que propende por la ejecución de la Actividad Física desde una mirada netamente biológica. Si bien esta disertación es importante, se debe tener en cuenta que los estudios relacionados con calidad de vida y la AF se basan en la condición de bienestar y percepción frente al estado de salud; dichos estudios no se han realizado desde las condiciones de vida y del contexto social. Si bien es cierto que la mirada médica y los estudios objetivos son relevantes, ya que arrojan estadísticas que permiten abordar recomendaciones en cuanto a la actividad física, en este documento se elaboró una investigación de tipo cualitativo por medio de la revisión documental del concepto de actividad física, sus prácticas y su relación con calidad de vida, que abordan diferentes autores. Para ello se elige la base de datos PubMed por su énfasis en las publicaciones de salud; se seleccionan artículos publicados del 2004 y 2014, que estudien el concepto de actividad física, sus prácticas y relaciones con calidad de vida, para finalmente hacer un análisis desde los modelos de determinación y determinantes sociales. De esta forma se analiza la posición de los autores con respecto al concepto, sus prácticas y las relaciones que puede llegar a surgir con la calidad de vida. En esta investigación se obtuvo como resultados tendencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales, en los cuales los autores dejan clara la posición médica ya que en la mayoría de investigaciones centran sus relaciones en la funcionalidad, y es a través de la visión terapéutica donde buscan el bienestar, la satisfacción de los pacientes que padecen cualquier enfermedad. Además, aparecen categorías emergentes como: cuerpo como medio de publicidad, cibernética que avanza vertiginosamente y el papel del poder en la actividad física que pueden ser contempladas para otros estudios.

Palabras clave: Actividad física, determinación social de la salud, calidad de vida.

Abstract

Studies on concept of physical activity (PA) are different. Their relationship to quality of life is usually generated within the medical discourse, which tends execution of physical activity from a purely biological look. Although this discussion is important, it should be noted that studies related to quality of life and the PA are based on condition of being and perception facing health; Some studies have not been performed since living conditions and social context. While it is true that the medical gaze and objective studies are important in fact they shed statistics that address recommendations for physical activity, in this document, a qualitative study was developed through the document review of concept of PA, their practices and their relationship to quality of life, dealing with different authors. The PubMed database for its emphasis on health publications; published articles in 2004 and 2014, to study the concept of PA, its practical use and the relationships with quality of life, to finally make an analysis from models of determination and social determinants. On this way the position of authors regarding concept, practices and relationships that can arise with quality of life is analyzed. In this research was obtained as a result their biological, psychological, social and cultural trends, in which the authors make clear medical many in most their research focused their relations on functionality, and it is through a therapeutic vision where they seek welfare, satisfaction of patients who are suffering from any illness. In addition to emerging categories as they appear: Body as a mean of advertising, cyber advance rapidly and role power of in PA can be referred to other studies.

Keywords: Physical activity, social determinants of health, quality of life.

Descripción del Problema

La investigación sobre el concepto y la práctica de la actividad física, y su relación con la calidad de vida, entendida desde un concepto amplio más allá de calidad de vida para la salud, es una prioridad relativamente nueva. Igualmente, desde el concepto de salud, la actividad física se ha entendido como beneficio para controlar las enfermedades crónicas no transmisibles, pero muy poco como constructo de relaciones, sociedad, cultura e historia.

Uno de los conceptos de actividad física, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) “es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. Así mismo, es importante reconocer que la AF como práctica social es realizada entre pares, generalmente se da con la intención de pertenecer a un grupo y buscar identidad como miembro de este.

Por otra parte, la (OMS, 2008) plantea que la actividad física (AF): “Es una necesidad social, no solo individual, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea”. Las personas saben de los beneficios que traen la práctica de la AF y de allí la necesidad de estar conectado con alguna alternativa que permita su inclusión en su diario vivir. La AF abarca el ejercicio físico, sin embargo, hay otras actividades que incluyen movimiento corporal y se plantean como parte de los momentos de diversión, trabajo y cotidianidad.

Así como es importante estudiar el concepto de AF, es importante entender las transformaciones del concepto de salud como un continuum desde una dimensión social, como lo plantean los modelos de determinantes sociales y de la determinación social, los cuales tienen en cuenta los estilos, modos y condiciones de vida, el impacto que causan y

la forma como se manifiestan Marmot y Wilkinson, (2003)“Los estilos de vida de las personas y las condiciones en las que viven y trabajan influyen fuertemente en su salud y longevidad” (p.25). Este concepto social abre nuevos horizontes hacia los hábitos, estilos y modos de vida que influyen en el desempeño a lo largo de la vida y la calidad con la que se está viviendo; no se centran únicamente en los estilos de vida, lo cuales se quedan en el plano individual de la comprensión de salud.

De allí surge, lo expresado por Morales, Borde, Eslava y Castañeda (2013), sobre la posición de la salud en la sociedad; al mismo tiempo a manera de contraposición la determinación social liderada por Arouca y Breilh, quienes manifiestan estar con los determinantes, pero con visión crítica, comunitaria, social, cultural e histórica que le corresponde asumir al Estado por medio del poder. Esto trae como consecuencia en América Latina, que las condiciones socioeconómicas y todo lo que ellas conllevan, se vean afectadas desde diferentes ejes, asumiendo la práctica y el concepto de la AF como interacción social (Morales et al., 2013, p.797).

Por su parte, Colombia a pesar de contar con políticas y programas que buscan el fomento de la actividad física, como por ejemplo la Ciclo vía y la disposición de ciclo rutas, se sigue presentando un alto porcentaje de personas sedentarias, siendo la población joven y adulta la que presenta los mayores índices, lo que aumenta la probabilidad de presentar enfermedades no transmisibles (ENSIN, 2010-2015). También la OMS (2008), reconoce los avances de Colombia en materia de políticas públicas, afirmando que: “En Colombia el Plan de Acción Intersectorial de la Estrategia de Entornos Saludables es una política pública nacional diseñada específicamente para mejorar las condiciones de vida de los

segmentos demográficos más vulnerables del país”. Es aquí donde los determinantes sociales para la actividad física, cobran importancia y se expresan como un conjunto extenso y diverso de factores relacionados con el proceso salud - enfermedad, y con la calidad de vida de las personas.

La determinación social, por su parte, registra el fuerte lazo de la salud en la sociedad y se crea el propósito central de la investigación para una mayor acción en la transformación social. Estas apreciaciones permiten realizar análisis desde las condiciones individuales vinculadas al proceder (autoestima, afectividad, bienestar y satisfacción vital), desde las relaciones sociales e interpersonales, como son la sociabilidad y pertenencia a redes sociales, así como desde la identidad cultural junto con las condiciones del contexto.

Dentro de los estudios de Ardila (2003), Tuesca (2008) y Jiménez (2011) realizados en calidad de vida, AF y salud se evidencia el enfoque basado en los ingresos económicos y la apreciación que cada persona observa de sí misma, sin considerar la complejidad de estas categorías, las cuales estudiadas desde los modelos de determinación y determinantes probablemente involucren condiciones sociales y políticas dentro de los análisis de la AF. (Ardila, 2003, p. 161; Tuesca, 2008, p.55 y Jiménez, 2011, p.2).

Una vez expuestos los determinantes y la determinación social de la salud se proceden al concepto y la práctica de la actividad física, que se ha construido a través del tiempo. Los primeros estudios publicados de salud acerca de la AF y sus prácticas se denotan relativamente recientes. Siendo a mediados del siglo XX expresado por González et al (1993), que el presidente de Estados Unidos Lyndon Johnson en 1964, es quien habla por primera vez de la relación entre AF, calidad de vida y salud. También Havinghurst y Lalonde (1993), plantean los beneficios y bondades de la actividad física como medio

eficaz para preservar y mejorar la salud en enfermos con padecimiento cardiovascular inicialmente, mejorando su bienestar. (González, et al., 1993, p.20)

Frente a lo anterior, es importante mencionar que estos enfoques se basan en la concepción de salud dada por la OMS (1960), donde establece que la salud es “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social” (prr 1). A diferencia de la OMS, Susser, (2013) plantea que la salud se debe reorganizar de acuerdo a las causalidades en las relaciones sociales existentes en una estructura social desde una mirada dialéctica; esta afirmación permite afianzar la visión hacia la comunidad y sociedad, dada desde el modelo de determinación social (Breilh, 1979), el cual entre 1974/1994 establece una fuerte concordancia entre los aspectos generales, particulares y singulares de la comunidad relacionándolos con la salud (Susser, 2013., p.719).

Por tanto, desde la comprensión social de la salud, es en las comunidades y sociedades que la actividad física es llevada a cabo en cada uno de las etapas del ciclo de la vida; la persona está en continuo movimiento con disposición a la práctica, lo que es innato en el ser humano al igual que su carácter social como forma de interacción. Según la OMS (2008), el “aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea” (prr3). Asumir las relaciones para mejorar la interacción social en las personas en una convivencia pacífica y armónica. El infante desde que nace está predispuesto a realizar algún tipo de movimiento, y al transcurrir su desarrollo psicomotor su cuerpo presenta cambios, hábitos y modos de vida siendo esta etapa fundamental para afianzar la práctica saludable de la actividad física.

Ahora bien, durante las etapas siguientes a su desarrollo y con la actividad escolar la OMS (2002) afirma que “los jóvenes que son activos se alejan consumidores de tabaco, alcohol y drogas-pueden adoptar un mejor rendimiento académico” (prr 1), trayendo beneficios físicos, emocionales y sociales, mejorando sus relaciones interpersonales en esta difícil etapa de la vida, por las transformaciones que en ella se presentan.

Al pasar a la etapa adulta Botero y Pico (2007), describen que en ciertas situaciones buenos hábitos, modos y estilos de vida, permiten establecer una mejor calidad de vida ya que su práctica se da con mayor firmeza siendo un factor protector que puede prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, transformando su calidad de vida para aquellos que las padecen. En consecuencia, las personas de mayor edad o adulto son las principales beneficiarias de la AF debido a que se establecen lazos afectivos, dando como resultado las relaciones sociales con mayor plenitud (Botero y Pico, 2007., p. 11).

Si la actividad física se presenta en las diferentes etapas de la vida podría haber un cambio significativo en la calidad de vida, la cual cambia de acuerdo al contexto donde desarrollan las personas sus hábitos, modos y estilos de vida. Es así como Botero y Pico (2007) afirma que: la calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. En síntesis, la calidad de vida depende de las relaciones sociales que emergen y se establecen como hábitos en las comunidades, así como los procesos de equidad e inequidad existentes en ella, convirtiéndose en una cultura determinada de la calidad de vida de la comunidad.

Al igual que el ciclo vital, el contexto y las condiciones psicosociales influyen en la salud y calidad de vida de la población. Schuwartzmann (2003) en su estudio menciona que “El modelo biomédico tradicional excluye el hecho que algunas enfermedades y el estado

de salud están profundamente influenciados por el estado de ánimo de cada persona, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social” (p. 9). De allí que los estados de ánimo y emocionales, así como las condiciones del contexto dan evidencia una vez empiezan los problemas de salud como las enfermedades crónicas no transmisibles a temprana edad. Es así como los estilos de vida y el contexto en el cual las personas se desenvuelven pueden determinar un bajo nivel de práctica de la actividad física por ejemplo el uso de las nuevas tecnologías (Contexto) al que se ven expuestas algunas personas conllevan a una vida sedentaria, de ansiedad y estrés (Condiciones psicosociales) además de permanecer un número de horas significativo frente a los medios tecnológicos, provocando un efecto perjudicial en la actividad física y por consiguiente en su salud.

Estar en este tipo de ambientes tecnológicos ocasionan que la AF disminuya y es cuando en el estudio de Tuesca et al (2008) se observa que la calidad de vida está determinada por diversos factores que influyen en el transcurso de la vida, como es el bienestar, satisfacción y las relaciones; los cuales dejan huella en sus organismos lo que puede generar una mejor calidad de vida, en los aspectos físicos, biológicos, sociales y culturales que intervienen en toda persona (Tuesca et al., 2008, p.55).

Por otro lado, se presentan otros tipos de contextos a nivel nacional donde las políticas públicas no son tan marcadas como en las capitales de departamentos en cuanto a programas de AF y a esto se suma el conflicto armado y condiciones de seguridad que no permiten el normal desarrollo de la práctica de actividad física, que promueva un mejoramiento de la calidad de vida.

Comprender la actividad física como un medio de interacción social que se relaciona con la calidad de vida de las personas, requiere de una revisión de literatura académica, que permita evidenciar los estudios realizados desde las diferentes ciencias, lo

que permitirá la generación de posibles estrategias de intervención eficaces y con cambios sólidos y duraderos, lo que a su vez ofrece una visión distinta a la salud en cuanto a la actividad física, la calidad de vida y la sociedad diferente a la habitual. La AF y su relación con calidad de vida pueden adicionalmente desarrollar preguntas para futuras investigaciones articuladas con el enfoque desde los determinantes y la determinación social inclinada a la salud como concepto social.

A causa de todas estas situaciones surge la necesidad de precisar **¿De qué manera autores de literatura científica interpretan la relación actividad física y calidad de vida? ¿Esta relación es abordada desde los modelos determinantes o desde la determinación social de la salud?**

Referentes Teóricos

Una vez planteada la pregunta a resolver se continúa avanzando en esta investigación ya que se hace indispensable el acercamiento al concepto de actividad física en la salud y su relación con la calidad de vida, desde diferentes autores. De allí la necesidad de conceptualizar cada una de las categorías de este estudio.

