

**ACTIVIDAD FÍSICA Y ESTRUCTURA SOCIAL.
REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA A PARTIR DE LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD.**

BIBIANA MARIA SEGURO JARAMILLO

Directora:

**CLAUDIA MARGARITA CORTÉS GARCÍA
PhD en Salud Pública**

**Trabajo de grado para optar por el título de
Magister en actividad física y salud**

Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Maestría en Actividad Física y Salud

Bogotá, 2017

Resumen

En la actualidad, los marcos conceptuales de la actividad física van más allá del movimiento y del gasto energético. Contemplan además dimensiones políticas, económicas, sociales y culturales. A pesar de este reconocimiento la mayor parte de investigaciones vislumbran algunas aristas en su definición. Por esta razón, se realizó una revisión narrativa desde los abordajes de los determinantes sociales de la salud a partir del modelo de Marmot, Wilkison y colaboradores, porque el campo de estudio de la actividad física requiere un análisis apoyado por factores de la salud que comprenden los componentes sociales y de contexto que complementan desde la lectura crítica de contenido, la interpretación de la producción académica. Es así, como se establecieron los aportes a partir de los diferentes postulados de las categorías actividad física y estructura social, de acuerdo a diferentes conceptos contenidos en cada una de ellas. Se recopiló información relevante, sobre el tema y se analizaron críticamente los aportes de la producción académica. De acuerdo a los hallazgos, se resalta la importancia de las organizaciones sociales en la ejecución de programas de actividad física y el apoyo social como herramienta fundamental en las intervenciones; también, el papel de la actividad física en las poblaciones marginadas y que cuentan con dificultades de salud, ya sea por condición de discapacidad, enfermedad o condiciones socio-económicas. Se concluye, que los determinantes sociales de la salud que se consideran más importantes en las estrategias de intervención y práctica de la actividad física son el gradiente social y la formación de los grupos de apoyo. En cuanto a la actividad física, las principales discusiones se relacionan con los conceptos que incluyen la actividad física como la interacción con el medio y la necesidad social de promoción de la salud, reflejadas, por una parte, con la práctica de la actividad física como producto de las condiciones sociales; por otra parte, se visibiliza la necesidad de los programas de intervención en los niveles educativo, laboral, hospitalario y comunitario. En cuanto a la categoría estructura social, las discusiones principales corresponden a los postulados relacionados con el sistema de significaciones de Pierre Bourdieu, estatus y reproducción social. Esto muestra que la actividad física es multifacética y necesaria para la mejora de las condiciones de salud, del entorno y del contexto social, para la construcción de estrategias e intervenciones que propician una influencia positiva de los factores que inciden en los procesos de equidad social.

Palabras clave: actividad física, promoción de la salud, interacción con el medio, estructura social, sistema de significaciones, reproducción social, estatus, determinantes sociales de la salud, apoyo social, gradiente social, revisión narrativa, lectura crítica.

Abstract

At present, the conceptual frameworks of physical activity go beyond movement and energy expenditure. It also contains political, economic, social and cultural dimensions. In spite of this recognition the majority of investigations glimpse some edges in its definition. For this reason, a narrative review was carried out from the approaches of the social determinants of health based on the model of Marmot, Wilkison et al., because the field of study of physical activity requires an analysis supported by health factors that understand the social and context components that complement from the critical reading of content the interpretation of academic production. Thus, as the contributions were established from the different postulates of the categories physical activity and social structure, according to different concepts contained in each one of them. Relevant information on the subject was collected and the contributions of academic production were analyzed critically. According to the findings, it is emphasized, the importance of social organizations in the execution of physical activity programs and social support as a fundamental tool in interventions; as well as the role of physical activity in marginalized populations with health problems, whether due to disability, illness or socio-economic conditions. It is concluded that the social determinants of health which are considered most important in the strategies of intervention and practice of physical activity, are the social gradient and the formation of support groups. In terms of physical activity, the main discussions are related to the concepts that include physical activity as the interaction with the environment and the social need for health promotion, reflected, on the one hand, with the practice of physical activity as product of social conditions; on the other hand, the need for intervention programs at the educational, labor, hospital and community levels is made visible. As for the social structure category, the main discussions correspond to the postulates related to the system of significations of Pierre Bourdieu, status and social reproduction. This shows that physical activity is multifaceted and necessary for the improvement of health conditions, the environment and the social context, for the construction of strategies and interventions that favor a positive influence of the factors that influence the processes of social equity.

Key words: physical activity, health promotion, interaction with the environment, social structure, system of meanings, social reproduction, status, social determinants of health, social support, social gradient, narrative review, critical reading.

Tabla de contenido

1.	Introducción	5
2.	Descripción de las categorías actividad física y la estructura social como parte del análisis teórico desde los determinantes sociales de la salud	8
2.1	Aproximaciones al concepto de actividad física	8
2.2	Postulados que explican el concepto de estructura social como noción dinámica y polisémica	10
	<i>Postulado de la estructura social como sinónimo de clase social</i>	11
	<i>Postulado de la estructura social como sinónimo de estatus</i>	12
	<i>Postulado de la reproducción social y la estructura social</i>	12
	<i>Los postulados sobre estructura social de Pierre Bourdieu</i>	13
2.3	Los determinantes sociales de la salud, sus modelos y los postulados de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores	14
	<i>El modelo socioeconómico de Dahlgren y Whitehead</i>	14
	<i>El modelo de la heterogeneidad social de Evans y colaboradores (derivado del concepto gradiente social)</i>	15
	<i>El modelo de estratificación social de Diderichsen y Hallqvist</i>	15
	<i>Modelo de la comisión de los determinantes sociales de la salud</i>	16
	<i>El modelo de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores</i>	17
3.	Metodología	21
	Fase 1. Búsqueda	22
	Fase 2: Clasificación:	23
	Fase 3. Interpretación:	25
4.	Resultados	25
	<i>Gradiente Social</i>	26
	<i>Gradiente Social y Apoyo Social</i>	32
	<i>Gradiente social y exclusión social</i>	37
	<i>Estrés y Desempleo</i>	38
	<i>Primeros Años de Vida</i>	39
	<i>Apoyo social</i>	41
	<i>Transporte</i>	48
	<i>Transporte y apoyo social</i>	51
	<i>Adicción</i>	52
	<i>Alimentos</i>	53
	<i>Trabajo y alimentos</i>	55
5.	Discusión y Conclusiones	55
6.	Recomendaciones	60
7.	Limitaciones	60
	Trabajos citados	61
	Apéndice 1. Hallazgos de la literatura científica, en torno a las categorías estructura social y actividad física. Elaboración propia	81
	Apéndice 2. Calidad de las revistas y países donde se realizaron las investigaciones Elaboración propia	82
	Apéndice 3. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social, relacionados en la evidencia empírica desde el gradiente social. Elaboración propia	84
	Apéndice 3.1 Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social, relacionados en la evidencia empírica desde el gradiente social y apoyo social. Elaboración propia	88
	Apéndice 3.2 Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social, relacionados en la evidencia empírica desde el gradiente social y exclusión social. Elaboración propia	90

Apéndice 4. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde el estrés y el desempleo. Elaboración propia.	90
Apéndice 5. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde el postulado de los primeros años de vida. Elaboración propia.	91
Apéndice 6. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde el apoyo social. Elaboración propia.	91
Apéndice 7. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde el postulado de transporte. Elaboración propia.	96
Apéndice 8. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica sobre la adicción. Elaboración propia.	97
Apéndice 9. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde el postulado de alimentos. Elaboración propia.	98
Apéndice 10. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde los postulados de trabajo y alimentos. Elaboración propia.	98
Apéndice 11. Clasificación de la producción científica hallada, de acuerdo al abordaje de los autores desde las diferentes nociones de los DSS, de acuerdo a los postulados de Marmot, Wikilson y colaboradores. Elaboración propia.	99

Lista de Tablas

<i>Tabla 1. Evolución de la estructuración los ejercicios físicos a lo largo de la historia.</i>	<i>10</i>
<i>Tabla 2. Términos MESH, DECS y Subcategorías de búsqueda. Elaboración propia.</i>	<i>22</i>
<i>Tabla 3. Matriz general de análisis de los artículos. Elaboración propia.</i>	<i>24</i>

Lista de Ilustraciones

<i>Ilustración 1. La estructura social.</i>	<i>12</i>
<i>Ilustración 2. Modelo socioeconómico de salud.</i>	<i>15</i>
<i>Ilustración 3. Modelo de los determinantes sociales de la salud de Diderichsen y Hallqvist.</i>	<i>16</i>
<i>Ilustración 4 Modelo de los DSS, de la comisión de los determinantes sociales de la salud (CDSS).</i>	<i>17</i>
<i>Ilustración 5. Relación de la estructura social y el estrés.</i>	<i>18</i>
<i>Ilustración 6. Proceso de búsqueda y selección de artículos utilizados en el trabajo de investigación: ¡LA ACTIVIDAD FÍSICA NO ES SÓLO MOVIMIENTO! lectura crítica desde los determinantes sociales de la salud.</i>	<i>23</i>
<i>Ilustración 7. Clasificación por tipos de estudio. Elaboración propia.</i>	<i>24</i>
<i>Ilustración 8. Corrientes de la AF, Gradiente Social. Elaboración Propia.</i>	<i>29</i>
<i>Ilustración 9. Postulados de la ES, Gradiente Social. Elaboración Propia.</i>	<i>32</i>
<i>Ilustración 10. Corrientes de la AF, Gradiente Social y Apoyo Social. Elaboración Propia.</i>	<i>35</i>
<i>Ilustración 11. Postulados de la ES, Gradiente Social y Apoyo Social. Elaboración Propia.</i>	<i>37</i>
<i>Ilustración 12. AF y ES, Gradiente Social y Exclusión Social. Elaboración Propia.</i>	<i>38</i>
<i>Ilustración 13. Corrientes de la AF, Primeros Años de Vida. Elaboración Propia.</i>	<i>40</i>
<i>Ilustración 14. Postulados de la ES, Primeros años de vida. Elaboración Propia.</i>	<i>41</i>
<i>Ilustración 15 Corrientes de la actividad física, Apoyo Social. Elaboración Propia.</i>	<i>45</i>
<i>Ilustración 16 Postulados de la ES, Apoyo Social. Elaboración Propia.</i>	<i>48</i>
<i>Ilustración 17. Corrientes de la AF, Transporte. Elaboración Propia.</i>	<i>50</i>
<i>Ilustración 18. Postulados de la ES, Transporte. Elaboración Propia.</i>	<i>51</i>
<i>Ilustración 19. AF y ES, Transporte y Apoyo Social. Elaboración Propia.</i>	<i>52</i>
<i>Ilustración 20. AF y ES, Adicción. Elaboración Propia.</i>	<i>53</i>
<i>Ilustración 21. AF y ES. Alimentos. Elaboración Propia.</i>	<i>54</i>
<i>Ilustración 22. Trabajo y alimentos. Elaboración Propia.</i>	<i>55</i>
<i>Ilustración 23. Determinantes Sociales de la salud. Elaboración Propia.</i>	<i>57</i>
<i>Ilustración 24. Corrientes de Actividad Física. Elaboración Propia.</i>	<i>57</i>
<i>Ilustración 25. Postulados de Estructura Social. Elaboración Propia.</i>	<i>58</i>