Modelo de Determinantes sociales de la salud

Al ser los determinantes sociales de la salud unos horizontes a vislumbrar se han definido por la Comisión de la OMS (2008) como: “Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (prr1). Desde la mirada de Marmot y Wilkinson (2003), donde la estructura de lo individual, se enmarca por la edad, el sexo y la herencia y las vivenciadas desde lo biológico, para analizar la

enfermedad y lograr mitigarla; Seguimiento de la parte social con sus relaciones internas y externas en las cuales se interrelaciona las personas estableciendo lazos sociales, para culminar con una cultura conformada por los sujetos que forman la población, siendo el ámbito a trabajar en esta investigación, donde se establecen las condiciones de vida en las cuales se desarrolla su vivencia. La Comisión de la OMS (2008) establece que los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, por ello una de las categorías a analizar en esta investigación es la calidad de vida y las condiciones sociales en las que se desenvuelve el sujeto (Marmot y Wilkinson, 2003, p.15)

Caballero et al. (2012) realizan un sondeo por los determinantes sociales de la salud, quienes se involucran para estudiar las diferentes formas en que una comunidad interactúa con su entorno y contexto. Continúan su aporte con la definición dada por Diderinshen y col (2001) quienes exponen que la posición económica es la que determina las oportunidades en salud para sobrellevar las circunstancias. Y dan la perspectiva que tienen Dalhgern y Whitehead (1992), los cuales explican que pueden ser las condiciones causales del individuo y la comunidad. (Caballero et al., 2012)

Dentro de este marco la OMS (2014) presenta el modelo de la Comisión de Determinantes Sociales, el cual hace énfasis en los determinantes estructurales por su naturaleza, la cual pretende rectificar las diferencias en una generación y para conseguir la equidad sanitaria actuando sobre ellos. En el mismo sentido, Marmot y Wilkinson (2003) expresan que la salud del individuo depende de una disposición social predeterminada, evidenciando un proceso social, perspectiva que se tendrá en cuenta en el presente estudio, al exponer algunos modelos de determinantes. (Caballero, et al 2012).

Modelo de determinación social de la salud

Además de los determinantes sociales, el modelo de la determinación social surge en América Latina iniciando el movimiento de la salud y la medicina social concertada a mediados del siglo XX, orientada por Breilh (Arouca, 2008) y (Rodríguez, 2009), quien abanderó con la influencia de la escuela marxista, la revolución cubana, las batallas antiimperialistas y la exploración de un progreso oportuno garante de la dominación de los pueblos el cual involucra poder. La propuesta central que orienta el ejecutar de este movimiento es que la salud-enfermedad debe concebirse como un proceso lógico y las particularidades sanitarias personales y grupales deben ser examinadas en el contexto social que las determina. Por ello, la instancia en la determinación social del proceso salud-enfermedad debe ser inicialmente responsabilidad de cada individuo, del contexto social donde se desarrolla y finalmente del Estado (Arouca, 2008, p. 1870).

Es así que el concepto de determinación social de la salud surge como necesidad a los determinantes de la salud, ya que se orienta la salud colectiva eficaz a favor de una población, colectivo o comunidad siendo su mayor exponente Breilh (2013), quién manifiesta que: “Se está atado a la historicidad de las poblaciones, las personas no viven aisladas del sistema y por ello piden el apoyo del estado para sobrellevar las diversas problemáticas de salud presentadas y ocasionadas por el contexto donde se desenvuelven los individuos” (p. 13).

La determinación se enfoca como categoría para esta investigación con una mirada crítica, por visualizar la AF como un medio de interacción social en el cual las personas, sin importar las diferencias que se presentan en ellas, manifiestan sus percepciones que vivencian en su existir.

Otro factor en las sociedades es la epidemiología crítica la cual surge en América Latina por su historia de desigualdades sociales, entre ella la calidad de vida, el contexto cotidiano, los modos, estilos y hábitos de vida, siendo el pilar teórico de la disolución al prototipo de la salud pública. Es así como Breilh (2013) manifiesta: “Es la salud colectiva latinoamericana quien eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación” (p. 15). Lleva a la generación de cambios significativos en la salud colectiva, para que el impacto se de en toda la población y no solo a una parte del conglomerado, debe ser con equidad en su forma para la distribución y dar participación a cada miembro de la comunidad a través del poder, motivando la intervención e interacción de toda la comunidad, haciéndolos participes de su transformación social.

Al igual que en el poder se encuentran desigualdades e inequidades que influyen en la salud social, el hecho que en la sociedad se presenten clases o niveles sociales algunas enmarcadas por el dinero, lo cual origina una problemática en América Latina; Es por ello que la meta con la determinación social de la salud es establecer una igualdad que permita dar solución a la problemática dejando de lado el factor dinero entre otros. Este principio establece una situación permanente en el deterioro de la calidad de vida, buscando la tan necesaria transformación en las personas, mejorando diferentes aspectos de las condiciones de vida, en las diversas etapas del ciclo vital, al crear un ambiente físico, emocional, psicológico y social, que permita establecer el equilibrio necesario en todos y cada uno de los aspectos que influyen en el transcurso de la vida.

Concepto de calidad de vida

En vista del entorno que rodea a las personas influye para una práctica sana de la actividad física se hace indispensable conocer la influencia que ejerce en su vida diaria. Dentro de los análisis desde los determinantes y la determinación social, se reconoce la

importancia de la calidad de vida, entendiendo su relación con la salud como constructo social. Esta relación reciente dada a finales del siglo XX e inicio del XXI en occidente, fue socialmente aceptada para analizar las necesidades consideradas como básicas en los territorios (alimentación, vivienda, educación, salud, cultura), y que vislumbran aquellos efectos provocados por el modelo de desarrollo económico.

Otro aspecto a tener en cuenta dentro del proceso de desarrollo de las poblaciones es el ambiental cuyos factores externos han ocasionado el calentamiento global y por consiguiente un desmejoramiento de la calidad de vida que repercute en problemáticas de difícil resolución; debido a que las grandes industrias con producciones no limpias deterioran las capas terrestres como la de ozono, causando enfermedades y tomando ventaja de la misma promoviendo medicamentos que podrían ser una alternativa de solución a la problemática generada, lo que afecta notablemente la economía de los individuos.

Por tanto, la calidad de vida se define según la profesión u ocupación, el contexto donde se desarrolle el individuo, su economía, las relaciones interpersonales, ambientales y culturales determinados por los valores subjetivos de percepción, biológicos, emocionales y sociales. Igualmente la calidad de vida puede ser definida como una apreciación de la manera de vivir; dentro de los estudios de calidad de vida realizados se encuentra la definición integradora propuesta por Ardila (2003) donde manifiesta que “hay varias definiciones de calidad de vida de acuerdo a diferentes autores, aunque todos concluyen que es perceptivo, de acuerdo a la sensación que tiene la persona y el papel fundamental que tiene el entorno y contexto donde se desempeña, es por ello es que se valora multidimensionalmente” (p.163). Esto hace que sea subjetiva y funcional, reconociendo si

las personas pueden realizar o no una actividad, evaluando su grado de satisfacción o por el contrario frustración y molestia física.

Si el individuo no puede realizar AF a causa de una enfermedad, ésta en si puede ser su padecimiento y por consiguiente para mejorar su bienestar se dificulta el tratamiento. Es por ello que Schuwartzmann (como se citó en Patrick y Erickson 1993) quienes definen la calidad de vida como “la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud” (p.19).

En dicho estudio se menciona, la importancia de la percepción de calidad de vida, aunque es vista desde la enfermedad, mientras que para Schumaker y Naughton (1996) es “la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo” (p.22). Lo especial de esta definición está en reconocer que la percepción de la calidad de vida de las personas sobre su estado de felicidad física, psicológica, social y mental depende en mayor parte de sus significativos valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

La OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo o sujetos frente a su posición en la vida dentro del contexto cultural, el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Desde esta visión subjetiva depende específicamente de cómo se encuentre la persona para expresar las emociones, sensaciones y sentimientos que tiene en ese momento. Otros autores como Amartya Sen (1996) concibe la calidad de vida en: “términos de actividades que se valoran en sí mismas y en la capacidad de alcanzar estas actividades” (p.50). Estas acciones son

determinantes para diagnosticar como se encuentra la persona, pues permiten visualizar el estado del cuerpo en un estado funcional, si logra o no terminar dicha actividad para dar la correspondiente valoración y el estado en que se encuentra. Botero y Pico (2007) complementan con el estudio de la calidad de vida incluir aspectos como el estado de salud, el rol, el estado funcional y la determinación de factores de riesgo, ya que el adulto mayor es el más vulnerable a padecer enfermedades crónicas que influyen en su calidad de vida (Botero y Pico, 2007, p. 11-20)

Para Urzúa y Caqueo (2012) la satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, auto-reporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales son usados para designar calidad de vida; todo ello involucra el término calidad de vida en el cual no solo se puede valorar aspecto biológico sino también el social, funcional, emocional, económico, etc., considerando de forma integral a quienes se valoran. Es así que para este estudio se tendrán en cuenta los acontecimientos ocurridos en los últimos años y que han transformado o modificado el concepto de calidad de vida, ya que desde la segunda guerra mundial se ha trabajado desde la medicina, con el pasar del tiempo aparece la económica y por último los acontecimientos sociales con sus correspondientes consecuencias. De acuerdo a Urzúa y Caqueo (2012) “Esta gran dispersión y diversidad de concepciones puede derivar de la naturaleza diversa del concepto” (p.61). Es desde la medicina que solo se comprende las dimensiones de la naturaleza como se nace, en cuanto a la funcional con respecto a la movilidad y la terapéutica al haber intervenciones que requieren de ella.

Con el fin de avanzar es necesario establecer una aproximación al concepto de calidad de vida desde diferentes corrientes de conocimiento. Estas definiciones se

agruparán de la siguiente forma: ciencias económicas, ciencias de la salud, psicología, y sociología.

El estudio del Urzúa y Caqueo (2012) dice que el concepto calidad de vida no deja de lado las tendencias económicas que involucra, las condiciones de vida en las que se desarrolla o desenvuelve el sujeto como lo aclara Haas (1999) “valoración multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y económico al que se pertenece permitiendo emitir el concepto desde los ingresos, estabilidad y seguridad”. En cambio, para Bigelow et al., (1991) “es la ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar combinando lo económico con lo social para darle un matiz más profundo a su valoración. (Urzúa y Caqueo, 2012, p.61).

La presente investigación centra su interés en el aspecto social analizando las relaciones que se presentan en las prácticas de la AF y la calidad de vida; por tanto, se tendrá en cuenta el grado de satisfacción, bienestar y condiciones de vida ya que algunos instrumentos están contruidos bajo estas categorías. Es así como la OMS en “Un intento de lograr estudios comparativos e internacionales desarrolló un grupo de trabajo en calidad de vida (CV) (World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL)” (p.64)

En cuanto a las ciencias de la salud Ladesma (1986) establece la calidad de vida objetiva entendida como la situación en la que se desenvuelve el sujeto y la satisfacción de vida ilustrada como la característica de goce y deleite dentro de la comunidad donde se encuentra y a su vez establece una relación entre ellos. Si se compara con la distribución de toda una población se convierte en una visión objetiva. Otro modelo es el psicológico de

Edgerton (1990) da la calidad de vida como un modelo subjetivo de satisfacción de la persona en unas condiciones de vida según su experiencia. Siendo solamente la percepción del sujeto con relación a su forma de vivir, deja de lado a las poblaciones marginales y vulnerables. (Ladesma, 1986., Edgerton 1990)

De tal manera que al lograr combinar tanto el aspecto subjetivo como objetivo dentro de la población se podría llevar a mantener un equilibrio tal, que se podría unificar tanto la visión personal como global de una determinada cultura, obteniendo de esta manera otro modelo el sociológico de calidad de vida, siendo Brown et al (1989) quien expone que tanto la satisfacción como la condición son necesarias para tener un modelo de calidad de vida, objetivo, subjetivo y bienestar social, sin olvidar la comunidad en que interactúan.

Por otra parte, Gómez et al (2013), fundamentan la incidencia que tiene la práctica de la actividad física en la persona que la involucra en su diario vivir, además la buena salud y por ende la calidad de vida, junto con las relaciones sociales que en ella se presentan, al ser producida libre y espontáneamente a beneplácito de los involucrados (Gómez, et al 2013 p.2351).

Y es para Somarriba (2010) como la consecuencia de la combinación de lo objetivo, subjetivo y social Borthwick-Duffy et al (1993) realizan una sola propuesta con los modelos conceptuales de calidad de vida, manifestando uno a uno su complejidad en el diario vivir, estableciendo unas condiciones de vida de las personas conducentes al mejoramiento de la calidad de vida y establece relaciones existentes entre ellos. De igual forma Felce y Perry (1995) proponen otra perspectiva más, un modelo cuyo concepto está basado en los descriptores objetivos con las relaciones subjetivas de los bienes: físico, material, social y emocional con base en los valores, intereses y pretensiones de cada persona como parte de ella (Somarriba, 2010)

Los conceptos emitidos por Borthwick- Duffy (1993), son los elegidos para que guíen el horizonte en cuanto al concepto de calidad de vida en este estudio, por ser afín a la relación entre AF, calidad de vida y las relaciones sociales que se presentan al ejecutar sus prácticas. Al ser definida la calidad de vida desde los cuatro modelos expuestos por Borthwick y Felce, se procede con el concepto de actividad física del cual hasta el momento no hay variedad de definiciones, ya que a través del tiempo su definición se ha dado empíricamente y poco conceptuales. Pero según las diferentes profesiones se ha emitido el concepto de acuerdo a sus experiencias (Borthwick-Duffy, 1993)

Concepto de actividad física

Según Pérez y Devis (2004) no existe una concepción unificada alrededor de la AF, como tampoco estrategias para su promoción. Este concepto enmarcado en el ámbito biológico ha sido complementado por otros autores con las características de experiencia personal y práctica sociocultural, haciendo énfasis en el potencial beneficio de ésta en el bienestar de las personas, las comunidades y el medio ambiente (Pérez y Devis, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal. Incluye actividades de rutina diaria, como las tareas del hogar y del trabajo”. También involucra dentro de este concepto actividades que requieren de algún grado de esfuerzo como, por ejemplo, lavarse los dientes, trasladarse de un lugar a otro para satisfacer las necesidades, limpiar la casa, lavar el carro, realizar un deporte de alto rendimiento y muchas otras más que el ser humano realiza diariamente (Bouchard, Shephard, Stephens, Sutton, y D., 1990).

Otra dimensión de la actividad física además de la biológica es la relacionada con el comportamiento. Para lograr un mejor potencial en cantidad y calidad de vida se necesita actividad física lo cual implica modificar costumbres en los estilos de vida, orientando a crear hábitos tales como: alimentación equilibrada, actividad física, descanso, etc; y resistiendo a conductas poco saludables (sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco, drogas, etc.) (Sicilia, Gonzalez C, Orta, Casimiro, y Ferriz, 2014). Es por ello que, tanto a nivel personal como en el colectivo, existen formas y estilos de vida que al interactuar resultan más favorables para la salud, frente a otras que pueden resultar más desfavorables.

Es además para otros autores la actividad física definida como cualquier movimiento intencionado realizado por los músculos esqueléticos, resultado de un gasto de energía lo que se constituye en el medio que permite a la población interactuar creando hábitos saludables y relaciones con la comunidad y el entorno que los rodea. Esta definición resalta elementos primordiales tales como el lugar donde se desenvuelve el individuo, los cuales son expuestos en la propuesta de Correa (2010) quien considera que al hacer referencia a la actividad física se debe partir de que es un concepto multidimensional por su diversidad de significados, manifestaciones y visión cognitiva.

Por su parte Prieto, (2003) “expone a la actividad física desde una perspectiva amplia de la acción humana, que se convierte en experiencia desde lo que se siente hasta la acción de la actividad física o de movimiento que le permite realizar nuevas exploraciones y adaptarse al mundo y a la realidad que lo rodea” (p.285). Por lo anterior, los autores dan evidencia que el hecho de estar activo o en movimiento aporta una significativa suma de experiencias o vivencias de vida que ayudan a la construcción del sujeto social, ya que permite el desarrollo de modelos sociales que son base para la interacción de los individuos en cualquier comunidad y por ende a la sociedad. La actividad física en esta visión se

entiende como aquella experiencia de vida que expresa cierto movimiento y goce o conciencia de su actividad, ya que busca en las personas y las comunidades mayores oportunidades de expresión de movimiento o actividad individual y colectiva, y se logran generar actitudes positivas frente a la vida de un individuo y de un colectivo social (Correa, 2010).

También hay investigadores con visión social de la actividad física como la manera de interacción o relación. El estudio planteado por Devis, Peiró-Velert, Beltrán- Carrillo (2000) reflexiona sobre la concepción y la práctica, partiendo de la interacción social, así establece que de las prácticas nace un aprendizaje en valores, emociones y sensaciones que experimentan de diversas formas y es aplicado a las personas en el actuar con el entorno y contorno (Devis, et al., 2000 p. 50).

Con base en lo expuesto anteriormente se observa una clara relación entre la AF y la calidad de vida, no siendo evidente la dependencia la una de la otra y entendiendo la AF como un medio que permite la interacción social y la salud, lo que se manifiesta en la generación de interacciones entre grupos sociales y por ende en la sensación de bienestar.

Por otro lado, es importante mencionar que ante tanta diversidad en los conceptos de AF, cada país define su propio concepto para abordarla. Es así como el gobierno de Colombia a través de la Secretaria de Cultura y Deporte (2009) la define: “Como una actividad continua y periódica, que aporta beneficios a la salud física, emocional y psíquica de las personas” (prr 3). Lo cual permite establecer rutinas en las personas de forma tal que se abre un entorno y contorno activo permitiendo establecer, no solo relaciones de actividad o movimiento individual, sino también de pares y colectivos. Además “Considera la

necesidad de articular el deporte, la recreación y la actividad física con la educación física, los parques y los escenarios, así como con sectores privados, públicos como la salud, la educación, el ambiente, la movilidad, el gobierno, el hábitat, la planeación y la hacienda, con el propósito de que las políticas públicas distritales operen de forma intersectorial, en beneficio del desarrollo de la sociedad” (prr. 3).

No se puede dejar de lado que la actividad física (AF) envuelve diferentes enfoques como la salud, la cual entiende la AF como una de las principales estrategias más efectivas para el control y la prevención de las enfermedades crónicas en el mundo con perspectiva a un bienestar. Así mismo los psicólogos, ecónomos y sociólogos aseguran que la actividad física es un medio para mejorar la salud de la sociedad, permite la interacción con los seres cercanos, establece vínculos afectivos y mejora e impacta positivamente interna y externamente la proyección personal y productiva.

Es por ello, que una de las definiciones más a fin con esta investigación es la propuesta en el programa de estudios superiores de la maestría Universidad del Rosario Correa (2010), quien asume a la actividad física como: “La expresión de la capacidad de movimiento, como una experiencia motora personal y una práctica sociocultural, a la que se le reconoce sus potenciales beneficios sobre el bienestar, la salud y la calidad de vida de las personas, las comunidades e inclusive sobre el medio ambiente” (prr 3), esta es la definición a contemplar en la investigación, ya que contiene los ejes necesarios para asociar entre la interacción social para elevar la calidad de vida de las personas que la practican, afianzando el concepto y su práctica para ser reproducidos en el diario vivir como hábito, estilo, modo y condición de vida.

Además, en esta definición, se establece la relación del sujeto al proceder o ejercer AF y la manera de interactuar o reaccionar en el ámbito social que formaliza la persona, dentro del entorno en que se mueve mediante las relaciones que puede establecer al pertenecer a un grupo social y cultural con una historicidad. Además, muestra y potencializa las bondades de su práctica en diversos ejes, personal cuando es ejecutado, transformado o de disfrute por salud como prevención. Lo cual favorece su parte emocional, psicológica y mental al pertenecer o involucrarse a grupos sociales que desarrollan rutinas y permiten el mejoramiento de su calidad de vida donde se practica liberándolo de diversos flagelos que lo contaminan, es por ello que cumple con más de las categorías a investigar en este estudio siendo la elegida como parámetro para continuar con el siguiente nivel de la investigación.

Objetivos

General

Comprender la relación existente entre los conceptos y prácticas de la actividad física y la calidad de vida reportada por los autores de la literatura académica y de esta relación con los modelos teóricos de la salud.

Específicos

Identificar los conceptos y prácticas de actividad física planteadas por los autores de la literatura académica.

Describir el abordaje que los autores han realizado frente al concepto de calidad de vida.

Definir el modelo de salud desde el cual los autores plantean la relación actividad física y calidad de vida.

Metodología

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se planteó una revisión narrativa y su respectivo análisis de contenido. Según Taylor y Bogdan (2000) la revisión narrativa presenta una guía en tres pasos: descubrimiento, codificación y relativización, teniendo como punto de partida la unidad de análisis (Taylor y Bogdan, 2000 p.158-159); esto se logrará a partir de la manera en que los autores de diferentes artículos trabajan los conceptos actividad física, calidad de vida y modelos teóricos de la salud (determinación y determinantes). Igualmente, Rother, E. T. (2007) plantea que la revisión narrativa constituye el análisis de la literatura publicada en libros, artículos, en la cual se considera el análisis crítico del investigador.

En el desarrollo de esta investigación se consideraron las directrices propuestas por Piñuel (2002) ya que permite establecer conceptos que transmiten productos comunicativos a través de los artículos publicados por investigadores de la salud. Con sus cuatro fases siendo ellas:

1. Selección de categorías de análisis y subcategorías.
2. Selección de unidades de análisis y bibliometría con criterios de inclusión.
3. Aplicación de instrumentos de análisis.

4. Conceptualización de categorías y relación entre AF y CV en modelos teóricos de la salud.

Se eligieron las unidades de análisis de acuerdo a los criterios de inclusión, teniendo presente que las bases de datos son un punto de inicio secundario para análisis de datos homogéneos, validos actualmente a través de internet. Contienen investigaciones y referencias bibliográficas completas, fundados en campos que cubren todos los aspectos de la información (título, autor, resumen, etc.).

Unidad de análisis

La revisión de antecedentes bibliográficos se realizó, en una fuente secundaria de la salud ya que la investigación es en AF, CV y su relación desde los modelos teóricos de la salud y la base de datos PubMed por ser el proyecto de medicina de Estados Unidos donde se publican según Fucsalud (2015) “los artículos más importantes de la NLM - National Library of Medicine, abarcando los campos de la medicina, oncología, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas. Actualmente contiene más de 19 millones de referencias bibliográficas de artículos de revistas desde el año 1870” (prr 1) fue la seleccionada para dar respuesta a este estudio. Además, se actualiza diariamente en los diferentes temas relacionados con la salud. Posteriormente se llevó a cabo un análisis de los conceptos el cual se definió desde la propuesta de (Piñuel, 2002), con las siguientes fases:

Fases del estudio

La investigación se llevó a cabo en cuatro fases con revisión por pares en cada una de ellas:

Una **primera fase** de selección de categorías de análisis y su operacionalización teniendo en cuenta el marco conceptual, elaborando el presente instrumento para el análisis de datos.

Tabla 1

Categorías de Análisis

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	DEFINICIÓN	EJE DE INDAGACIÓN
Calidad de vida	Percepción de calidad de vida en salud.	. Bienestar y satisfacción proporcionada al individuo.	¿De qué manera el autor presenta el concepto de calidad de vida?
	Condiciones de vida.	. Contexto en que se encuentra la persona.	¿Qué aspectos menciona de la calidad de vida?
	Interacción social.	. Vínculos sociales que se pueden establecer.	
Actividad física	Funcional	Experiencia de vida que	¿Qué enfoque le da el autor y
	Terapéutica	expresa acción y conciencia	cómo lo define?
	Psicológica	del cuerpo en movimiento,	
	Social	individual y colectiva, y se	
	Cultural	logran generar actitudes positivas frente a la vida en grupo.	

Prácticas de actividad física	Mediciones en calidad de vida	Medidas que utiliza para las	¿Cuál es el instrumento que se
	Diferentes prácticas	prácticas físicas.	utiliza para medir las
			prácticas?

Elaboración propia, 2015

En la **segunda fase** se llevó a cabo la selección de unidades de análisis:

Se inicia con la búsqueda de artículos con la ecuación **motor activity and quality of life** de acuerdo a los términos MeSH. Se extrajeron artículos de libre acceso, publicados entre los años 2004 y 2014, en idioma inglés, portugués o español, de enfoque cualitativo, cuantitativo o mixtos, referidos al objetivo de la investigación.

Siguiendo con **tercera fase** de selección del sistema de recuento o de medida: Dentro de los análisis de contenido se admite según Piñuel (2002) el uso de software, plantillas y protocolos que realicen análisis de frecuenciales y no frecuenciales (presencia o ausencia). En esta investigación, se utilizó la plantilla STROBE para los 30 estudios transversales teniendo presente que es un instrumento para “ayudar a los lectores que evalúan de forma crítica los artículos publicados” (Elm et al., 2008., p.254) y la plantilla CASPe para las 9 unidades de análisis con otros estudios: (1) prospectivo, (2) ensayo controlado aleatorio, (2) caso control, 2 revisión sistemática, 1 meta análisis, 1 transteórico, ya que es un instrumento que “intenta ayudar a adquirir habilidades para hacer lectura crítica y obtener así la evidencia científica necesaria para las decisiones clínicas” (González et al, 2006, p.3) ayudando a los investigadores a apreciar sistemáticamente la búsqueda suministrada, sus conceptos, su relación entre categorías y su inclinación hacia determinantes o determinación social .

Avanzando a **Cuarta fase**: Después de haber elaborado la bibliometría la cual permite caracterizar los documentos encontrados, se analiza la información teniendo en cuenta los

siguientes ejes de indagación: ¿De qué manera el autor presenta el concepto de calidad de vida?, ¿Qué modelos conceptuales tiene en cuenta el autor en su estudio? y ¿Cómo el autor relaciona actividad física y calidad de vida?

¿De qué manera el autor presenta el concepto de CV?

¿Qué modelo social de salud tiene el estudio?

¿Relación AF y CV?

Igualmente, con el concepto de actividad física, la cual es necesario definirla para identificar desde que visión conceptualizan autores de la literatura académica para elaborar su investigación y qué tendencias presenta. Se determinaron las dimensiones del concepto, idea u opinión que el autor manifiesto frente a la AF; estas son: biológica (acciones físicas y su avance a partir de un consumo energético), conductual (Herramienta pedagógica que busca forjar cambios en los comportamientos de las personas) o sociocultural en la práctica (Consecuencia de tratos sociales de los grupos en sus interacciones y cotidianidad). El eje de indagación para actividad física es: ¿Qué concepto de actividad física aborda cada estudio?