1. Introducción

La actividad física (AF) es en la actualidad, un tema de vital importancia en el campo de la salud ya que se considera como una condición que ayuda a reducir los riesgos para el desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la AF practicada con regularidad: “reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión” (OMS, 2010). Por tal razón, en los últimos 40 años se ha promovido la formulación e implementación de políticas públicas al ser considerada como una de las principales herramientas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud (Coldeportes, 2009; Ley 1355, 2009; OMS, 2010).

La AF tradicionalmente ha sido considerada como: “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía” (Devís & Peiró, 1993, p. 75; OMS, 2014). Vista así, está definida priorizando las funciones biológicas y fisiológicas, dejando de lado abordajes que permitan integrar elementos contextuales que la transforman en función de lo político, lo económico, lo social y lo cultural. La necesidad de esta apertura del campo de la AF posibilitaría que su abordaje trascienda las miradas deterministas, para convertirlo en un campo de trabajo en salud que puede ser analizado desde apuestas más integrales (Hoyos, y otros, 2004; García, Ospina, Anginaga, & Russi, 2009; Devís & Peiró, 1993; Petersen & Lupton, 1996).

Desde esta postura es posible, siguiendo a Alan Petersen y Deborah Lupton (1996) integrar el análisis de elementos socio-culturales y socio-económicos a una práctica social en la que inciden las relaciones de poder, la construcción de la cotidianidad y las simbologías y significaciones en torno al cuerpo, al trabajo, al deporte y al proceso salud-enfermedad (Petersen & Lupton, 1996). En este sentido, diferentes autores y organizaciones han hecho un llamado a revisar la forma como se está conceptualizando la AF a la luz de los cambios que se derivan del mundo moderno y posmoderno (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008; Santaliestra, Rey, & Moreno, 2013; Gonzalez & Melendez, 2013; Varela, y otros, 2013; Cristi & Rodríguez, 2014). Al respecto Jorge Correa (2010), Adriana Prieto (2003), José Devís & Carmen Peiró (1993), Lilia García & otros (2009) insisten en que la AF se debe considerar como un concepto polisémico por su diversidad de significados, manifestaciones y referentes epistemológicos al ser una experiencia de la acción humana que involucra dimensiones perceptivo-motoras, de exploración y reconocimiento del mundo y de la realidad social (Correa, 2010; Prieto, 2003; Devís & Peiró, 1993; García, Ospina, Anginaga, & Russi, 2009).

Adicionalmente, en las últimas décadas los estudios alrededor de la AF se han incrementado (OMS, 2010; OMS, 2014). La producción teórica ha abordado diferentes campos centrándose en la cuantificación en términos de la frecuencia, la duración, la intensidad y el tipo de actividad realizada (Lee, 2009). Estos hallazgos, con abordajes principalmente desde la epidemiología, han confirmado los beneficios que aporta a la salud la AF regular (OMS, 2010). Sobre estos hallazgos, la OMS “inició un proceso encaminado al desarrollo de una estrategia global sobre dieta, actividad física y salud” (OMS, 2014).

De acuerdo a Mario Rojas, Helena Velez, y Luis Florez, “en esta iniciativa se destaca la importancia de la promoción de la actividad física, la abstención del tabaco y el seguimiento de una dieta sana como pilares comportamentales en la prevención de numerosas enfermedades no transmisibles” (Rojas, Velez, & Florez, 2009, p.

170). Sin embargo, en este mismo trabajo se reconoce que aún permanecen detalles sin esclarecer, pues hay evidencia que la población es cada vez más sedentaria (Rojas, Velez, & Florez, 2009).

Según la organización mundial de la salud (OMS), las muertes por inactividad física representan el 6% de la mortalidad mundial, también indica que: “la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica”. Adicionalmente, explica que para cumplir con los niveles de AF para prevención de la mortalidad y de las ENT: “exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea” (OMS, 2017). Existe la preocupación de mejorar los niveles de actividad física, que deben corresponder a estrategias planteadas desde cada contexto social donde: “se requieren perspectivas innovadoras para considerar nuevos paradigmas poblacionales para cambiar el comportamiento del público sedentario” (Humphrey, 2016).

En el contexto colombiano el reporte de 2016 para niños y jóvenes (Results From Colombia's 2016 Report Card on Physical Activity for Children and Youth), menciona que los niveles de AF son insuficientes. Sin embargo, existen estrategias desde el deporte organizado, transporte activo e iniciativas comunitarias y gubernamentales que intervienen en este aspecto. En cuanto al juego activo y la influencia de los padres de familia en la práctica de la AF se presenta como un factor incompleto, es decir no es clara la intervención de estos factores de acuerdo a la evaluación de las estadísticas que se estudiaron para generar este reporte (González, y otros, 2016).

No obstante, desde el programa de maestría “Actividad Física y Salud” de la Universidad del Rosario se han hecho abordajes que involucran el análisis desde los determinantes sociales de la salud a partir de diferentes categorías teóricas, que buscan la reivindicación y transformación del concepto AF. Héctor Sierra (2016), realizó una revisión conceptual de la influencia de la inequidad y la posición socio económica, donde concluye que la AF es: “un concepto complejo que incluye intereses y particularidades de las personas como lo son la ocupación, la educación, el entorno, el medio ambiente y la estructura física” (Sierra Barrera, 2016). Jeyner Jiménez (2016), analizó la construcción social del conocimiento del concepto AF desde las categorías imagen corporal y condiciones de vida, donde concluyó que: “se hace explícita la necesidad de revisar cuales son los aportes de la Educación Física y otras disciplinas (ciencias sociales) para una mayor comprensión teórica y práctica de la AF” (Jiménez Rodríguez, 2016).

Es por esto, importante reconocer que los determinantes sociales de la salud permiten explorar los factores que generan las diversas inequidades en salud, que son el resultado de la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos a nivel global y local, que depende de las políticas adoptadas (OMS, 2017). En este sentido existen diferentes modelos que permiten la interpretación de estas circunstancias. Lo anterior hace visible la necesidad de abordar el modelo de los determinantes sociales de la salud (DSS) que involucran factores como: gradiente social, estrés, primeros años de vida, trabajo, exclusión social, desempleo, apoyo social, adicción, alimentos y transporte activo (Marmot & Wilkison, 2003). Lo anterior, a partir del trabajo de un grupo de investigadores que toman desde los estudios de la salud y hacen esta clasificación que son de abordaje necesario y de revisión en el campo de la AF, comprendiendo las nociones de AF y estructura social (ES) que intervienen en cada uno de los estos factores de los DSS propuestos por estos autores y su equipo de trabajo.

Por su parte, la categoría ES muestra un concepto amplio, variado y complejo que enriquece el que hacer investigativo de la AF. La ES se ha considerado como la categoría principal de los análisis de la sociología (Middleton, 2014; Santiago, 2015). Lo anterior visibiliza que el campo de análisis de la AF es ampliado a la reflexión desde otras ciencias (ciencias sociales, ciencias del deporte y la educación física) y desde categorías teóricas que ayudaran a esclarecer otras maneras en la que la categoría AF puede ser investigada, analizada y confrontada; dando la posibilidad de interacción de otros puntos de vista que son válidos y que pueden complementar los estudios epidemiológicos que la han explicado hasta el momento.

En cuanto a los estudios alrededor de la salud, la ES se concibe como categoría primordial de los abordajes de los determinantes sociales de la salud desde el modelo Marmot y Wilkinson de producción de inequidades en salud a lo largo de la vida, en cuanto a los procesos de salud-enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales (Vega, Solar, & Irwin, 2015). Visto así el abordaje de la ES permite comprender el fenómeno de la AF como parte de la cultura y de las transformaciones sociales que se dan en los diferentes contextos, por lo que hace necesaria la revisión de la ES en los estudios sobre AF con el fin de establecer nuevas herramientas de análisis. Al realizar esta discusión será posible comprender cómo se establecen nuevos abordajes y líneas de acción en el campo de reflexión y acción de la AF.

A partir de lo anterior, se considera que es importante el estudio de las categorías AF y ES desde los planteamientos de los DSS porque visibiliza a la AF como una herramienta fundamental de la salud, acudiendo a las características sociales determinadas por un contexto y donde interactúa de una forma particular que depende de la forma en la que es concebida la ES y como es percibida la AF de acuerdo a la postura de los diferentes estudios expresados en las diferentes publicaciones académicas. Desde los elementos enunciados, las preguntas que surgen al respecto son: ¿cuáles son los aportes de la literatura académica en el campo de la actividad física, desde el modelo de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores de los determinantes sociales de la salud?, ¿cómo se evidencian estos aportes en torno a las categorías actividad física y estructura social?