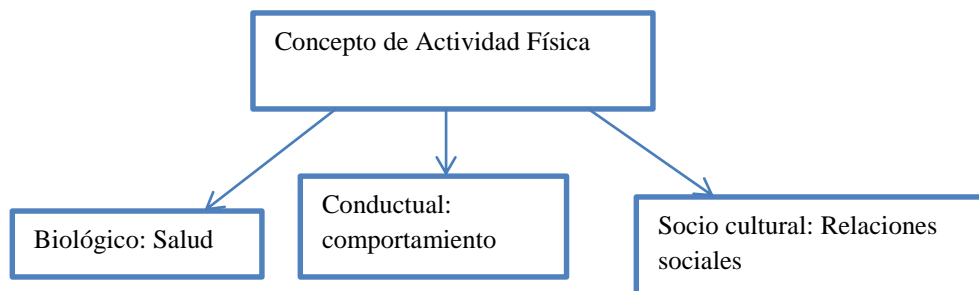


Figura I: Categoría actividad física

Con relación a prácticas de actividad física: Como reportan las prácticas los autores de la literatura académica en su investigación. Determinadas como acciones, aplicaciones, o ejecuciones físicas. Para esta el eje de indagación es: ¿Qué prácticas de actividad física se tienen en cuenta para la investigación?

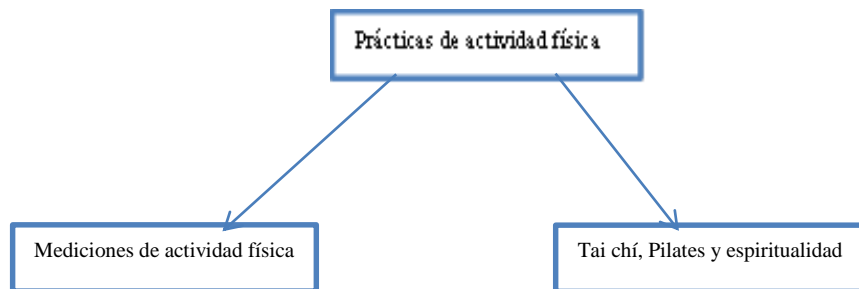


Figura II: Categoría prácticas de actividad física

Dentro del modelo de determinación social de la salud según Breilh (2013) es clara la necesidad de trabajar en un concepto de salud que converja hacia una perspectiva crítica, colectiva y pública, enfocada a hacia lo social. Lo social entendido como las relaciones entre individuos, división de los grupos, existencia de clases sociales, posición y lugar de las personas, diferencias en el acceso en cuanto a recursos presentando las desigualdades. Además de las relaciones de poder dentro de un proceso socio histórico, todo ello conlleva a que la postura a posesionarse en esta investigación es la de epidemiología crítica establecida dentro de la corriente en América Latina. Con un enfoque positivista de análisis epidemiológico convencional, (Breilh, 2013).

Para terminar el modelo de determinantes sociales de la salud: Como la forma de vivir, incluido el sistema de salud, derivado del saber epidemiológico clásico pero convertido en epidemiología social anglosajona. Siendo la consecuencia en la repartición del dinero, el poder y los recursos a diferentes niveles, que obedecen a su vez de las políticas acogidas (Brunner, Marmot y Wilkinson., 2003). El eje de indagación es: ¿Qué modelo utiliza el autor para realizar la recolección de datos y elaborar el análisis del estudio? Por último, con esta información se procede a la etapa analítica en la cual se identifican consensos y disensos entre autores, así como las categorías emergentes.

Resultados

Después de realizar una recopilación utilizando el termino MeSH **social determinants of health, motor activity and quality of life** se encontraron 10.562 artículos en la base de datos PubMed. Con la primera ecuación, se observó que hay suficiente evidencia científica, allí adicionalmente se encontraron los determinantes sociales de la salud desarrollados en los años 70. Luego se aplicó el filtro para el periodo de tiempo 2004 a 2014 quedando 1.154 artículos; de estos al leer título se seleccionan 157 artículos que dan respuesta a la pregunta de investigación y a los criterios de inclusión. Posteriormente a estos artículos se les realizó una verificación en sus resúmenes para determinar la relación entre las categorías, razón por la cual se depura nuevamente y se eligen 58 artículos. Luego se examinó la información que los estudios reportaron frente a la relación de las categorías de estudio, esta revisión se realizó entre dos investigadores, siendo seleccionadas 39 unidades de análisis.

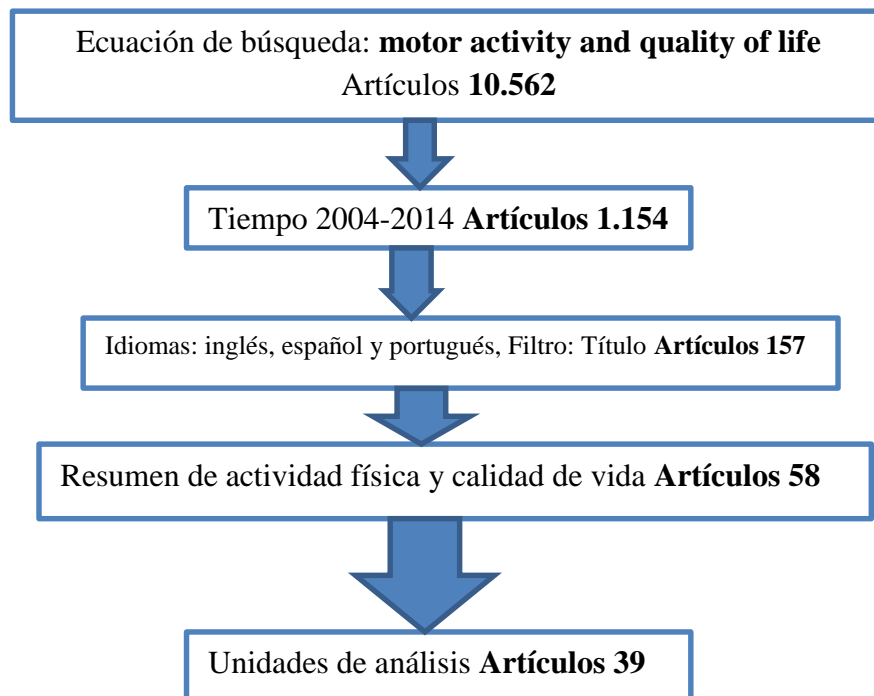


Figura III Flujograma de selección de artículos.

Caracterización de los artículos

Después de seleccionada la muestra se procede a continuar con la caracterización de los artículos utilizando los filtros que se tuvieron en cuenta para la elaboración de la bibliometría empezando por el país de origen donde se elaboró la investigación. Dentro de los países de estudio se encuentra una representación de 15 países del mundo. Como se visualiza en la gráfica.

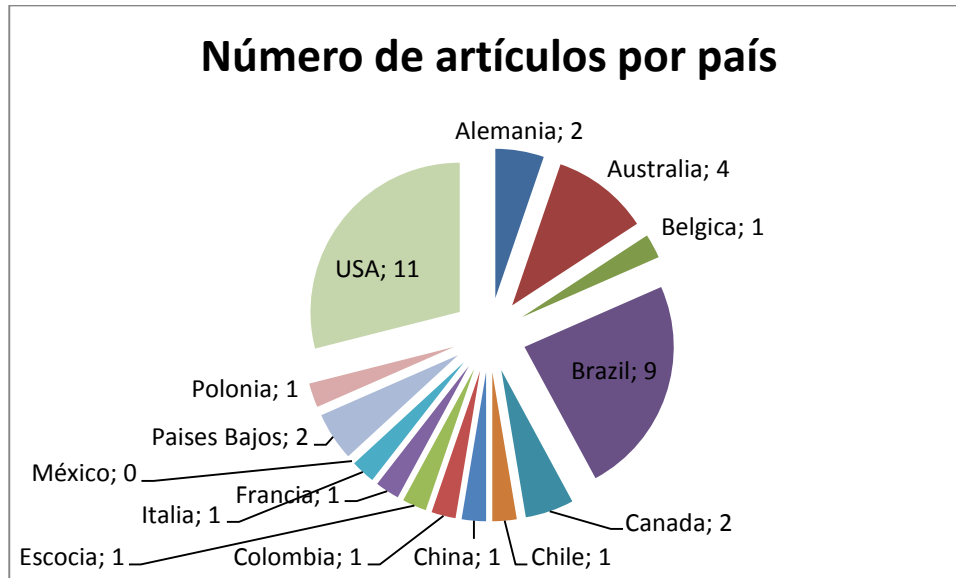


Gráfico N.1 País de origen

Dentro de América se presenta un buen número de artículos con relación a los demás países tomados del mundo, en general son artículos de Estados Unidos y Brasil seguido de Australia. Además, Alemania, Canadá y México con dos artículos en las cuales evidencia que la actividad física puede tener incidencia en las formas de vida de quienes la practican siendo un hábito en sus estilos y modos de vida.

Los idiomas elegidos como el inglés que es universal permitió analizar estudios realizados en países bajos y China además que tuvieron su representación en esta investigación. Se recuerda que por ser la base de datos PubMed sus artículos en su mayoría están publicados en inglés, dejando en evidencia que la industrialización de las publicaciones en salud la tiene Estados Unidos. Mientras que son más bien escasas las publicaciones en el idioma español, ya que se deben cumplir con requisitos indispensables para ser publicados con mayor exigencia en América Latina; y por último el idioma portugués para las investigaciones valiosas sobre actividad física realizadas en Brasil por

ser un país que abandera el tema, aunque en este estudio de los 9 artículos de Brasil seleccionados solo 2 de ellos están en portugués. El análisis general evidencia que el nivel mayor de los documentos es en inglés siendo muy superior a los que aparecen en español o en portugués



Gráfico N.2 Número de artículos por idioma

Fuente: Elaboración propia 2015

Es evidente que de los 39 artículos seleccionados se presenta un alto porcentaje en inglés, lo cual refleja que la investigación presenta un matiz universal del concepto y la práctica de la actividad física, dado que este tipo de publicaciones en este idioma se considera universal en el ámbito de la salud. Adicionalmente la relación con calidad de vida desde diversas perspectivas con visión universal y alta calidad en el análisis de sus categorías se evidencia en sus escritos. Para su selección se tuvo en cuenta aspectos relevantes en la población objeto de cada escrito, siendo estos lo biológico y las relaciones sociales.



Gráfico N. 3: Artículos por año

En el Gráfico N.3 se denota que la mayor literatura es reciente; Desde 2012 un número significativo de publicaciones sobre la actividad física, en especial el continente americano quien abandera la promoción y manifiesta sus beneficios en las diferentes etapas de la vida. Se puede deducir, además, que las investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud para cambiar los estilos y modos de vida y así obtener mayor impacto en las poblaciones vulnerables como son niños y adultos mayores. Además, se observó que los términos MeSH incluyeron los determinantes sociales de la salud a principios del año 2014.

Las 39 unidades de análisis están divididas en 30 estudios transversales, 1 prospectivo, 2 ensayo controlado aleatorio, 2 caso control, 2 revisión sistemática, 1 meta análisis, 1 transteórico. Permitiendo valorar cada unidad de análisis desde diversas visiones de la investigación de las categorías de estudio con revisión por pares.

En cuanto a la población es heterogénea ya que en los estudios se encuentran diversas edades, como infantes, adolescentes, madres gestantes, mujeres menopaúsicas, universitarios, adultos y adultos mayores, pacientes con amputación de algún miembro y pacientes con enfermedades físicas, comportamentales o psicológicas. Al igual que hay estudios para ambos sexos siendo más evidente los estudios en las mujeres.

Resultados generales

Conceptualización calidad de vida

Para establecer una definición de calidad de vida se debe tener en cuenta la perspectiva en que se visualice, se da un matiz a los estudios teniendo presente que se puede estudiar desde la medicina, con énfasis en la parte terapéutica, psicología y social. En la mayoría de los artículos, sus autores, por tener una visión netamente anglosajona desde la medicina, dejan denotar que la calidad de vida la analizan desde el bienestar. Es vista como la funcionalidad, hecho que hace relevante percepción en la persona dado que establece la prevención a padecer alguna enfermedad mejorando su diario vivir. Por este motivo la calidad de vida tiene un potencial como marco conceptual para organizar y de esta forma clarificar conceptos como bienestar, estado de salud, relacionada con la actividad física. Siendo el resultado una asociación y relación coherente en estos conceptos que contribuye a una mejor relación de salud y bienestar.

Aunque el mayor número de estudios avala las condiciones de tipo subjetivo dejan de lado la satisfacción emocional y social que también proporciona las condiciones de vida. Es en los artículos de Pan, Yan, Guo y Yan (2013) y Konopack (2012) que da una visión diferente a la calidad de vida al realizar actividad física involucrando emociones y satisfacción que adquiere la persona al ampliar su espiritualidad y autocontrol dando otra

perspectiva. Y en el estudio de meta análisis rehabilitación cardiaca (RC) y Tai Chi (TC) quien evaluó los efectos del TC en la capacidad de ejercicio, la calidad de vida, y otros resultados clínicos en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. Dentro de los artículos analizados encontró el beneficio que trae en la calidad de vida, la práctica del ejercicio a bajo costo concluyendo fuerte relación entre la ellas, ayudando a las personas que padecen esta enfermedad que en general son de bajos recursos y no cuentan con el recurso económico para cubrir los medicamentos. Además, todas las formas de TC tienen su patrón para ser ejecutado en la siguiente sin pausa, lo que asegura que el cuerpo permanezca en dinámica motivación. Aunque concluye que no todos los estudios muestran su eficacia siendo poco claros.