Para dar solución a estos interrogantes, el objetivo principal de este trabajo de investigación es establecer los aportes de la literatura académica desde el modelo de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores de los determinantes sociales de la salud en torno a las categorías actividad física y estructura social en el campo de la actividad física. Este abordaje es fundamental para el análisis particular de la AF porque considera: (1) el análisis de los hechos relacionados con la salud desde lo histórico, lo económico, lo social y lo cultural (Mejía O, 2013); (2) aproximaciones multinivel que ubican a la salud en medio de relaciones individuales, colectivas y sociales (Marmot, 2015); (3) comprende la salud como el resultado de un proceso social; (4) retoman la salud intermediada de problemas relacionados con la inequidad social (Marmot & Wilkison, 2006).

Para cumplir con este propósito es necesario: (1) identificar la literatura académica sobre actividad física (AF) relacionada con la estructura social (ES); (2) clasificar los artículos científicos de acuerdo a tipos de estudio, calidad de la producción científica, abordaje de los determinantes sociales de la salud (DSS), que corresponden a los planteamientos de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores e identificar las concepciones de la AF y postulados de la ES que intervienen en cada uno de los DSS; (3) interpretar los aportes de la literatura académica a

partir de una lectura crítica de los artículos desde las contribuciones encontradas de cada uno de los DSS; y (4) establecer de acuerdo a los hallazgos encontrados en la literatura científica¹, cuales son los aportes de esta investigación al campo de la AF y su comprensión desde el modelo Marmot, Wilkison y colaboradores de los DSS. Todo lo anterior mediante la revisión narrativa² de la AF como un hecho social de salud y que requiere de una exploración exhaustiva donde se comprenda a la AF cómo una estrategia de salud, que va más allá del cumplimiento de las recomendaciones en AF que depende de una visión del contexto y las condiciones sociales donde es estudiada y promovida.

2. Descripción de las categorías actividad física y la estructura social como parte del análisis teórico desde los determinantes sociales de la salud

Este estudio representa la oportunidad de abordar a la AF desde sus características sociales, por esto, es importante describir a continuación los diferentes conceptos que actualmente giran en torno a esta categoría y resaltar cuáles son los diferentes postulados que dan forma a la categoría ES. Adicionalmente conocer desde qué miradas se abordará el análisis de los documentos a revisar. Este marco teórico finaliza, con la explicación de las generalidades de los DSS, y el uso de los planteamientos específicos de los DSS, en cabeza de los doctores Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores.

2.1 Aproximaciones al concepto de actividad física

Actualmente, la AF está definida desde múltiples puntos de vista que dependen de los contextos donde se practica. Sin embargo, existen planteamientos que dan un concepto universal de la AF que son los que permiten el punto de partida para su análisis dentro de las diferentes investigaciones científicas. Por lo tanto, se expondrá en este apartado la configuración del concepto AF que no sólo depende de los abordajes de carácter biológico y funcionalista, sino que además, involucra otras dimensiones que permiten su análisis como un fenómeno social (García, Ospina, Anginaga, & Russi, 2009; Hoyos, y otros, 2004; Petersen & Lupton, 1996).

De acuerdo a una construcción realizada a partir de diferentes fuentes de información sobre la forma en que se aborda a la AF es claro reconocer cinco aproximaciones. Una primera corriente, en cabeza de José Antonio González (citado por García, Ospina, Anginaga, & Russi, 2009) que define a la AF cómo: interacción del ser humano con el

¹ Corresponde a los artículos publicados de un tema específico, en este caso la AF. Debido a que existen múltiples revistas, para conocer la calidad de un artículo, se busca el índice de impacto Scimago Journal Rank (SJR), este indicador refiere la notoriedad de la revista involucrando la cantidad de citas sin auto citas, además la ubicación según este indicador permite determinar el prestigio científico de la publicación dentro del campo de las ciencias en donde se ubica el tema a investigar (González-Pereira, Guerrero-Bote, & Moya-Anegón, 2010). También existen otras formas para conocer la calidad de la revista de acuerdo al cuartil en la que esta ubicada, o se realiza un análisis de contenido de acuerdo a matrices de evaluación según el tipo de estudio.

² En este tipo de estudios se recopila y se recupera información relevante, sobre un tema específico y se analizan críticamente los aportes de la producción académica, de acuerdo a unos objetivos planteados en la investigación (Guirao-Goris, Olmedo, & Ferrer, 2008; Rother, 2007).

medio a través del movimiento, lo que permite la comprensión de la AF como una situación de intercambio de experiencias, el conocimiento de sí mismo y la vivencia personal. En la misma línea, Rubén Annichiarico (2002) indica que la AF es cualquier movimiento corporal intencional realizado con los músculos esqueléticos que resultan de un gasto de energía y en una experiencia personal y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea (García, Ospina, Anginaga, & Russi, 2009; Hoyos & otros, 2004).

Una segunda corriente, de corte más institucional menciona que la AF es cualquier movimiento de los músculos esqueléticos que generan gasto de energía, pero adicionalmente considera a la AF como una necesidad social y cultural. Sobresalen los abordajes propuestos desde la OMS (2014) a partir de la renovación al campo de la salud desde la integración de la promoción de la salud.

Una tercera corriente, tiene estribo en la relación proceso formativo y AF. En esta línea, autores como José Devís y Carmén Peiró (1993) la distinguen como una herramienta de formación desde los hábitos saludables promovidos en la educación física. En este planteamiento se insiste en que la AF no sólo depende del desarrollo de la condición física, sino, que existen otros factores que influyen su práctica tales como: herencia, estilos de vida, contexto y atributos sociales, personales y culturales (Devís & Peiró, 1993). En este sentido la AF considera las dimensiones: biológica, sociocultural y personal; pese a esto, se observa que el concepto debe ser abordado desde otras categorías de análisis que permitan una interpretación que involucre: lo político, lo económico y lo contextual.

Desde una cuarta corriente, se considera a la AF desde lo formal y lo no formal. La AF formal, hace referencia a las prácticas que se dan desde los programas de entrenamiento deportivo, los programas de AF estipulados y a las prácticas que dependen del contexto social donde se encuentren las personas; la AF no formal involucra las prácticas que se dan desde cada individuo que dependen de sus necesidades y objetivos, por ejemplo, la AF realizada para cumplir con las labores del hogar donde la práctica de la AF depende de una necesidad para cumplir con objetivos del cuidado del hogar y que no se encuentra programado por un tercero, sino, que es la persona que ejecuta quien dispone la forma en que lo va a realizar (García, Ospina, Anginaga, & Russi, 2009).

En una quinta aproximación, la AF hace parte de los términos deporte y ejercicio (Gutiérrez, 2004). En el congreso mundial de deporte para todos de 1990 celebrado en Finlandia, se hace relevancia en el uso del deporte para la formación integral de las personas, es decir, en los aspectos: físicos, psicológicos, sociales, morales y personales (Gutiérrez, 2004). Además, desde la educación física cuando se influye en la práctica de la AF desde la niñez, se logra que las personas tomen este hábito en la edad adulta (Gutiérrez, 2004; Devís & Peiró, 1993). Es decir, que el concepto de AF es también influenciado por la educación física y se utiliza como herramienta en la formación de estilos de vida que no sólo están sujetos a la mejora de la salud, sino que, hace parte de la formación integral de las personas. Adicionalmente, se observa que la AF enriquece otros conceptos como: deporte, ejercicio, hábitos de vida saludable y salud.

Estas diferentes aproximaciones son resultado de los diferentes abordajes y desarrollos que ha tenido el concepto. Desde una mirada histórica (Ver Tabla 1), se referencia a los diferentes usos de la AF y la evolución de la educación física. En cada momento se ha visibilizado que los usos y objetivos de la AF dependen de las necesidades y del contexto. Así, los ideales políticos de las diferentes épocas obedecen a pautas establecidas para su ejecución

(Delgado & Tercedor, 2002). Es decir, el concepto y la práctica de la AF dependen del contexto social, político, económico y cultural que es preestablecido y responde a unas características concretas no solamente refiriéndose al espacio geográfico. Así, la formación del concepto también dependerá del espacio social donde este se construye.

Finalmente, a partir de las diferentes aproximaciones mencionadas en líneas anteriores, el concepto de AF no sólo se refiere al movimiento intencionado; su concepto abarca esferas más amplias que están condicionadas por aspectos de contexto y de herencia cultural, tales como: creencias, percepciones y usos; el concepto no se debe reducir a la condición física. La AF está involucrada en procesos de interacción social, de construcción de imaginarios, además de la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles y la formación integral de las personas. Por lo anterior, es necesario abordar su análisis desde la concepción de AF como una herramienta que, a través del movimiento humano permite la construcción de la cultura de cuidado del cuerpo y como consecuencia se dan procesos en: la mejora de la condición física, la prevención de enfermedades no transmisibles, y de interacciones de carácter social que dependen de un contexto determinado.

De acuerdo a la Tabla 1, la escuela inglesa se enmarca en la época comprendida entre el siglo XVIII y XX, la escuela alemana desde el siglo XIX hasta XX, la escuela sueca desde comienzos del siglo XVIII hasta mediados del siglo XIX; éstas, fueron los momentos de auge de cada una de las escuelas. Sin embargo, en muchas disciplinas actuales aún cuentan con muchas de sus características de ejecución de la actividad física.

Tabla 1. Evolución de la estructuración los ejercicios físicos a lo largo de la historia

ÉPOCA	UTILIZACIÓN
Prehistoria	Ejercicios para actividades de supervivencia (caza, recolección, pesca, traslado, construcción, etc).
Antigüedad en oriente	Ejercicios con fines religiosos, <i>curativos</i> y guerreros.
Antigüedad en el período clásico	Grecia: En Atenas: el ciudadano <i>integral</i> ; En Esparta: fines guerreros; Roma: fines guerreros para las legiones y profesionales para el circo.
Edad media	Ejercicio realizado por los caballeros como preparación para la guerra y para los torneos.
Renacimiento	Humanismo: readopción de los ideales clásicos. Se entiende el ejercicio como agente educativo.
Escuela inglesa	Surgirán los deportes como se conciben en la actualidad, así como el entrenamiento sistematizado para ganar competiciones.
Escuela alemana	Surgimiento de la gimnasia (educativa) alemana que dará lugar a la actual gimnasia deportiva. Gimnasia natural austríaca. Movimiento rítmico que dará lugar a la gimnasia rítmica.
Escuela sueca	Surge de la gimnasia sueca y neosueca (gimnasia de posiciones)
Escuela francesa	Surge la Educación Física moderna y la Psicomotricidad.

Fuente; Delgado, M., & Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física* (p. 26). España: INDE.

2.2 Postulados que explican el concepto de estructura social como noción dinámica y polisémica

El concepto de estructura social (ES) cuenta con un constante movimiento, es decir, sus características dependen del entorno social dónde se considere. Para el presente análisis, la idea de un concepto de ES dinámico se

referirá a la manera en que es percibida desde la construcción social del conocimiento. De acuerdo a estos planteamientos Georges Gurvitch & Oscar Uribe Villegas (1955) sugieren que la estructura social es:

[...]un equilibrio precario, por rehacerse siempre en un esfuerzo renovado, entre una multiplicidad de jerarquías, en el seno de un fenómeno social total de carácter macro sociológico, del que la misma no representa sino un sector o aspecto: equilibrio entre jerarquías específicas de los niveles de profundidad, de las formas de sociabilidad, de las reglamentaciones sociales, de las temporalidades, de las coloraciones de lo mental, de los modos de división del trabajo y de la acumulación, y en dado caso, de los agrupamientos funcionales, de las clases sociales y de sus organizaciones; este equilibrio de las jerarquías múltiples está armado y cimentado en particular por modelos, signos, símbolos, papeles sociales regulares y habituales, valores e ideas, en síntesis, por las obras culturales que son propias de estas estructuras, y, si son globales, por una civilización entera que las desborda y en la que participan a la vez como fuerzas creadoras y como beneficiarias [...] (Gurvitch & Uribe Villegas, 1955).

Cecilio Nieto (2001), plantea varios aspectos con respecto a la estructura social: desmiente que organización social esté relacionada con la ES, porque organización hace referencia a la distribución de tareas, y estructura a la jerarquización más o menos estable de sus componentes; en este caso, presenta el concepto de estructura como: “equilibrio precario de jerarquías diversas implicadas en un movimiento constante de estructuración, desestructuración y reestructuración” (Nieto, 2001, p. 81), fortaleciendo los planteamientos de Gurvitch & Uribe Villegas (1955).

La estructura social (ES), cuenta con múltiples postulados que requieren de su revisión para comprender su concepto que refiere no sólo la clase social, sino, que está compuesto por otros elementos importantes para su abordaje. En este trabajo se retomarán las consideraciones de la ES desde: la clase social, el estatus social, la reproducción social, los sistemas de significaciones de Pierre Bourdieu.

Postulado de la estructura social como sinónimo de clase social

Desde el estudio de clase social planteado por Marx está relacionado con los modos de producción en cuanto a las relaciones de propietarios y productores, es decir, que las clases sociales se derivan de la división de los propietarios dueños del capital, y los productores que se refiere a los trabajadores (quienes bajo situaciones precarias hacen parte del proceso de producción y consumo) (Harnecker, 2005; Middleton, 2014). Por otra, parte se deriva un término desde el sentido funcionalista de la ES afín con las formas que se dan las relaciones que dependen de las formas de producción en las cuales los actores se encuentran implicados, lo que hace parte de un sistema social (Ramírez, y otros, 2003). José Medina Echavarría (citado por Atria, 2004) menciona que los cambios en la ES dependen de los cambios en la estructura económica y urbanización de las ciudades; un ejemplo de esta situación se relaciona con el aumento de la población en las ciudades por parte de las personas que habitan espacios rurales, donde cambia su clase social debido a que las condiciones son diferentes, además, los espacios en la ciudad requieren de adaptación estructural y de servicios para acoger a la población emergente.

Postulado de la estructura social como sinónimo de estatus

En este caso el concepto de ES, responde a la función del término rol (Middleton, 2014) referente a otros grupos de la ES como: mujeres, nativos y esclavos y que es tan importante en el planteamiento de la ES como estatus social planteado desde la ideología de Max Weber quién descompuso el término de clase en: clase, estatus y partido (concepto elaborado en cómo los grupos sociales se relacionan entre sí); por su parte, Émile Durkheim, desde el funcionalismo señala que la ES es: “sistema de relaciones sociales integradas que funcionaban para mantenerla continuidad y estabilidad del sistema mismo, (...) el término se usa para referirse a la variedad articulada de posiciones sociales que componen la estructura social” (Barfield, 2000, p. 96). En el caso de Julio Zino Torrazza (2000), refiere la afinidad de ES con el estatus social desde las relaciones que se establecen con las instituciones y la cultura donde los mediadores del proceso son los individuos y sus diferentes interacciones, que es lo que hacen posible la ES (Torrazza, 2000) (Ver Ilustración 1).

Por su parte Alfred Reginald Radicffle-Brown citado por Manuel Marzal (1996), propone el análisis de la ES en vez de la historia, estableciendo que las transformaciones de la sociedad dependen del tipo de relaciones que se dan entre los individuos. Desde el estructuralismo la ES se podría definir como: “red de relaciones institucionalizadas que envuelven a los individuos en un sistema social” (Marzal, 1996, p. 21), que refiere, no sólo a los grupos institucionalizados (familia, tribu, labor), sino también, a los roles (madre de familia, jefe, agricultor). Además, empleaba términos como persona social y uso social intercambiable con estatus social. (Barfield, 2000; Marzal, 1996). Lo anterior visibiliza la importancia y el papel de los individuos dentro de una sociedad que depende no solo de su condición económica, sino del estatus, que se deriva de sus intervenciones y acciones dentro de una comunidad.



Ilustración 1. La estructura social

Tomado de: Torrazza, J. Z. (2000). La estructura social. Murcia: Universidad Católica San Antonio.

Postulado de la reproducción social y la estructura social

Anthony Giddens (2000) presenta a la ES como una construcción que depende de pautas establecidas por las organizaciones humanas. Menciona que Michel Foucault manifiesta que la arquitectura de una organización está relacionada muy directamente con su ES y sistema de autoridad. Giddens revela el siguiente postulado que se presenta como un factor de división entre los sociólogos: “¿hasta qué punto somos actores creativos que controlan activamente

las condiciones de sus vidas o, por el contrario, gran parte de lo que hacemos es el resultado de fuerzas sociales generales que escapan a nuestro control?” (Giddens, 2000, p. 330). De esto se interpreta que las formas de comportamiento humano pueden depender en mayor medida de las condiciones del contexto que muchas veces los individuos no eligen si no que están dadas por agentes externos y por condiciones de vida que están previamente estructuradas y que se escapan del control de las personas.

Por otra parte, la ES se entiende como: “pautas de interacción entre los individuos o grupos. La vida social no ocurre de forma aleatoria. La mayoría de nuestras actividades están estructuradas: se encuentran organizadas de forma regular y repetitiva”; y la reproducción social como “proceso que mantiene o perpetúa las características de una estructura social a través del tiempo” (Giddens, 2000, p. 735 y 756). Además, el concepto de reproducción social, será fundamental en la obra de Pierre Bourdieu, por la relación con las interacciones que se dan entre las personas y que dependen de su capital económico y de su capital cultural (Bourdieu, 2001: minuto 9). En otras palabras, la ES depende de la situación del individuo y de la cultura que lo rodea de ahí sus características derivadas del idioma y forma de percibir el mundo. Por lo cual se sugiere el término de reproducción social como un pilar fundamental para el reconocimiento y caracterización de la ES.

Los postulados sobre estructura social de Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu (citado por Jiménez, 2005, p. 213) busca explicar la relación de la acción individual sobre las estructuras sociales: plantea el papel del individuo en la configuración de la realidad, concluye que está influenciada por las manifestaciones de poder y las leyes que se dan por la misma estructura y que influenciará otras estructuras. Es decir, a pesar de ser el individuo la base de la estructura, es la estructura la que determina de acuerdo a sus características su realidad concreta. Por otra parte, Luis Alonso, Enrique Criado, & José Moreno (2004) muestran la relación de la ES con el habitus de clase y el estilo de vida, como, conciencia de la clase social planteada por Pierre Bourdieu: lo que se puede explicar mediante el ejemplo de los nuevos ricos que consiste en como las personas conservan lo que practicaban en su escala social anterior porque fue allí donde constituyeron su estilo de vida a pesar de que su escala social se halla transformado (Alonso, Criado, & Moreno, 2004).

Para Pierre Bourdieu la ES, se define como un sistema de posiciones y oposiciones es decir como un sistema de significaciones (Baranger, 2004). Ana Martínez (2007) presenta dentro de su lectura de Pierre Bourdieu que la ES puede ser interiorizada desde el subjetivismo que parte de la esencia del individuo y el objetivismo que depende de las condiciones dadas por la realidad, por ejemplo: las reglas matrimoniales, el sistema económico, las relaciones de poder alrededor de la configuración del género, entre otros (Martínez, 2007, p. 18). En medio de estas relaciones se da una constante histórica y la naturalización de las desigualdades de género (Zabludovsky & Moya, 2007, p. 194).

Todo lo anterior, muestra la diversidad de categorías que pueden ser analizadas desde los diferentes postulados a partir de las ciencias sociales críticas como: clase social, trabajo, sistema económico, relaciones sociales de producción (Acero, Caro, Henao, Ruiz, & Sánchez, 2011, p. 104), además de las categorías que surgen desde otros análisis tales como rol, estatus (Torrazza, 2000; Middleton, 2014) que a su vez dependen de la reproducción social

(Giddens, 2000; Bourdieu, 2001), el habitus y el estilo de vida como sinonimo dentro de un sistema de significaciones (Alonso, Criado, & Moreno, 2004). Esto demuestra que para un ejercicio de lectura crítica no es posible reducir el término de ES a una sola definición, dado que, desde la sociología este concepto involucra múltiples formas de interacción que para la interpretación de contenido limitaría la construcción de conocimiento. Además, se parte del hecho que la AF también cuenta con múltiples significados y estos a su vez se relacionan con las diferentes formas en que la ES es abordada.