Por otro lado, para el estudio de Vagetti et al. (2012), el instrumento a utilizar para medir la calidad de vida fue la entrevista estructurada, cuestionarios donde se indagó sobre diferentes factores sociales, económicos y ambientales que influyen en las mujeres mayores de los 60 años. Vagetti et al. (2012) define CV como “a percepção do individuo quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, expectativas, padrões e preocupações” (p.3486). Para unificar en la mayoría de los diferentes artículos de esta revisión se encuentran como instrumento de medición para calidad de vida una variedad de SF36. Algunos la utilizaron en pleno como fue elaborada con sus diversos ítems y otros la validaron para adaptarla según la población de estudio, llevando a que la calidad de vida sea valorada multidimensionalmente trascendiendo en la sociedad.

Concepto de actividad física

En cuanto a la categoría de actividad física y su concepto se analizó en la mayoría de los artículos desde el factor biológico, cuando se trabaja desde el punto de vista enfermedad, para evitar posibles padecimientos o situaciones crónicas no transmisibles y terapéuticos, por ejemplo algunas casos se evidencian en los siguientes artículos Elavsky, (2009), “Physical activity was entered in to the model as weekly energy expenditure in leisure-time physical activity only” (267), además de Rank et al. (2014), cuando dice: “Furthermore, physical activity has been suggested to positively affect HRQOL and psychosocial variables in normal weight 15-18 and overweight/obese children and adolescents” (733) y lo reafirma Vancampfort et al. (2013) y Whitney et al. (2013) cuando manifiestan como fin mejorar el funcionamiento del organismo, regenerando y a su vez proporciona satisfacción y bienestar corporal en quienes la padecen.

En cuanto a la funcionalidad entendida como el mecanismo de optimización del organismo se ha dejado de lado otras circunstancias del contexto que incluyen en las personas como por ejemplo que al realizar los movimientos se obtienen mayores beneficios sociales y sentimiento de bienestar.

El factor psicológico y social de la categoría actividad física (AF) se tuvo en cuenta, de tal manera que las investigaciones tuvieran una visión desde la felicidad, el bienestar y la satisfacción para mejorar su condición social dentro de una población determinada. El mejorar su autoestima, las emociones que se manifiestan dando como resultado sentimientos y demostración de valores que mejoran sus vidas en la parte emocional. Los pares de apoyo social con las que cuenta las personas son de naturaleza formal cuando están asociadas al ámbito institucional y las informales que están constituidos por la familia, familiares extensos, los vecinos y los amigos. Sin olvidar que es un concepto

multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como grupos de apoyo y servicios sociales, entre otros. Los artículos que cumplen con este aspecto son: Borges et al. (2014) cuando concluyen “physical role functioning, bodily pain, vitality, general health perceptions, social role functioning and mental health” (70). Para Rosenkranz et al. (2013) dice “This salutogenic orientation is instructive for determining influences on aspirational levels of health and well-being” (3) y los siguen Hebestreit et al. (2014), Konopack (2012), Vagetti G et al. (2014), Vagetti G et al. (2012), Sylva et al. (2013), Weight et al. (2013) y McNaughton et al. (2012).

No se puede dejar de lado el contexto social donde la actividad física se conceptualiza ya que influyen las relaciones sociales, la seguridad social y la tranquilidad emocional del sujeto. Según Vagetti et al. (2012) dice “Este é um conceito que incorpora a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características relevantes do ambiente” (3485). Su representación en este estudio está dada por los artículos Zavala et al. (2010), Pan, et al. (2013) Gómez et al. (2013), Elavsky et al. (2005). Joseph et al. (2014), Kotarska (2014), Borges et al. (2014) y por último Duarte et al. (2010), aportando mayor soporte a este aspecto social. Son medios de comunicación los cuales también influyen para la conceptualización de la actividad física ya que su uso permanente mueve masas e incentiva a las personas para sus prácticas.

¿Cómo se conceptualiza las prácticas de actividad física?

Los artículos evidencian que se utiliza herramientas que se han elaborado con el fin de medir la práctica de la actividad física en relación con la calidad de vida. Dentro de estos

se encuentra el PASE, IPAQ además de algunas medidas antropométricas como acelerómetro, podómetro y METS los cuales establecen un parámetro de la práctica de la actividad física.

En lo estudios, las prácticas se encuentran conceptualizadas implícitamente en el reporte mediante un instrumento, lo cual ciertamente está determinado por varios factores como se ha venido mencionando tales como las relaciones interpersonales y sociales que se desarrollan dentro de la población, adicionalmente van directamente ligadas a las estructuras sociales las cuales se afirman en su cotidiano vivir. Se asumen además las prácticas culturales mediante la apropiación de los desplazamientos permitiendo la interacción social de una determinada población. Para ello dentro del estudio se tiene el Tai Chi y sus autores Pan et al (2013) cuando dice: “Considering there are no special equipment requirements, low costs, and multiple physical benefits, TC may represent an interesting alternative to conventional exercise training, and incorporation into CR programmes” (p.3)

En cuanto a las prácticas culturales es decir aquellas que se vuelven tradicionales o recurrentes dentro del contexto poblacional reportan sus beneficios en niveles altos de autoestima, estabilidad emocional y autocontrol. A quienes están asociados a la participación en programas de la educación física y prácticas no formales en gimnasios, actividades de rutina diaria y cotidianidad, con lo que se puede concluir que la actividad física es un factor protector importante para aquellas personas que tienen un auto concepto bajo. Se encontró que hay estudios con programas de aeróbicos, ejercicio supervisado durante un tiempo determinado, entrenamiento, deportes, gimnasio y en algunos casos como el estudio de Cash et al. (2012) dice: “free-time physical activity was associated with

higher obesity-specific QOL, and eating while doing Another activity was associated with lower productivity” (p.1136), el tiempo libre puede ser utilizado en forma productiva.

¿Cómo se relaciona la actividad física con la calidad de vida?

En cuanto a la relación entre actividad física y calidad de vida se presenta una gran influencia por las condiciones en que se encuentran. Teniendo en cuenta los ingresos, la seguridad social y el nivel socioeconómico se reporta en los artículos de Nakamura et al (2014) “PA were associated with physical health and overall HRQL. Furthermore, moderate intensity and total leisure-time PA were associated with mental health” (p. 3) que ayudan a tener mejor modo durante su vida. La satisfacción física, emocional, social y sentimental, otra necesidad sentida en los artículos elegidos entre los cuales se encuentra Thraen K et al. (2013) “The CHAMPS questionnaire is also able to address social participation, as there are nine questions regarding social activities” (p. 371), en el caso de una enfermedad terminal.

Por otra parte, cuando se presenta una amputación de algún miembro como lo resalta Deans, Mcfadyen y Rowe (2008) “perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns” (p. 190), las relaciones sociales son un recurso necesario dentro del proceso de rehabilitación de la persona.

Además, el bienestar es otra percepción de la calidad de vida analizada ya que puede ser influenciado por el ambiente, o lugar donde se desenvuelve el individuo el cual se puede presentar en el momento en que se aplica el instrumento utilizado por cada uno de los investigadores. Maciel E (2013), afirma que: “This gives us an indication that people tended to be motivated to practice regular physical activity when welcomed by a group or

community where the activities can collectively improve the adherence or strengthening of behaviour” (p.42)

Ahora bien, según las posturas anteriores es evidente que el contexto en que se vive, influye notoriamente en la percepción de la felicidad que se puede acentuar en la relación actividad física y calidad de vida. Los instrumentos que se utilizaron para establecer la relación fueron los empleados universalmente WHOQOL, por la Organización Mundial de la Salud, Sport Form Health Survey SF36 con los dominios a través de la percepción, adaptado en su mayoría a la población a valorar, Satisfaction Whit Life Scale (SWLS), Pediatric Quality of Life Inventory, con adaptaciones según la muestra y las encuestas diseñadas por los mismos investigadores para confirmar su relación con la calidad de vida.

Resultados analíticos

Concepto de actividad física

En los artículos analizados, la mayoría de estos estudios se enfocan en la actividad física con tendencia del concepto desde una visión de salud, enfermedad (18 investigaciones), algunos reconociendo levemente el concepto desde una visión social (12 investigaciones), en tiempo libre (3 investigaciones) y en medios económicos (5 investigaciones), ninguno con visión cultural.

Para autores de la literatura académica la actividad física es visualizada como movimientos físicos y su desarrollo a partir de un gasto energético, como un mecanismo para la prevención o factor protector de enfermedades no trasmisibles. Es el caso de Elavsky (2009) quien afirma que: “This questionnaire assesses the frequency, duration, and intensity of 14 different physical activities and allows for calculation of metabolic equivalents of energy expenditure in reported activities” (p.267), o Whitney et al. (2013)

quien estudia la relación entre la capacidad de un individuo para cumplir con las recomendaciones en salud (AF) de acuerdo a su limitación; como ejemplo están Silva y otros (2013), Cancampfort et al. (2014), Borges et al. (2014), Marck et al. (2014), Hebestreit et al. (2014) Buffart et al. (2013) y Bassett R (2009), además de la finalización de las pruebas de seguimiento de los pacientes con alguna enfermedad. Siendo uno de los ejemplos más contundente relevante el mencionado por Ritt et al. (2013), el cual se establece con ejercicio supervisado; así mismo Cadeddu et al. (2014) plantea la AF como un probable componente probable que reduce el riesgo de adquirir enfermedades no transmisibles en especial la diabetes.

Para el caso de las enfermedades psicológicas como la depresión se presenta el estudio abordado por: Tendais et al. (2011), en el cual se clasifica la actividad física con una escala de leve, moderada y vigorosa de acuerdo al tiempo de práctica de actividad física realizada durante una semana según el gasto calórico. Habría que decir mencionar también que se ha investigado a diferentes autores acerca de la relación actividad física y la calidad de vida Vagetti et al. (2014) realizó una revisión sistemática confirmando el factor protector o de prevención que tiene la actividad física en la calidad de vida, adicionalmente, Pan et al. (2013), relacionan la actividad física con estado físico y funcional, es decir con la forma de mantenimiento del cuerpo y a su vez la manera como responde este a diversas exigencias en su cotidianidad, para mejorar la calidad de vida de quienes padecen alguna enfermedad.

Por otro lado, para Abdou, Erpelding, Escalón y Vuillemin (2013), expresan “Physical activity (PA) is of growing interest among those involved in public health, not least because its beneficial effects on health” (p.2021) así como Cash et al. (2012) y

Giopinath et al (2012), valoran la actividad física ejercitada en el uso del tiempo libre, con gasto energético medido por los METs y como motivación para implementar mejorar los modos, estilos y condiciones de vida.

Otras investigaciones con visión social son las de Rank et al. (2014), Konopack (2012), Vagetti et al. (2013), Gómez et al. (2013), Elavsky (2009) y Joseph et al. (2014), quienes demuestran que la edad, sexo, estilo, modos y condiciones de vida son consecuencia de las interacciones y construcciones cotidianas durante un tiempo de ejercicio con evidencia solamente en un gasto calórico.

Otras investigaciones acerca de la actividad física tales como las Nakamura et al (2014) y Deans et al. (2008), enfatizan en la satisfacción y bienestar siendo clasificadas como multidimensionales. Dan una perspectiva diferente a las demás unidades de análisis de esta revisión y proponen otra alternativa a la actividad física por quienes la realizan.

Mientras que en otros estudios son los programas creados para la práctica de la actividad física como los de Weight et al. (2013), Vagetti et al (2012) en los cuales, los sujetos tienen como objetivos mejorar sus condiciones de vida, adicionalmente son evaluados con autopercepción de sus progresos como una oportunidad en búsqueda de establecer rutinas cotidianas.

Finalmente se valoraron los medios económicos necesarios para la buena salud entre los cuales se presenta: McNaughton et al (2012), Zavala et al. (2010) quien manifiesta que la alimentación es primordial para el desempeño de la actividad física, acorde con este, Cash et al. (2012) manifiesta lo importante de una dieta balanceada para dar buenos resultados tanto en la actividad física como en la calidad de vida. De igual manera para

Hidalgo-Rasmussen & Hidalgo- San Martín (2013), dicen “La actividad física tiene beneficios para el estado corporal y mental según el nivel de actividad que se realiza” (p.1944) y da valor significativo al nivel socioeconómico de los sujetos del estudio.

Prácticas de actividad física

En esta investigación se concibieron como las aplicaciones o ejecuciones físicas y los tipos de acciones relacionadas con el movimiento expresadas por los autores dentro de sus relatos. La actividad física en los artículos es establecida en diversas formas: actividades de rutina diaria, caminar, aeróbicos, ejercicio dirigido y supervisado, gimnasia y algunos deportes. En cuanto al tiempo libre se instauran la recreación, juegos, salidas ecológicas y desplazamientos que implican desempeño físico. Como novedad actividad física adicional se encontró la práctica de pilates, Tai chí y la espiritualidad, aunque fueron estudios documentales se tuvieron en cuenta pues están relacionadas con AF.