Es por esto que, para la revisión de estas categorías dentro de los artículos científicos se ubicaran de acuerdo a las características que estos manifiesten en su contenido, permitiendo de esta forma revelar cuales son los abordajes principales desde las corrientes de la AF y postulados de la ES en los estudios encontrados, permitiendo establecer discusiones sobre la manera en que se genera otra forma de comprensión de la AF a partir de estas categorías.

2.3 Los determinantes sociales de la salud, sus modelos y los postulados de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores

Los determinantes sociales de la salud (DSS) explican no solo las diferencias que existen entre las comunidades en cuanto a condición de vida, salud y bienestar, sino, que buscan generar propuestas y políticas para combatir la inequidad en la salud a nivel mundial en cuanto a “las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (OMS, 2014). Es decir, surgen de la preocupación por abordar aquellos factores que inciden en la salud de las personas y que no sólo dependen de la asistencia médica, sino, de situaciones del contexto que hacen que las personas cuenten o no con las condiciones adecuadas de vida (OMS, 2014; Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014).

Esta aproximación surge finalizando la década de los ochenta, en medio de una preocupación por los límites que planteaba el concepto de salud que dominaba las acciones en salud. En este contexto, de buscar una acepción más amplia, diferentes teóricos intentan ampliar la mirada reducida que planteaba la acción en salud desde el eje de la enfermedad (Acero, Caro, Henao, Ruiz, & Sánchez, 2013; Mejía O, 2013). Lo anterior se explica desde diferentes modelos de los determinantes sociales de la salud como: el modelo socioeconómico de Dahlgren y Whitehead (1991); el modelo de la heterogeneidad social (derivado del concepto gradiente social) de Evans y colaboradores (1996); el modelo de estratificación social de Diderichsen y Hallqvist (1998) adaptado por Diderichsen, Evans y Whitehead (2001); el modelo de la comisión de los determinantes sociales de la salud (DSS) y finalmente, el modelo Marmot, Wilkison y colaboradores (2003), de acuerdo al libro “*Social determinants of health: the solid facts*”.

El modelo socioeconómico de Dahlgren y Whitehead

En 1991 Göran Dahlgren y Margaret Whitehead, propusieron el modelo socioeconómico de los diferentes determinantes de la salud (Ver Ilustración 2), las interacciones socio-bio-psico biológicas que consideran las consecuencias en salud relacionadas con la inequidad. Explica que la desigualdad social de salud, es el resultado de las interacciones entre los diferentes niveles de las condiciones causales y factores de riesgo entre los cuales se encuentran: lo individual y lo colectivo, las políticas nacionales, la edad, el sexo, las conductas personales y los estilos

de vida, las condiciones de trabajo, suministro de alimentos, acceso a instalaciones y servicios esenciales (Caballero González, y otros; Whitehead & Dahlgren, 2006; Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014).



Ilustración 2. Modelo socioeconómico de salud Tomado de: Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). *LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES, desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI*. Revista Internacional de Sociología (RIS). Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre (p. 78), 72(1), 71-91. doi:10.3989/ris.2013.02.16

El modelo de la heterogeneidad social de Evans y colaboradores (derivado del concepto gradiente social)

En la obra *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones* (Evans, Barrer, & Marmor, 1996), se reflexiona sobre el papel de los grupos sociales y la segmentación social en los procesos de salud y enfermedad. De acuerdo a lo anterior, “el grupo y la categorización social (estatus social, ingresos económicos, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia) se correlacionan con los indicadores clásicos de salud (esperanza de vida, capacidad funcional, accidentes, morbilidad y mortalidad), fenómeno que se conoce como gradiente social” (Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014, p. 79). Mostrando de esta manera, que las condiciones de salud de una persona, dependen directamente de sus condiciones sociales. Estos planteamientos serán ampliados e investigados, desde el modelo de Michael Marmot y Richard Wilkison posteriormente.

El modelo de estratificación social de Diderichsen y Hallqvist

Por otra parte, el modelo de Finn Diderichsen y Johan Hallqvist (1998), establecen, la compleja relación entre las variables psicosociales y las condiciones de salud (Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014). Posteriormente, este modelo sería adaptado por Finn Diderichsen, Robert Evans y Margaret Whitehead (2001), enfocado a la explicación de cómo la estratificación social y el contexto concede a las personas una posición social distinta y que a su vez provoca diferencias en la salud.

De acuerdo a la Ilustración 3, sobre el modelo Diderichsen y Hallqvist: la relación I explica que la posición social se da de acuerdo a unos procesos relacionados con diferentes mecanismos sociales, como el sistema educativo, las políticas y condiciones de trabajo, las normas de género, entre otras; la relación II muestra que la posición social a la que pertenezca una persona, dependerá la exposición a los riesgos que generan daños en la salud; en la relación III consiste en la vulnerabilidad diferencial de presentar la enfermedad o accidentes que seguirá dependiendo de la posición social; finalmente la relación IV presenta las consecuencias físicas y sociales que puede generar un evento de daño en la salud de la persona y como este también puede generar impacto en su situación socioeconómica y la de su familia. (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

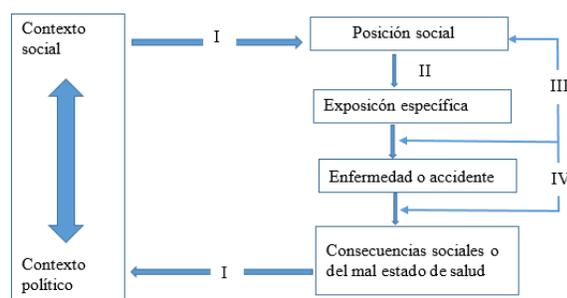


Ilustración 3. Modelo de los determinantes sociales de la salud de Diderichsen y Hallqvist

Tomado de: Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (p.85), 17(1), 77-93. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

Modelo de la comisión de los determinantes sociales de la salud

Posteriormente, a partir del año 2005 y con el apoyo de la organización mundial de la salud (OMS) existe la comisión de los determinantes sociales de la salud (CDSS), donde se asume el concepto de DSS por los centros de investigación y formación académica en salud pública al ser incluido en los debates y marcos conceptuales de las políticas públicas en salud. (Mejía O, 2013)

Sin embargo, la CDSS conceptualiza al sistema de salud como un determinante que interviene como mediador de las consecuencias diferenciales de la enfermedad y la vida de las personas. En la Ilustración 4, del modelo de la CDSS, se muestra la intervención de los determinantes estructurales y de los determinantes intermedios. Dentro de los determinantes estructurales se encuentran aquellos relacionados con las desigualdades de salud, donde se relaciona el contexto socioeconómico y político conformado por: el gobierno; las políticas macroeconómicas; las sociales de mercado de trabajo y vivienda; las políticas públicas de educación; salud y protección social y finalmente la cultura y los valores sociales. Lo anterior concierne en ambas direcciones con la posición económica que está a su vez compuesta por: la clase social, género, étnia, educación, ocupación e ingresos. Los mecanismos estructurales tienen su origen en las instituciones y procesos de contextos socioeconómico y político (Solar & Irwin, 2007; Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014).

Es entonces cuando aparece la interacción con los determinantes intermedios donde se relacionan las circunstancias materiales, los factores conductuales y biológicos y los factores psicosociales, que entran en una relación de contexto con los determinantes estructurales dentro de la denominada cohesión social. Las circunstancias materiales incluyen factores tales como: la vivienda y la calidad del contexto social, potencial de consumo (por ejemplo, los medios económicos para comprar alimentos saludables, ropa de abrigo, etc) y el ambiente físico de trabajo. Las circunstancias psicosociales incluyen factores de estrés psicosocial, las circunstancias de vida estresantes y relaciones y el apoyo social y los estilos de afrontamiento (o la falta de ella). Del comportamiento y de los factores biológicos se incluyen: la nutrición, actividad física, consumo de tabaco y el consumo de alcohol, que se distribuyen de forma

diferente entre los distintos grupos sociales. En lo biológico también incluyen factores genéticos. Finalmente, todas estas relaciones llevan a un impacto en las desigualdades en salud y bienestar que tienen que ser intervenidas por el sistema de salud (Solar & Irwin, 2007; Mejía O, 2013; Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad, 2014) (Ver Ilustración 4).

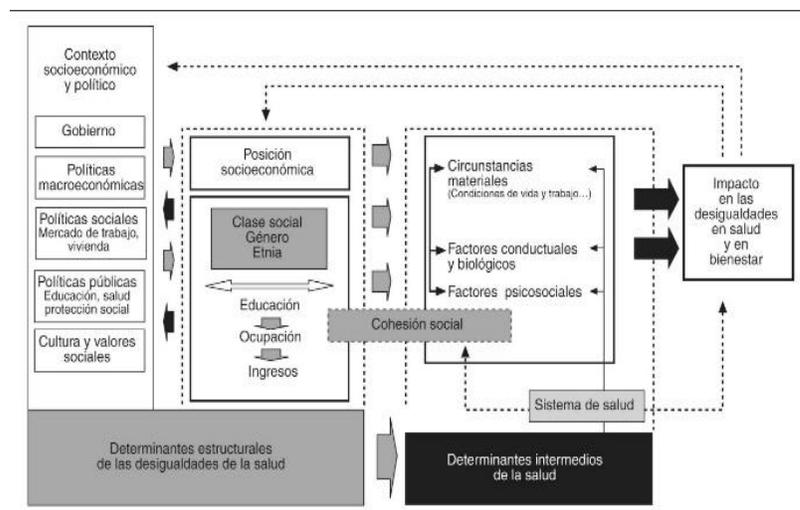


Ilustración 4. Modelo de los DSS, de la comisión de los determinantes sociales de la salud (CDSS)

Tomado de: Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* (p. 6). Ginebra, Suiza: OMS.

El modelo de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores

En 1997 aparecen políticas para la reducción de las inequidades en salud en el Reino Unido. En este sentido, de acuerdo al libro “*Social determinants of health, the solid facts*” cuya primera edición es del año 1998, se describe desde la evidencia científica cuál es el comportamiento de los factores principales que afectan la salud (inicialmente en Europa), con el objetivo fundamental de: “involucrar a todos los entornos para la vida y las actividades sociales, como las ciudades, las escuelas, los lugares de trabajo, los vecindarios y los hogares, en proporcionar más oportunidades para promover la salud”. Lo anterior enmarcado dentro de la política de “salud para todos” (Marmot & Wilkison, 2003, p. 1), que propone un modelo de distribución justa de la salud mediante la equidad que muestra como la salud mejora si la inequidad disminuye (Marmot, 2015).

El documento explica que: de las condiciones sociales dependen las condiciones de vida y salud, es decir, que cuando se cuenta con una posición económica y social privilegiada la probabilidad de sufrir enfermedades y muerte a temprana edad es menor, lo que se consideran situaciones injustas y que requieren de una atención especial por parte de todos los sectores de la sociedad para mitigar las consecuencias de estas diferencias. Además, la atención en salud no significa que se propicie condiciones saludables, cuando las condiciones de vida, contexto social y de trabajo no son favorables. Si bien es cierto, cada persona es responsable de propiciarse condiciones que favorezcan a su salud, pero existen otras circunstancias sociales y económicas que probablemente evitan que este cuidado se lleve a buen

término. Es por esto, que la preocupación de este documento, es mostrar, a los tomadores de decisiones del gobierno, a las entidades públicas y privadas y a otros sectores de la sociedad: la importancia de crear oportunidades para la salud (Marmot & Wilkison, 2003).

Michael Marmot, Richard Wilkison y su equipo de trabajo, originario de Reino Unido, abordan el tema de las inequidades de salud de una manera minuciosa donde busca mostrar las pruebas de los DSS de manera comprensible a través de la evidencia científica de la salud pública y explicar la influencia de cada uno de los 10 factores que son representativos para tomar acciones políticas y sociales, que mitiguen su impacto, expresados en la publicación “*Social determinants of health, the solid facts*”, y que corresponden a: **gradiente social, estrés, primeros años de vida, trabajo, exclusión social, desempleo, apoyo social, adicción, alimentos y transporte activo** (Marmot & Wilkison, 2003).

El **gradiente social**, refleja la necesidad de políticas para evitar que las personas caigan en desventaja y esto afecte sus condiciones de vida. Muestra que las personas de estratos sociales bajos y de rangos inferiores en el trabajo, tienen casi el doble de riesgo a sufrir enfermedades y muerte prematura que las personas que cuentan con mejores condiciones económicas y de trabajo. Esta desigualdad se mantiene en un gradiente social continuo. Circunstancias como: el nivel educativo, un trabajo precario e inseguro, sostener una familia en condiciones difíciles y contar con una vivienda inadecuada; conllevan a un desgaste fisiológico que disminuye la posibilidad de una vejez sana (Marmot & Wilkison, 2003, p. 8).

El **estrés** explica, como los entornos social y psicológico afectan la salud. Cuando existen situaciones de subordinación en el trabajo o contextos difíciles que provocan ansiedad, aislamiento social, baja autoestima e inseguridad; conllevan a una salud mental deficiente y una muerte prematura (Marmot & Wilkinson, 2003, p. 10). Es así como presentan un esquema relacionado con la estructura social (ES) y el estrés que acerca al presente estudio, a una comprensión de la influencia de esta categoría con los aspectos de la salud (Ver Ilustración 5). En este esquema, se muestra una relación directa de la ES con el ambiente social, el trabajo y los factores materiales; a su vez, presenta la influencia indirecta de los primeros años de vida, la genética y la cultura. Tanto el trabajo y el ambiente social influye en los comportamientos de salud y en lo psicológico; para finalmente obtener bienestar, morbilidad o mortalidad. (Marmot & Wilkinson, 2006).

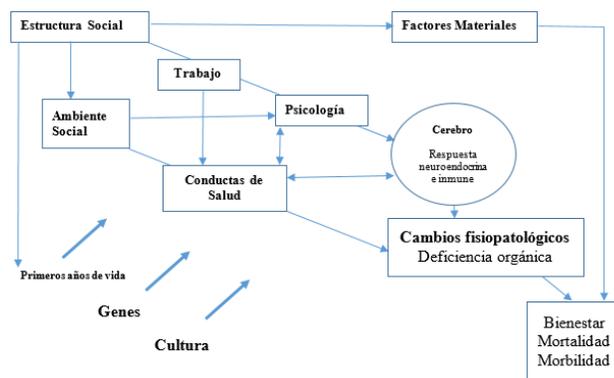


Ilustración 5. Relación de la estructura social y el estrés Tomado de: Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health* (p. 9). Oxfordshire, Inglaterra: Oxford University Press.

Continuando, con el planteamiento del estrés, la ES está relacionada con el abordaje de la salud pública, en cuanto a los procesos de salud-enfermedad de una sociedad (Acero, Caro, Henao, Ruiz, & Sánchez, 2013). Michael Marmot sugiere a la ES, como derivada de los procesos del sistema económico capitalista y que el gradiente social corresponde a la clase social donde el fenómeno de salud ocurra (Marmot, 2015).

Por otra parte, de los **primeros años de vida** se expone la importancia de garantizar un entorno adecuado desde el nacimiento de las personas teniendo en cuenta que el contexto en esta etapa influye en las condiciones de salud de las etapas posteriores. En este apartado, se insiste sobre la importancia de los cuidados prenatales de la madre y un contexto propicio para el nacimiento e infancia donde en lo posible se eviten los contextos de pobreza que provocan la mala alimentación y falta de cuidado de los pequeños y que tiene consecuencias como: falta de crecimiento, menor funcionamiento cardiovascular, renal y pancreático en la edad adulta. Adicionalmente los ambientes de mala nutrición e inadecuado desarrollo físico, afectan el desarrollo cognoscitivo de los niños; también por el cansancio mental ocasionado por la pobreza de los padres, dificulta adecuados ambientes emocionales y de apego, sumado a que las condiciones de pobreza son heredadas por los hijos y esto conlleva al aumento de los riesgos de salud (Marmot & Wilkinson 2003, p. 12).

Ahora bien, los problemas de **desempleo** y seguridad laboral también afectan a las personas y a sus familias. Las consecuencias de esto se ven reflejadas en la salud mental y en la situación financiera. Se menciona el hecho de: contar con un empleo no es garantía de salud, teniendo en cuenta que una persona puede no estar satisfecha con su labor, lo que también le puede generar condiciones de estrés y depresión. Todos estos cambios están relacionados con el sistema económico de los países industrializados en donde durante la década de los noventa se presentó la sensación de mayor inseguridad laboral. Eso desata la aparición de enfermedades relacionadas con el estrés y ausentismo laboral (Marmot & Wilkinson 2003, p. 19).

El **apoyo social** como herramienta de cohesión social y amistad, se presenta como una alternativa de la salud porque proporciona en las personas recursos emocionales, además; hace que tengan una percepción de seguridad, en cuanto a que se sienten amadas, apreciadas, valoradas y cuidadas; lo que puede generar un efecto protector para la salud, a partir de la cohesión social donde se generan ambientes de confianza y respeto mutuo con la comunidad y la sociedad en general. Este aspecto muestra que cuando el nivel de cohesión social es bajo, se aumenta el riesgo de contraer enfermedades coronarias y se relaciona con altos grados de desigualdad en ambientes rodeados por la violencia y altas tasas de mortalidad. Finalmente, se explica que las buenas relaciones sociales pueden disminuir la respuesta al estrés, al igual que deben evitarse las prácticas donde las personas subordinadas se sientan inferiores socialmente (Marmot & Wilkinson 2003, p. 21).

Ahora bien, el **trabajo** se presenta como un factor que influye e impacta la salud de las personas. El documento refiere que varios estudios sobre lugares de trabajo, muestran que la salud de los trabajadores presenta deficiencias cuando no pueden hacer uso de sus habilidades o cuentan con poco poder de decisión, lo que genera en la población trabajadora la aparición de dolor en la zona lumbar de la espalda y aparición de enfermedades coronarias y de otro tipo; presentándose una fuerte asociación de estas situaciones con el entorno laboral. Además, sugiere que en

los trabajos actuales las recompensas por el esfuerzo no son suficientes, generando condiciones adversas lo que hace que se presente un gradiente social de mala salud (Marmot & Wilkinson 2003, p. 17).

La **exclusión social** se considera como un fenómeno asociado a la falta de hogar, la pobreza y el desempleo, que se presenta aún en los países ricos. Los emigrantes, personas de otras étnias, obreros y refugiados son vulnerables a la exclusión, lo que perjudica su acceso a la educación y al empleo y por ende a buenas condiciones de salud. También hacen parte de la exclusión las personas en condiciones de discapacidad, enfermas, o vulnerables emocionalmente como el caso de los residentes de hospitales psiquiátricos, prisiones, entre otros. La pobreza es un factor que puede contribuir a, que el aislamiento social se presente, generando afectaciones mentales y problemas de salud relacionados con la aparición de enfermedades crónicas, complicaciones durante el embarazo y menores posibilidades de sobrevivir a un infarto cardíaco. (Marmot & Wilkinson 2003, p. 15).

Los efectos de la **adicción** están relacionados con el consumo de drogas, alcohol y tabaco. En este aspecto se considera que el consumo de estas sustancias está relacionado con el hecho de generar un tipo de escape a las inequidades sociales y económicas, por parte de las personas con situaciones precarias o de estrés, sin embargo, el consumo genera una intensificación de la problemática. Por una parte, porque deteriora la salud y aumenta el riesgo de aparición de enfermedades que provocan muerte prematura; por otra parte, porque a pesar de que se utiliza como una estrategia de escape a la realidad, ocasiona la intensificación de las causas o de los factores que llevan a las personas a consumir: en algunos casos la violencia y las situaciones precarias de vida. Es así como, desde esta publicación se hace un llamado, a la intervención de los factores sociales que provocan estos comportamientos en las personas, que no sólo basta con la regulación de precios o legalidad de las sustancias, sino, que es necesaria una intervención de las circunstancias sociales que generan el consumo (Marmot & Wilkinson 2003, p. 23).