En aquellos artículos en cuya investigación se manejaron y utilizaron como instrumentos de medición los cuestionarios estandarizados o encuestas, se examinaron las prácticas de actividad física específicas de los protocolos tales como: el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) en estudios como mencionados en las investigaciones de: Nakamura et al (2014), Vagetti et al (2014), Vagetti et al (2012), Deans et al (2013), Abdou et al. (2013) McNaughton et al. (2012), Bassett R (2009) y Kotarska (2014). Para la intensidad de la actividad física entendida como la relación de frecuencia constante en los artículos se clasificó en leve, moderada y vigorosa, teniendo en cuenta su duración y la repetición de la práctica. Las prácticas de la AF estuvieron reguladas en METS o esfuerzo y fue analizado en los siguientes estudios: Elavsky (2009), Rank et al (2014), Silva et al. (2013), Ritt et al (2013), Whitney et al (2013), Borges et al (2014),

Hebestreit et al (2014), Cadeddu et al. (2014), Konopack (2012), Verwimp y Ameye (2013), Weight et al. (2013), Thraen et al. (2013), Giopinath et al. (2012), Tendais et al. (2011) y Deans et al. (2008).

Para ello se tuvo en cuenta el uso de instrumentos externos como el acelerómetro Hebestreit et al. (2014), Konopack, (2012) y Verwimp y Ameye, (2013) y podómetro Whitney et al. (2013). Estos estudios van en correlación con la definición de la OMS (1975) “cualquier movimiento corporal que producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. Y otras poco utilizados como son GLTEQ y PASE: Whitney et al. (2013), Elavsky et al. (2005), solo GLTEQ Cash et al, (2013). GTLC White et al. (2009), LTPA Bassett R, (2009).

Adicionalmente se tuvo en cuenta instrumentos como la entrevista en el caso de: Duarte et al. (2010), la encuesta para Sylva et al. (2013) y Zavala et al. (2010) con el auto reporte mientras que para Buffart et al. (2013), Test Retest de Rosenkranz et al. (2013), los cuales realizaron un aporte importante a cada una de sus investigaciones.

Concepto calidad de vida

En la calidad de vida por otra parte es importante establecer la combinación de lo objetivo, subjetivo, bienestar y satisfacción, lo cual permite enfocar de una manera compleja el diario vivir de los sujetos, sus condiciones de vida y establecer relaciones existentes entre ellos.

En cuanto a lo objetivo, los estudios enfatizan a las enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades terminales y el nivel socioeconómico, los cuales son factores que influyen para la incidencia en la ejecución de la actividad física en búsqueda del

bienestar corporal, anímico y mental del sujeto. Además, de una alimentación saludable y balanceada de acuerdo a las necesidades fisiológicas de tal manera que sirva de motivante energético para estimular la realización de las prácticas de la actividad física, teniendo en cuenta sus limitaciones.

Por otra parte, lo objetivo tiene presente la manera cómo percibe la vida el sujeto partiendo del nivel socioeconómico con que cuentan los individuos. Es solo en el estudio de Kotarska et al (2014) que dice “Relationship between Physical Activity and Quality of Life after Liver Transplantation. From all domains of SF- 36 questionnaire, only social functioning domain correlated negatively with sitting time domain of IPAQ” (3) donde se manifiesta la relación entre función social y el transcurrir del tiempo en otras palabras la cotidianidad y diario vivir del sujeto.

Mientras que la investigación de: Hidalgo et al. (2013) manifiesta que: “La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a la salud física y mental percibida de manera individual o grupal en el tiempo” (p. 1945). Y expresa que existe una asociación entre actividad física y calidad de vida pasando por un menor tiempo a exposición a la pantalla y en actividades sedentarias, contemplando los entornos que rodean el sujeto. Al igual que para Abdou et al. (2013), Buffart et al. (2013), McNaughton et al. (2012), Zavala et al. (2010), y Kotarska, et al (2014) utilizando de manera diferente el tiempo.

Después de abordar la visión objetiva se continúa con la subjetiva partiendo de la percepción que manifiesta el sujeto según su estado físico, social y emocional como también los efectos en la intensidad del dolor, considerando que, si hay mayor bienestar, por ende, la calidad de vida obtiene mejores resultados. Así mismo hay mayor control del sujeto con autonomía, vitalidad, agilidad mental y psicológica en la práctica de la actividad

física para lograr optimizar y superar las dificultades, estableciendo relación estrecha con calidad de vida. Estos hallazgos sugieren beneficios de la parte metabólica, el control físico, social, mental y psicológico del sujeto y por consiguiente de las condiciones de vida según la percepción subjetiva de la vida. De manera que esto ayuda en el desarrollo de intervenciones para promover bienestar general entre los sujetos Borges et al. (2013), Konopack, (2012), Vagetti et al. (2012), Deans et al. (2013), Kotarska et al. (2014), Hidalgo et al. (2013) y Bassett (2009).

Una vez analizada la visión objetiva y subjetiva se procede con la visión social. Estos estudios se concentran en acciones sobre el entorno físico y del medio ambiental específicamente. Además, buscan el bienestar social, en los modos y estilos de vida de una población determinada, donde la motivación juega un papel importante en el resultado final. Los estudios ofrecen en algunos casos estrategias para optimizar la autoeficacia, de tal manera que se establece como un factor modificable para mejorar la calidad de vida en diferentes poblaciones; en este caso la más analizada es la del adulto mayor por ser en quienes se presenta el mayor número de enfermedades crónicas no transmisibles. Vagetti G et al. (2012), Sylva et al. (2013), White et al. (2009), Gómez et al (2013), Cash et al. (2013) y por último Cash et al. (2012)

Finalmente se encontraron dos investigaciones en las que las cuales se contempló la visión objetiva, subjetiva y social como lo enunciado por Bond et al (2012) “Thus, the primary aim of this study was to compare objectively-measured daily time spent in physical activity and sedentary behaviors between bariatric surgery- and lifestyle intervention-seekers” (p. 3), acorde con el estudio enunciado por Bond considera la necesidad de

establecer un programa para implementarlo en los estilos de vida de una población con el fin de mejorar la calidad de vida.

Análisis de relación actividad física con calidad de vida

En cuanto a la relación entre actividad física y calidad de vida, en el artículo de Elavsky (2009) se manifiesta que: “the effects of physical activity on QOL are mediated, in part, by intermediate psychological outcomes and that physical activity can have long-term benefits for women undergoing the menopausal transition” (p. 265) se establece la relación entre el ejercicio y calidad de vida ya que hubo beneficios físicos y psicológicos en la salud que le permiten un mayor bienestar de vida a las mujeres en el periodo de menopausia. Conclusión dada medido el ensayo en un tiempo de dos años y evaluado por encuesta física y psicológica en especial sobre la autoestima y afecto reportando rendimiento funcional.

En cuanto a la relación de (AF) y (CV) Rank et al. (2014) expone que: “The results indicate the potential role of physical activity in improving HRQOL without a substantial change in body composition.” (p.732) igualmente desarrollan una relación entre actividad física y calidad de vida a través de un estudio en personas sedentarias, con alto índice de masa corporal valorando los 6 dominios en especial la autoestima sin ser evidente las transformaciones que se dieron en la imagen corporal. Tomando en cuenta que permanecieron hospitalizados y el estudio se realizó en un lapso de 2 años con cambios notorios a los 6 meses. Y se analizó desde una visión terapéutica en los sujetos como un constructo multidimensional.

Por otra parte, en el artículo de Sylvia et al. (2013), se presenta un estudio de personas que padecen el trastorno bipolar presentando como variables el sueño y la depresión las cuales se producen al no poder descansar el sujeto. Allí se establecen los beneficios de la actividad física para lograr una calidad de vida con tendencia terapéutica a en los sujetos que padecen el trastorno y los cambios significativos de los individuos que practican actividad física con alguna frecuencia para lograr un plácido sueño reparador. Adicionalmente se analizaron variables como sexo, edad, estado civil, raza, educación entre otros realizando un estudio clínico y demográfico de los sujetos.

Otro aspecto en esta relación (AF)- (CV) lo establece Vancampfort et al. (2014) como analiza la obesidad con presencia de trastornos alimenticios como bulimia, anorexia, ansiedad, depresión, sensibilidad, sueño, hostilidad y otras variables que influyen en el comportamiento de quienes padecen alguna de ellas y relacionan además la cantidad de tiempo de permanencia en la cama asociado con la obesidad. Concluyen que los pacientes que realizan alguna práctica de actividad física muestran notoria mejoría en su bienestar funcional reportando mejor calidad de vida.

Para Ritt et al. (2013) “among patients with HF due to Chagas disease, longer distance walked in 6 min was independently associated with better quality of life” (p.4585) establece el beneficio de la práctica de la actividad física en tan solo 6 minutos para los pacientes con insuficiencia cardiopulmonar. Además, les permitió analizar la capacidad anaeróbica, pulmonar y frecuencia cardiaca en los sujetos de estudio con un VO₂ pico significativo, concluyendo que manteniendo una óptima relación entre actividad física y calidad de vida el sujeto obtendrá un beneficio terapéutico para quienes participaron en la investigación.

En cuanto a la utilización de elementos externos Whitney et al. (2013) “open to participating in a study using pedometers to assess physical activity, along with the measurement of QOL” (p.370) este estudio piloto asintió la utilización de elementos externos como fue el podómetro, por otra parte, colabora para futuras intervenciones en pacientes con epilepsia puesto a que algunos de los sujetos manifestaron agrado por la caminata sin interferencia del medidor. El estado de salud de los sujetos fue seguido rigurosamente por auto reporte obteniendo mejor calidad de vida.

En el estudio de actividad física desde la salud con visión terapéutica Marck et al. (2014) presenta pacientes que padecen esclerosis múltiples manifestando que: “For PwMS, regardless of disability level, increased PA is related to better HRQOL in terms of energy, social functioning, mental and physical health” (p. 1) se refleja las bondades que exteriorizan los pacientes que practican actividad física como factor protector en la calidad de vida.

Por su parte, Hebestreit et al. (2014) conciben la relación entre actividad física y calidad de vida desde una visión netamente clínica cuando establecen que: “We also tested associations between HRQoLscales and BMI, body fat, FEV1, physical activity, and anaerobic and aerobic performance at baseline” (p.3) el aumento de actividad física se relaciona con una mejor calidad de vida en términos de energía, funcionamiento social, salud mental y física, de los en sujetos que padecen la enfermedad de fibrosis quística.

Por otra parte, Rosenkranz et al. (2013), exponen la actividad física y su relación con calidad de vida de forma terapéutica analizando la permanencia de estar sentado con el tipo de actividad que pueda realizar para mejorar la calidad de vida. Es así cuando

manifiestan que “Stemming from a salutogenic approach and positive health message framework, we sought to investigate whether higher levels of physical activity and lower levels of sitting time were positively associated with excellent health and quality of life” (p.7) en el cual se obtienen los resultados con diferencia entre quienes ejercitan la (AF) y quienes permanecen sentados.

También Thraen et al (2013), presentan la relación entre (CV) y (AF) con una visión netamente anglosajona para los pacientes con cáncer. Determinando que la actividad física es una alternativa para relacionarse socialmente, dado que por su situación física se hace indispensable proporcionar al paciente alternativas para mejorar la calidad de vida. De allí la necesidad de la práctica física que le permita sobrellevar el estado de salud en que se encuentra. Además, se utilizaron modelos estratégicos para establecer la relación actividad física, participación social y calidad de vida, con resultados favorables, hecho manifestado por los enfermos.

En cuanto a los artículos relacionados con enfermedades cardiacas para Pan et al. (2013) otra forma de la actividad física es el Tai Chi para mejorar la calidad de vida realizando un meta análisis en dos bases de datos PubMed y Embase. Con hallazgos como: “Our results showed that MLHF scores of the intervention group were significantly lower than for the control group. Higher MLHF scores indicate worse QoL” (p.321) es el Tai Chi un factor protector en quienes lo practican bajo un asesoramiento técnico mejorando significativamente la calidad de vida de quienes padecen alguna enfermedad cardiaca según los datos interpretados, con una mirada netamente biológica inclinada hacia la salud.

Dentro del mismo contexto Cash et al. (2012), exponen que: “previously shown that physical activity and BMI are associated with obesity specific quality of life (p.2382) dejan deducir que es valorada con visión positivista hacia la salud. Reportan al sexo como una variable de estudio donde la mujer la realiza de forma social a modo de beneficio, mientras que los hombres muy poco. Se analizó la actividad física como predictor de cambio en la calidad de vida.

En cambio, para Tendais et al. (2011) explican que: “Pregnant women report lower levels of physical functioning, vitality, social functioning and more limitations due to emotional problems than nonpregnant women 33” (p.220). Aunque la actividad física es un estado natural del ser humano, tiene modificaciones hormonales manifestadas por la depresión alterando a la mujer que se encuentra en estado de gestación. Es por ello que esta investigación muestra la mirada de salud terapéutica, unilateral para beneficio de quienes presentan niveles bajos de funcionamiento físico, vital y social con limitaciones emocionales, presentan como un factor protector para las madres gestantes el que practiquen alguna actividad física la cual repercute mejorando así su calidad de vida.

Cabe anotar que en los estudios realizados por Deans et al. (2008), se encontró que: “Therefore, a large negative correlation indicates a strong positive relationship between level of physical activity and perceived quality of life” (p.189) al ser medidos con diferentes dominios llegaron a este resultado. Se demostró de forma terapéutica que la calidad de vida mejora en personas con amputación, cuando ejecutan cualquier tipo de actividad física teniendo presente su limitación funcional y su estado de ánimo vital para continuar la rehabilitación.

Adicionalmente, para Cash et al. (2013), “Data also suggest that physical activity is associated with improved HRQOL(13) and fewer physical and mental unhealthy days” (p.1135) es así como se reafirma que los lazos existentes entre actividad física, alimentación saludable son predominantes para obtener una mejor calidad de vida con visión positivista, ya que es unilateral solo para las personas obesas las cuales deciden por algún motivo realizar cirugía o practicar hábitos saludables en su alimentación y actividad física para bajar de peso. Además, concluyen que con la productividad en el desempeño laboral haciéndolo más visible. De allí que no solo sea valorar la parte de salud terapéutica con visión positivista, individualista y particular de la salud de cada persona; sino también la relación existente entre los modos, estilos y condiciones de vida teniendo presente el estado de vulnerabilidad y distribución de todo un colectivo para ello se analizó los artículos siguientes.

Para Duarte et al. (2010), “A atividade física, além dos benefícios físicos, parece ter um papel importante na qualidade de vida, que engloba domínios como capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos, religiosos, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e ambiente em que se vive. Está relacionada à autoestima e ao bem-estar individual” (p.434) con un enfoque crítico de la salud social en mujeres mayores de 60 años. Clasificaron la actividad física en vigorosa, moderada y leve mostrando que con el paso del tiempo las mujeres se vuelven sedentarias, cambian sus modos y estilos de vida al igual que sus condiciones por diversos factores.

Finalmente, Abdou et al. (2013), establece que: “regarding the association between sporting activity and QoL by PA level, sport was nearly always associated with better QoL,

even more so for men with low or high levels of PA (physical and psychological health)” (p. 2024-5) el cual deja claro que la práctica del deporte es otra forma de actividad física, además que cada sexo tiene su propia percepción al realizarlo de acuerdo a sus necesidades trayendo beneficios para todos en diferentes grados. De allí que las unidades de análisis de esta revisión se agrupan cuando se habla de la relación calidad de vida con actividad física, puede ser por los beneficios que trae siendo ellos físicos o funcionales cuando concierne a lo corporal, sociales cuando se establecen interacciones entre las personas y psicológicos por el impacto que causa en la persona, grupo o población.

Análisis determinantes o determinación

Entre las 39 unidades de análisis en la lectura crítica realizada, los autores reportan en sus estudios, la recolección de datos estructurada y su análisis de resultados según los datos numéricos. Se halló que 30 de estas unidades abordaron sus estudios con perspectiva netamente desde el modelo de determinantes de la salud con una visión anglosajona proporcionando un reconocimiento a las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas. Rezaga los factores de riesgo individuales, ya que indaga las causas de la incidencia y no del caso en sí. Hace que los determinantes consideren la salud desde una visión de equidad, encaminada a originar la disminución de las diferencias injustas de salud entre grupos desiguales. Así mismo, esboza que estas diferencias son resultado de las clases sociales, emanada por una repartición desigual de los ingresos, los bienes, el poder y los servicios. Con prioridad a entender la CV tan solo como un bienestar físico mejorando la enfermedad, en otros casos estudian la enfermedad, forjado las bases para pensar de una manera más sistemática y científica, los problemas de salud en las sociedades como lo expone Marmot.

De las nueve unidades de análisis restantes, cinco tiene una perspectiva social con visión crítica siendo ellos McNaughton, et al (2012), quienes incluyen el nivel socioeconómico al igual que Abdou et al. (2013) teniendo presente el medio en que se desempeñan. Otro es el uso del tiempo libre manifestado y medido en la parte social siguiendo ellos: Elavsky et al. (2005), Hidalgo et al. (2013), Tendais et al. (2011) con mayor inclinación a la determinación social, siendo valoradas las relaciones sociales que en ella se presenta al practicar la AF mejorando la CV de quienes la ejercitan.

Y por último las cuatro unidades de análisis se encuentran entre los determinantes y la determinación ya que se inclinan en los estilos de vida saludable, pero lo abordan desde la una visión híbrida en la que predomina como factor transcendental las desigualdades sociales que pueden afectar la CV de las personas, siendo ellas el de Borges et al (2014), Konopack (2012), Pan et al. (2013) y White et al. (2009). Pero a su vez también se reconoce la salud-enfermedad como un transcurso polémico y que las condiciones de vida individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina.

Una contribución significativa de esta investigación es que al elaborar el análisis surgieron otras categorías en los estudios revisados los cuales las nombro como emergentes que no se contemplaron y que son significativas para la construcción de un modelo desde la determinación social. Estas categorías son el cuerpo como medio publicitario, la cibernética y las relaciones de poder en las relaciones AF y CV surgen para ser visualizadas; como ejemplo se encontraron en las unidades de análisis: McNaughton et al. (2012), Hidalgo et al. (2013) y Vagetti et al. (2013)

Discusión

En las unidades de análisis se encontró con el enfoque en salud-enfermedad para entender la relación entre AF y calidad de vida, siendo estas relevantes. Sin embargo, poco se profundizan otras orientaciones, tales como las relaciones interpersonales, el entorno, el medio ambiente entre otras, las cuales desde finales del siglo XX han ido tomando auge hasta obtener definiciones próximas a los determinantes sociales de la salud; más aún la actividad física como vínculo, que repercute en la salud de la persona y la población.

En la mayoría de los artículos analizados, se tiene como fin el modelo de determinantes, ya que es la directriz actual más extensamente divulgada y avalada por la Organización Mundial de la Salud, para impugnar las desigualdades en salud. Constituido en la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en el año (2005), como alternativa para dar solución a la problemática de desigualdad social (OMS, 2005).

Una de las categorías de análisis para esta investigación fue el concepto de actividad física; al respecto se muestran diversas posiciones en las que las prácticas definidas por los estudios no se perciben fácilmente, a causa de la hegemonía del concepto biológico de la actividad física. Es importante esclarecer que los autores definieron los conceptos, sin contemplar los imaginarios concebidos en los transcurso de reproducción social, sin aseverar el dialogo de saberes científico y popular, propuesto por (Breilh, 2013).

En las investigaciones estudiadas un número reducido de ellas, relacionan actividad física y recursos económicos, con base en una visión positivista del fenómeno, siendo mínimas las investigaciones que contienen elementos como diversión social y cultura a nivel particular y estructural, planteado por Breilh (2013), en la que determina que los

ingresos familiares, las condiciones laborales, los espacios de descanso y los modelos económicos influyen en las condiciones presentadas en el entorno y contexto de la práctica de la actividad física y el deporte. De modo que la AF se vincula a la manera como el concepto de salud se ha estudiado en el transcurso de su existencia: “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía” (Bouchard et al., 1990., Devis y Peiró, 1993., Hallal., 2005., OMS, 2014).

También, se empiezan a visualizar componentes de la determinación social en algunas investigaciones, como por ejemplo en Vagetti G, et al. (2014) quienes afirman que: “The participation in physical activity (PA) may play a key role in healthy aging and thus in promoting” (p. 3486), pensando la salud más allá de la enfermedad. Para Joseph et al. (2014) experimenta la correlación entre la capacidad de un sujeto para acatar las recomendaciones en salud, refiriéndose a AF y el ingreso económico; además de la finalización de las pruebas de seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas. Igualmente, Rank et al. (2014), Weight et al. (2013), Zavala et al. (2010), establecen si el tiempo empleado en la AF y la dieta de los jóvenes se afecta con la posición socioeconómica y repercute con el peso corporal.

Las propuestas de países anglosajones y algunos países avanzados, con relación a la medicina social latinoamericana, tienen aspectos que difieren desde su concepción, es así como, los primeros hacen énfasis en la necesidad de contemplar los fenómenos mostrados con la salud desde el realismo dialectico, mientras que los segundos correlacionan el saber popular con el saber científico, los modelos positivista e interpretativo, para entender contextos complicados y dar soluciones según las necesidades de los sujetos . (Breilh, 2013).

En cuanto a la relación de la actividad física con calidad de vida, usado como indicador epidemiológico, permite cuantificar la carga de la enfermedad que para una sociedad representa las pérdidas en salud comparando diferentes grupos de edad, géneros y estratos socioeconómicos como lo expreso Velarde y Ávila (2002). Se hizo evidente la necesidad de evaluar la calidad de vida desde el punto de vista económico, ya que algunos análisis de costo-efectividad hicieron uso de instrumentos, midiendo la enfermedad frente al estado en que se encuentra la población enferma y su percepción.

La relación existente entre calidad de vida y actividad física se evidencia específicamente en todos los estudios, aunque están dirigidos según la visión de los investigadores de acuerdo a las teorías. Las metodologías y los métodos se acercan más a la visión anglosajona y poco establecen la investigación del fenómeno desde la visión social. De allí, la prioridad de ampliar las investigaciones acerca de la relación calidad de vida y actividad física contemplando las metodologías cualitativas, que puntualicen los imaginarios concadenados con la actividad física y las condiciones de vida que intervienen o no en las prácticas de la AF, con una perspectiva de cambio y transformación, se podría vislumbrar la relación en la visión de la determinación social avanzando en las relaciones informales de la población.

Las relaciones sociales que surgen como consecuencia de la actividad física en las poblaciones, incluyendo su propia cultura y costumbres, están estrechamente ligadas a las inter seccionales mencionadas por Munevar y Mena (2013), se concatenan con lo propuesto por Breilh (2013), concebir las inequidades que afectan los hábitos, modos, estilos y condiciones de vida de las personas, en la práctica de la actividad física, con visión social. Por esto, es necesario promover investigaciones en salud de tipo social que contemplen las

condiciones sociales de vida, apoyados en los modelos estadísticos que afiancen lo real de la situación.

Y en cuanto a las limitaciones se debe mencionar que este estudio se restringió a revisar la producción contenida de una sola base de datos de la medicina PubMed con visión médica, sin abordar fuentes como la literatura gris y otras bases de datos desde la medicina social y otras ciencias. Además esta fuente secundaria es de libre acceso a los estudios. Esto implica que es conveniente continuar con investigaciones que contemplen otra clase de estudios, no solo de salud sino de otras ciencias y así ampliar a diversos enfoques. Además, se no reporta conflicto de intereses, ni apoyo financiero ya que no se necesitó.

Conclusiones

Con esta investigación, se puede concluir que algunos autores de la literatura científica, describen actividad física en su mayoría con base en la definición dada por la OMS y dejan de lado el factor social y cultural. Además, se construye una fuerte relación con la calidad de vida permitiendo una visión más amplia de ella en forma multidimensional, según las condiciones, estilos, modos y hábitos de vida. Para de esta forma ir evolucionando en su concordancia entre AF y CV.

En los estudios con visión crítica de la salud, toma una mirada diferente a la netamente anglosajona. Permite contemplar otras visiones necesarias para que toda una población supere las desigualdades, que en ella se puedan presentan. Superando los

problemas de salud que tenga la comunidad en general, mediante estudios que verdaderamente impacten a toda la población.

En algunos países como Colombia, muestran que son los sectores públicos y privados son los encargados de la actividad física y el deporte, reconocen la actividad física y en especial el deporte como un medio de relacionarse socialmente, ayudando a favorecer la convivencia, generar procesos de identidad y fomentar valores (Min.protección social, 2004). Estos inicios no se registran por escritos y los estudios han sido con una mirada de salud biológica, ya que a mediados del siglo XX se ha ido evolucionando hasta conseguir definiciones próximas a los determinantes y determinación social de la salud; así como desde la relación actividad física y calidad de vida en condición, que impacta la salud física de las personas.

En las unidades de análisis de esta revisión documental sobre las prácticas de la AF, se concluye, que se desconocen las actividades de rutina y doméstica diaria como verdadera actividad física. Presenta poca valoración por ser instintiva, aunque a la hora de ser calculadas se clasifica como AF, tal como lo formuló en su definición la (OMS, 2008). Esto desconoce las relaciones interpersonales que se puedan presentar y la reproducción que se da en el paso de generación en generación, desconociendo otras condiciones de vida. Y es cuando las categorías emergentes toman un papel primordial para ser consideradas en otras investigaciones, siendo ellas: el cuerpo como medio de publicidad, la cibernética y en especial el poder político en la actividad física para cambiar los estilos, modos y condiciones de vida de la población.

Referencias bibliográficas

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Latinoamericana de psicología* 35 (2), 161-164.

Arouca S. (2008). El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Biblioteca Fucsalud (2015) Base de datos de la salud. PubMed
<http://biblioteca.fucsalud.edu.co/index.php/bases-de-datos/libre-acceso/pubmed-texto-completo>. Parr.1

Breilh, J. (1979). Epidemiología: Economía, Medicina y Política, 1era edición. Quito: Universidad Central.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea]*, 31.

Botero B, E., y Pico M, E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11 – 24.

Borthwick-Duffy, S.A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. Springer-Verlag, *In L. Rowitz (Ed.)* p.52-66.

Bouchard, C., Shephard, R.J., Stephens, T., Sutton, J., y McPherson, B., (1990). Exercise, Fitness and Health. A Consensus of Current Knowledge. Champaign: Human Kinetics.

Brunner, E., Marmita, T. y Wilkinson, R. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.

Caballero, E., Moreno, M., Sosa, M., y Figueroa, E. (2012). Los determinantes sociales de salud y sus diferentes modelos explicativos. *bvs salud*, p. 1- 12.

Casimiro, A.J. (1999). Cdeportes. rediris. España: *biblioteca, hábitos*. Recuperado de <http://www.cdeporte.redirid.es/biblioteca/hábitos>. PDF.

Correa, J. (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. Bogotá: Universidad del Rosario.