La **alimentación** es un factor fundamental desde el acceso a los alimentos saludables en todas las personas, debido a que proporciona salud y bienestar. La malnutrición, se presenta por la falta de variedad en el consumo de nutrientes o por el consumo exagerado de alimentos: esto genera la aparición de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades oculares degenerativas, obesidad y caries. Cuando se presenta la transición ocasionada por la aparición de la industria alimentaria, no sólo, aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas, además, se cambia la manera de alimentarse, donde, el consumo excesivo de fuentes calóricas como los azúcares y las grasas condujo al aumento de los índices de obesidad, que se hizo más común entre los pobres que entre los ricos. Adicionalmente, se muestra que, en poblaciones con bajos ingresos, familias jóvenes, ancianos y desempleados son menos capaces de comer bien (Marmot & Wilkinson 2003, p. 26).

El **transporte activo** se presenta como una alternativa de mejora de la salud. Con la transformación del entorno la forma de moverse ha cambiado, lo que hace necesario que las personas busquen alternativas para ejercitarse. El montar bicicleta, caminar y hacer uso del transporte público, propicia: ejercicio, reducción de accidentes fatales, aumentan el contacto social y disminuye la contaminación del aire. Este tipo de transporte se presenta como factor protector de la aparición de las enfermedades crónicas y protege a los ancianos de la depresión. Con el uso de los automóviles aumenta la distancia social, la relación entre las personas no es la misma, también se incrementan los accidentes fatales y la emisión de gas carbónico. Adicionalmente este tipo de transporte (caminar y montar bicicleta)

también se convierte en un factor protector para el medio ambiente, debido a que no requiere de combustibles no renovables y no contribuyen al calentamiento global (Marmot & Wilkinson 2003, p. 28).

Por otra parte, continuando con la explicación de los modelos, antes de crearse la comisión de los determinantes sociales de la salud (CDSS) en Europa países como Suecia, Inglaterra, Irlanda, Italia, Holanda, Irlanda del norte, Escocia y Gales durante el año 2002 se proponen una acción crítica de la medicina social. Posterior a esto en el año 2003, Lee Jong-Wook como presidente de la OMS promueve el programa “*salud para todos*”, que será el predecesor de las estrategias planteadas desde la CDSS (Solar & Irwin, 2007; Villar, 2007; Mejía O, 2013; OPS, 2014).

Es así, como el concepto de salud tiene muchas formas de comprensión, algunas de ellas dominantes y otras periféricas, lo que ha repercutido en la forma como domina el conocimiento alrededor de los DSS. Esto, se refiere al contexto en que se desarrolla cada una de estas teorías, sus preocupaciones, intereses y postulados surgen de acuerdo a los momentos histórico, social y político donde se encuentra enmarcado el concepto de salud: desde los determinantes sociales de la salud impera la idea de mejorar la salud disminuyendo la inequidad, desde una perspectiva de distribución adecuada de los recursos para atacar las causas de las causas (Marmot, 2015; Marmot & Wilkinson, 2003).

Hasta aquí, se aborda lo relacionado con el sustento teórico que respalda las nociones de AF, los postulados de ES y los aspectos necesarios para la comprensión de los modelos de los DSS, específicamente el modelo de Michael Marmot, Richard Wilkinson y Colaboradores. Cabe destacar, la importancia de establecer diversas miradas de las categorías para la comprensión de los estudios que abordan el campo de la AF. Es claro que existen muchas más nociones, teorías y modelos que soportan a cada una de las categorías, pero dentro de este tabajo de investigación se involucraron aquellas explicaciones que se adaptaban a la forma de comprender los DSS expuestos desde el modelo Marmot y Wilkinson y que establecerá una nueva forma de revisar la manera en que el estudio de la AF puede ser analizado desde la lectura crítica de las publicaciones científicas del campo de la AF.

3. Metodología

Para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada, se realizó revisión narrativa de la literatura científica desde los abordajes de los DSS a partir del modelo de Marmot, Wilkinson y colaboradores. Se establecieron los aportes de las categorías AF y ES, en cada uno de los DSS, encontrados en la literatura seleccionada. Se recopiló información relevante sobre el tema específico y se analizaron críticamente los aportes de la producción académica (Guirao-Goris, Olmedo, & Ferrer, 2008; Rother, 2007).

Esta revisión estuvo sujeta al análisis de la calidad de las publicaciones científicas y a una clasificación detallada de los artículos de acuerdo a matrices de lectura crítica Caspe (CASPE, 2016), se utilizó el instrumento para la evaluación y lectura crítica de los estudios transversales (Berra, Elorza-Ricart, Estrada, & Sánchez, 2008, p. 494-496), y las matrices de evaluación de pertinencia y de calidad elaboradas por la autora de la investigación, teniendo en cuenta el cuartil de la revista e índice de impacto Scimago Journal Rank (SJR) y el cuartil, que refieren la notoriedad de la revista involucrando la cantidad de citas (sin autocitas) y que permiten determinar el prestigio científico de la publicación dentro del campo de las ciencias en donde se ubica el tema a investigar (González-Pereira, Guerrero-Bote,

& Moya-Anegón, 2010). Lo anterior, se tuvo en cuenta en la clasificación de la evidencia empírica ya que es de vital importancia abordar aquellos estudios que han sido reconocidos por su contenido y que han sido publicados en revistas que cuentan con un alto nivel de consulta por parte de los investigadores que han sido utilizados en los estudios relacionados con la AF.

Posteriormente, se realizó el análisis y la reflexión de la literatura científica relacionados con los planteamientos de los DSS de la salud realizados por Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores; de acuerdo a las formas de abordaje conceptual de la AF y la ES donde se establecieron cuales son los aspectos más relevantes de cada uno de los DSS y los aportes que se dan a partir de la evidencia científica analizada. Se visualizó cuáles son los aspectos más importantes de la AF relacionados con los DSS, estableciendo de esta manera otro tipo de abordajes y análisis que son necesarios para comprender a la AF desde otros planteamientos de los determinantes sociales de la salud (Marmot & Wikilson, 2003) y la estructura social, como complemento de los estudios que se han realizado a partir de los determinantes sociales de la salud y la AF.

Siguiendo este planteamiento, el trabajo se desarrolló en tres fases que serán descritas a continuación.

Fase 1. Búsqueda

En este proceso se ubicó la producción científica en la base de datos Pubmed, donde fueron incluidos los artículos con el criterio de contener las categorías estructura social y actividad física (cuyos términos de búsqueda en inglés correspondieron a “physical activity and social structure”), publicados en los últimos 11 años desde el 2005 hasta la actualidad, debido a que es el período de tiempo donde los planteamientos sobre los DSS, han contado con una atención especial de parte de los investigadores de la salud, y donde Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores han desarrollado y estudiado los fenómenos relacionados con la inequidad en salud en diferentes territorios del mundo (Marmot, Simposio "Políticas Públicas de Salud y Determinación Social", 2015).

Los términos de búsqueda, estuvieron compuestos por los términos MESH y DECS (Ver tabla 2), para el caso de actividad física correspondía motor activity; y en el caso de estructura social correspondía socioeconomic condition.

Tabla 2. Términos MESH, DECS y Subcategorías de búsqueda. Elaboración propia.

CATEGORIAS	DESCRIPTOR PRIMARIO MESH, DECS	SUBCATEGORIAS
ACTIVIDAD FÍSICA	Motor activity Actividad física	Physical activity, exercise, sport
ESTRUCTURA SOCIAL	Socioeconomic condition/ Social Class	Rol, social structure, social status, social class, social organization, social hierarchy

Los idiomas de búsqueda fueron español e inglés. Teniendo en cuenta el contexto donde se origina la investigación que corresponde a un país de habla hispana y que las publicaciones que cuentan con rigor científico se han traducido al idioma inglés. Adicionalmente, se consideraron como criterios de exclusión: producciones científicas relacionadas con revisiones y aquellos artículos que se encontraran dos veces en la base de datos, además, aquellos que no cumplieran con coherencia en el contenido para la presente investigación.

De acuerdo con el Apéndice 1, el número inicial de artículos encontrados en la base de datos fue de 535, al involucrar en los filtros de la página los criterios de inclusión se redujeron a 365, cuando se buscaron aquellos artículos a los que se tenía acceso al documento completo dio como resultado 246, al realizar la lectura del título y el resumen quedarán en total 106 publicaciones y al revisar el contenido pasarán a la fase de clasificación 97 artículos (Ver Ilustración 6).

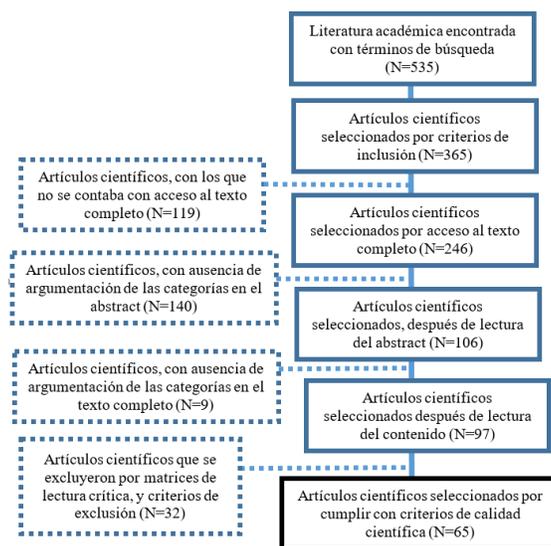


Ilustración 6. Proceso de búsqueda y selección de artículos utilizados en el trabajo de investigación: ¡LA ACTIVIDAD FÍSICA NO ES SÓLO MOVIMIENTO! lectura crítica desde los determinantes sociales de la salud. Elaboración Propia.