Devis, J., y 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*. 4, 71-86.

Devís, J, D., (2000). Actividad física, deporte y salud. *Reefd*, p.50-56.

Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. *ENSIN 2010-2015*. Bogotá, Colombia 2015.

Fernández J, A., Fernández, M., y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento. *Revista Española de Salud Pública*, 84, (2), p. 169-184.

Lalonde M. (1991). *A new perspective on the health on Ca- londe Canadians*. Minister of supply on services. Ottawa: Government of Canada; 1974. World Health

Organization. Global strategy for health for all by the year 2000. EUR/RC 3018. Rev1

WHO. Copenhagen: La Organización.

González, P., Bousoño., Pedregal, J., y Bobes, J. (1993). Evaluación de calidad de vida. *Psiquiatría*, 5 (6), 12-17

Jiménez C, J., Téllez., C., y Esguerra, G. (2011). Conceptualización y medición de la calidad de vida en la infancia. *Diversitas* 7 (1)

Marmot, T., y Wilkinson, R. (2003). *Determinantes sociales de la salud. Los hechos sólidos*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Ministerio de protección social (2004). Guía para la elaboración de programas de actividad física. www.minsalud.gov.co.

Munevar, D., y Mena, L. (2013). *Mujeres afrodescendientes en situación de discapacidad. Diálogos intersecciones en la academia*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá - Colombia.

Morales, C., Borde, E., Eslava, J., y Castañeda. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Salud pública*. 15 (6), 797-808.

Organización Mundial de la Salud (2002).
http://www.who.int/topics/physical_activity/es/. Parr.1

Organización Mundial de la Salud, Commission on Social Determinants of Health. (2005). Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework

for analysis and action on social determinants of health. Geneva: World Health Organization. p. 17-18.

Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). Resumen analítico del informe final. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Piñuel, J. L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido, en estudios de sociolingüística, *3(1)*, p.1-42.

Prieto, A. (2003). Modelo de Promoción de la Salud, con Énfasis en Actividad Física, para una Comunidad Estudiantil Universitaria. *Salud pública* 5, (3), 284-300.

Rodríguez, M. (2009-09-15). De la salud individual a la salud global en la búsqueda de un mundo mejor. *Salud pública de Chile*. Recuperado de <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/231>.

Rother, E. T. (2007). Systematic literature review X narrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi.

Secretaria de cultura, recreación y deporte (2010). Política pública distrital de actividad física deporte y recreación. www.cultura-recreacionydeporte.gov.co.

Sen, A. (1996). Capacidad y bienestar. La calidad de vida, *Fondo de cultura económica*. 54-83.

Sicilia, A., González, C., Orta, A., Casimiro, A., y Ferriz, R. (2014). Motivos de los ciudadanos para realizar ejercicio físico: Un estudio desde la teoría de la determinación.

Latinoamericana de psicología, 46 (2), 83-91

Somarriba, M, N. (2013). Aproximación a la medición de la calidad de vida social e individual en la Europa comunitaria. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid. España.

Susser, M (2013). Pasado, presente y futuro. *Salud pública*, 15 (5), 719-730

Schuwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *ciencias y enfermería*, 9-21

Taylor, S.J., y Bogdan R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos*. Barcelona, Buenos Aires. México. Ediciones Paidós

Tuesca R (2005). Calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, (21), 76-86

Tuesca, R., Centeno, H., Salgado, M., García, N., y Lobo Y. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de barranquilla. *Salud Uninorte*, 24, (1), 53-63.

Urzúa, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71.

Velarde, E., y Ávila, C. (2002). Calidad de vida. *Salud pública de México*. 44 (4), 349- 361.

Unidades de análisis

Abdou, O., Erpelding, M., Escalón, H., y Vuillemin, A. (2013). Contribution of taking part in sport to the association between physical activity and quality of life. *Springer*, 2021-2029.

Bassett, R. L., y Ginis, K. M. (2009). More than looking good: Impact on quality of life moderates the relationship between functional body image and physical activity in men with SCI. *Spinal cord*, 47(3), 252-256.

Bond, D. S., Unick, J. L., Jakicic, J. M., Vithiananthan, S., Trautvetter, J., CO'Leary, K., y Wing, R. R. (2012). Physical activity and quality of life in severely obese individuals seeking bariatric surgery or lifestyle intervention. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1-5

Borges, J., Fontes, A., Santana, N., Souza, I., Kruschewsky, R., Galva, B., y Nunes, K. (2014). Pilates exercises improve low back pain and quality of life in patients with HTLV-1 virus: A randomized crossover clinical trial. *Elsevier*, 68-74.

Buffart, L., Chinapaw, M., Heymans, M., Aaronson, N., Courneya, K., y Verdonck-de Lew, I. (2013). Predicting optimal cancer rehabilitation and supportive care (POLARIS): rationale and design for meta-analyses of individual patient data of randomized controlled trials that evaluate the effect of physical activity and psychosocial interventions on health. *BioMedCentral*, 1-9.

Cadeddu, C., Nocco, S., Cugusi, L., Deidda, M., Bina, A., Orta, F., y Mercurio, B. (2014). Effects of metformin and exercise training, alone or in association on cardio-pulmonary performance and quality of life in insulin resistance patients. *BioMedCentral*, 1-9.

Cash, S. W., Beresford, S. A., Henderson, J. A., McTiernan, A., Xiao, L., Wang, C. Y., y Patrick, D. L. (2012). Dietary and physical activity behaviours related to obesity-specific quality of life and work productivity: baseline results from a worksite trial. *British Journal of Nutrition*, 108(06), 1134-1142.

Cash, S. W., Duncan, G. E., Beresford, S. A., McTiernan, A., y Patrick, D. L. (2013). Increases in physical activity may affect quality of life differently in men and women: the PACE project. *Quality of life research*, 22(9), 2381-2388.

Deans, S., Mcfadyen, A., y Rowe, P. (2008). Physical activity and quality of life: Study of a lower- limb amputee population. *Healthcare*, 186-200.

Duarte, E., Riveiro, A., Da Costa, L., Orcesi. P., Siani, S., y Mendez, A. (2010). Actividade física e qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais: fatores associados. *Ginecol Obstet*, 432-440.

Elavsky, S. (2009). Physical activity, menopause and quality of life: the role of affect and self-worth across time. *The journal of the menopause*, 265-271.

Elavsky, S., McAuley, E., Molt, R., Konopack, J., Marquez, D., y Diener, E. (2005). Physical activity enhances long- term quality of life in older adults: Efficacy, esteem and affective influences. *The annals of behavioral Medicine*, 139-145.

Elias, R., Elias, K., Porto, B., Oliveira, J., Reis, M., y Naves, L. (2013). Physical activities in daily life and functional capacity compared to disease activity control in acromegalic patients: impact in self-reported quality of life. *Arq Bras Endocrinol Metab* , 57(7), 550-557.

Gopinath, B., Hardy, L. L., Baur, L. A., Burlutsky, G., Mitchell, P. (2012). Physical activity and sedentary behaviors and health-related quality of life in adolescents. *American Academy of Pediatrics*, 130(1), 67- 74.

Gómez, L. F., Moreno, J., Gómez, O. L., Carvajal, R; y Parra, D. C. (2013). Physical activity and health-related quality of life among adult women in Cali, Colombia: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 22(9), 2351-2358.

Hebestreit, H., Schmid, K., Kieser, S., Junge, S; Ballmann, M., Roth, K., y Kriemler, S. (2014). Quality of life is associated with physical activity and fitness in cystic fibrosis. *BioMedCentral pulmonary medicine*, 14(1), 1-9.

Hidalgo-Rasmussen, C. A., Ramírez-López, G., y Hidalgo-San Martín, A. (2013). Actividad física, conductas sedentarias y calidad de vida en adolescentes universitarios de Ciudad Guzmán, Jalisco, México. *Ciencia y Saúde Coletive*, 18(7), 1943-1952.

Joseph, R. P., Royse, K. E., Benitez, T. J., & Pekmezi, D. W. (2014). Physical activity and quality of life among university students: exploring self-efficacy, self-esteem, and affect as potential mediators. *Quality of life research*, 23(2), 659-667.

Konopack, J. F., y McAuley, E. (2012). Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1-6.

Kotarska, K., Wunsch, E., Kempieńska-Podhorodecka, A., Raszeja-Wyszomirska, J., Bogdanos, D. P., Wójcicki, M., y Milkiewicz, P. (2014). Factors Affecting Health-Related Quality of Life and Physical Activity after Liver Transplantation for Autoimmune and

Nonautoimmune Liver Diseases: A Prospective, Single Centre Study. *Journal of immunology research*, 1-9.

Maciel, E. D. S., Vilarta, R., Modeneze, D. M., Sonati, J. G., Vasconcelos, J. S., Junior, V., & Oetterer, M. (2013). The relationship between physical aspects of quality of life and extreme levels of regular physical activity in adults. *Cadernos de saúde pública*, 29(11), 2251-2260.

Marck, C. H., Hadgkiss, E. J., Weiland, T. J., Van der Meer, D. M., Pereira, N. G., y Jelinek, G. A. (2014). Physical activity and associated levels of disability and quality of life in people with multiple sclerosis: a large international survey. *BioMedCentral neurology*, 14(1), 1-11

McNaughton, S. A., Crawford, D., Ball, K., y Salmon, J. (2012). Understanding determinants of nutrition, physical activity and quality of life among older adults: the Wellbeing, Eating and Exercise for a Long Life (WELL) study. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1- 7

Nakamura, P. M., Teixeira, I. P., Smirmaul, B. P. C., Sebastião, E., Papini, C. B., Gobbi, S., y Kokubun, E. (2014). Health related quality of life is differently associated with leisure-time physical activity intensities according to gender: a cross-sectional approach. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 1-10

Pan, L., Yan, J., Guo, Y., y Yan, J. (2013). Effects of Tai Chi training on exercise capacity and quality of life in patients with chronic heart failure: a meta-analysis. *European journal of heart failure*, 15(3), 316-323.

Rank, M., Wilks, D. C., Foley, L., Jiang, Y., Langhof, H., Siegrist, M., y Halle, M. (2014). Health-related quality of life and physical activity in children and adolescents 2 years after an inpatient weight-loss program. *The Journal of pediatrics*, 165(4), 732-737.

Ritt, L. E., Carvalho, A. C., Feitosa, G. S., Pinho-Filho, J. A., Andrade, M. V. S., Feitosa-Filho, G. S., ... y López, R. D. (2013). Cardiopulmonary exercise and 6-min walk tests as predictors of quality of life and long-term mortality among patients with heart failure due to Chagas disease. *International journal of cardiology*, 168(4), 4584-4585.

Rosenkranz, R. R., Duncan, M. J., Rosenkranz, S. K., y Kolt, G. S. (2013). Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. *BioMedCentral Public Health*, 13(1), 1-12.

Sylvia, L. G., Friedman, E. S., Kocsis, J. H., Bernstein, E. E., Brody, B. D., Kinrys, G., y Kamali, M. (2013). Association of exercise with quality of life and mood symptoms in a comparative effectiveness study of bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 151(2), 722-727.

Tendais, I., Figueiredo, B., Mota, J., y Conde, A. (2011). Physical activity, health-related quality of life and depression during pregnancy. *Cadernos de saúde pública*, 27(2), 219-228.

Thraen-Borowski, K. M., Trentham-Dietz, A., Edwards, D. F., Koltyn, K. F., y Colbert, L. H. (2013). Dose-response relationships between physical activity, social participation, and health-related quality of life in colorectal cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 369-378.

Vagetti, G. C., Moreira, N. B., Barbosa Filho, V. C., Oliveira, V. D., Cancian, C. F., Mazzardo, O., & Campos, W. D. (2013). Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 18(12), 3483-93.

Vagetti, G. C., Barbosa Filho, V. C., Moreira, N. B., Oliveira, V. D., Mazzardo, O., y Campos, W. D. (2014). Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1), 76-88.

Vancampfort, D., De Herdt, A., Vanderlinden, J., Lannoo, M., Soundy, A., Pieters, G., y Probst, M. (2014). Health related quality of life, physical fitness and physical activity participation in treatment-seeking obese persons with and without binge eating disorder. *Psychiatry research*, 216(1), 97-102.

Verwimp, J., Ameye, L., y Bruyneel, M. (2013). Correlation between sleep parameters, physical activity and quality of life in somnolent moderate to severe obstructive sleep apnea adult patients. *Sleep and Breathing*, 17(3), 1039-1046.

Weight, C. J., Sellon, J. L., Lessard-Anderson, C. R., Shanafelt, T. D., Olsen, K. D., y Laskowski, E. R. (2013). Physical activity, quality of life, and burnout among physician trainees: the effect of a team-based, incentivized exercise program. *Clinic Proceedings. Elsevier*, 88(12), 1435-1442).

White, S. M., Wójcicki, T. R., & McAuley, E. (2009). Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. *Health and Quality of life outcomes*, 7(1), 1-9.

Whitney, R., Bhan, H., Persadie, N., Streiner, D., Bray, S., Timmons, B., & Ronen, G. M. (2013). Feasibility of Pedometer Use to Assess Physical Activity and Its Relationship With Quality of Life in Children With Epilepsy: A Pilot Study. *Pediatric neurology*, 49(5), 370-373.

Zavala, J. P., Leraç, L., & Vio, F. (2010). Actividad física y dieta saludable, percepción de peso y estrés en población adulta de Chile: Análisis de la encuesta de calidad de vida y salud 2006. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 60(4), 319.