Fase 2: Clasificación:

Al finalizar la búsqueda 97 publicaciones científicas cumplían con la relación de las dos categorías ES y AF en su contenido. Al contar con estos artículos se evaluarán través de las matrices Caspe (CASPE, 2016) los estudios de ensayo clínico, cualitativos, casos y controles, y estudios de cohorte; que valoraron la credibilidad, el rigor y la relevancia de los estudios. Adicionalmente, se utilizó el instrumento para la evaluación y lectura crítica de los estudios transversales (Berra, Elorza-Ricart, Estrada, & Sánchez, 2008, p. 494-496), estudios mixtos (no se encontró plantilla de lectura crítica para este tipo de estudio, sin embargo, se sometieron estos artículos a evaluación con la plantilla cualitativa). También se indagó por el cuartil de la revista y los índices de impacto para evaluar la calidad de la publicación científica, donde se incluyeron aquellos estudios que correspondían a revistas del cuartil 1 al 4, y que el índice de impacto no fuera menor a 0.20. Después de este proceso se escogieron para interpretación 65 artículos (Ver Ilustración 6).

Otros datos utilizados dentro de la clasificación fueron: cita del trabajo de investigación; país de la investigación, que da cuenta de la ubicación y contexto donde se investigo; cuartil de la revista y el índice de impacto, para contar con datos relacionados con la calidad de la publicación; pertinencia del estudio para establecer cual fue el

problema de investigación y la forma en la que fue abordado, además, para identificar el tipo de estudio; y en último lugar se mencionaba lo que se resaltaba del estudio, es decir cual era el aporte significativo de la investigación en cuanto a las categorías actividad física, estructura social y los postulados de los determinantes sociales de la salud. Todo lo anterior fue relacionado en la matriz general de análisis de artículos, que se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Matriz general de análisis de los artículos. Elaboración propia.

Cita del artículo	Se cita el artículo con normas APA
Revista	Nombre de la revista con el fin de establecer donde se concentra la producción científica alrededor del tema.
País de la revista	País donde se acepta la publicación del artículo científico.
País de la investigación	País donde se realizó el estudio
Cuartil de la revista, índice de impacto	Calidad de la publicación
Pertinencia	¿El texto me da razón sobre las categorías ES y AF? ¿Sobre qué dimensión del saber trabaja? exploración, descripción, análisis, intervención, etc).
Categorización de los determinantes sociales de la salud	¿Cuál de los determinantes sociales de la salud utiliza?: el gradiente social, estrés, primeros años de vida, exclusión social, trabajo, desempleo, apoyo social, alimentos y transporte
Abordaje de la Actividad Física	¿Cuál es el concepto de AF en el texto? ¿Desde qué noción epistemológica ¿Cuál es el aporte significativo del texto a la AF? ¿En qué contexto se aplica? ¿Cuáles son los aportes de acuerdo a la categoría?
Abordaje de la Estructura Social	¿Cuál es el concepto de ES en el texto, a cuál postulado se refiere? ¿Desde qué noción epistemológica? ¿Cuál es el aporte significativo del texto a la ES? ¿En qué contexto se aplica? ¿Cuáles son los aportes de acuerdo a la categoría?
Se resalta del estudio	Se muestra cuáles son los aspectos relevantes del artículo relacionado con la aplicación del análisis de los determinantes sociales de la salud DSS

De acuerdo al tipo de estudio se encontró que: 13 artículos corresponden a estudios cualitativos; 5 son estudios mixtos; y 47 estudios son de carácter cuantitativo (27 son estudios transversales, 4 son de estudios en casos y controles, 8 son estudios de ensayo clínico y 8 son estudios de cohorte). Los estudios transversales son los que se presentan con una mayor frecuencia, seguidos por los estudios cualitativos y presentando una menor frecuencia los estudios que corresponden a casos y controles (Ver Ilustración 7).

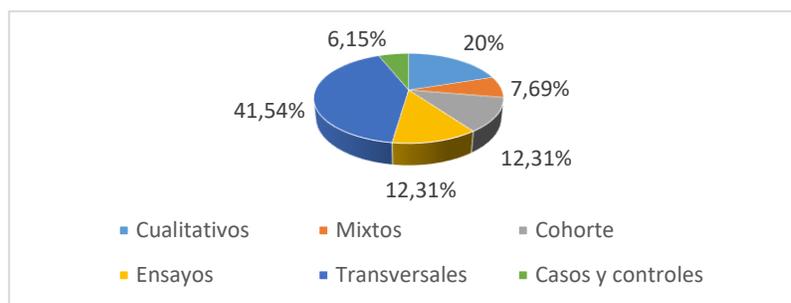


Ilustración 7. Clasificación por tipos de estudio. Elaboración propia.

En el Apéndice 2 se observa, que los países de origen de las revistas que publican sobre las categorías AF y ES corresponden Europa y Norte América. Las revistas que presentan mayor número de publicaciones son: BMC Public Health con 9 artículos científicos (distribuidos por tipos de estudio son, uno de cohorte , dos de ensayo clínico , dos

cualitativos, tres de corte transversal , y uno Mixto); Social Science & Medicine con 5 publicaciones (que distribuidas por tipos de estudio son, tres de corte transversal y dos de cohorte); Health Education Research presenta tres artículos (un estudio transversal, uno de cohorte y el último de carácter mixto); International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity con tres artículos (uno de cohorte y dos transversales); finalmente revistas cómo, Research In Developmental Disabilities y Plos ONE están representadas por dos artículos; las demás revistas presentan un artículo relacionado con las categorías ES y AF.

Fase 3. Interpretación:

Al contar con la matriz general del análisis de los artículos (de acuerdo a la tabla 3) que nace de la condensación de las bases teóricas de las categorías ES y AF y de los factores a discutir de los DSS, y que facilita la interpretación de los hallazgos permitiendo visibilizar donde se originan los estudios (cuáles son los países interesados en la producción científica) y donde se ejecutan. Adicionalmente, se identificaron las citas correspondientes, que argumentan desde la evidencia empírica los hallazgos encontrados en cada uno de los DSS. Durante el proceso de interpretación se encontraron varias publicaciones que dentro del texto final abordaban más de un determinante, más de un concepto de AF y más de un postulado de ES.

Finalmente, se establecieron los aportes de la presente investigación al campo de la AF relacionando en cada uno de los DSS, el reconocimiento de los aspectos que se abordan desde las categorías AF y ES. Esto ayudo a constituir una nueva forma de abordaje de la AF desde los DSS donde se visualizaron las representaciones específicas de la AF destacando de manera puntual a partir de los aportes de los autores de la literatura académica, cuales son los aspectos que requieren de atención para un abordaje de la AF, que complemente lo epidemiológico y tenga en cuenta aspectos materiales, psicosociales y de contexto, entre muchos otros.

4. Resultados

Dentro de los hallazgos se encontró que la mayoría de revistas donde se publica la evidencia científica, son de origen estadounidense y del Reino Unido; el cuartil que se presenta con mayor frecuencia es el 1 y el menos frecuente es el 4; que el mayor índice de impacto Scimago Journal Rank (SJR), corresponde al 6.91 de la revista Journal Of Clinical Oncology y el menor es de 0.21 de la Revista de Salud Pública. Este indicador refiere la notoriedad de la revista involucrando la cantidad de citas sin auto citas, además la ubicación según este indicador permite determinar el prestigio científico de la publicación dentro del campo de las ciencias en donde se ubica el tema a investigar (González-Pereira, Guerrero-Bote, & Moya-Anegón, 2010).

Lo anterior muestra como la producción científica encontrada sobre AF y ES, se concentra en las revistas de carácter cuantitativo y los países que se han interesado por publicar sobre esta temática corresponden a Estados Unidos y Europa, lo que llevaría a deducir que estos temas requieren de la atención y revisión más profunda, desde el análisis de los procesos sociales que involucren las poblaciones vulnerables de otros territorios donde se evidencien las características de la manera en que intervienen los DSS en la AF.

A continuación, se presenta la revisión obtenida de los artículos científicos seleccionados, a partir de los postulados de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores, sobre los determinantes sociales de la salud (DSS). De igual manera, se hará mención de las corrientes de actividad física (AF) que se abordan, y de los postulados de la estructura social (ES). Cabe la pena destacar que, de acuerdo a la clasificación de las categorías existen producciones científicas que abordan uno o varios postulados, ya sea de la AF y la ES, o de los DSS. Se encontrará al final del análisis de las categorías AF y ES, una ilustración gráfica que corresponde a la distribución de el número de artículos que abordan estas corrientes y postulados, discriminado en cada uno de los DSS.

Gradiente Social

En este apartado se ubica la producción académica en torno a la idea de gradiente social como la influencia de las circunstancias sociales y económicas de las personas que pueden afectar su salud durante la vida, es decir, que las condiciones de salud de una persona dependerán de las condiciones sociales, económicas y de contexto (Marmot, 2015; Marmot & Wilkison, 2003).

Corrientes de la actividad física

1. Interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal

Se encontró que los autores trabajan en los artículos una noción centrada en la práctica y el cumplimiento de los niveles de la AF. Alrededor de esta, sostienen que: (1) la AF depende de la estructura familiar relacionada con la composición familiar y la formación durante la vida (Memari, y otros, 2015; Strugnell, Renzaho, Ridley, & Burns, 2014) (Citas 1,3,6; Apéndice, 3); (2) los autores refieren que la práctica de AF fue insuficiente debido a las condiciones limitadas de movimiento y en algunos casos por falta de interacción social, en las condiciones de discapacidad relacionadas con el autismo y discapacidad en el ciclo vital (personas con edad avanzada y niños con parálisis cerebral) (Citas 2, 7 y 8; Apéndice, 3) (Memari, y otros, 2015; Hsu, y otros, 2010).

También se encontraron, otros aspectos relevantes de la práctica de la AF tales como: (3) el uso de la AF como tratamiento en enfermedades crónicas como el cáncer de seno donde la práctica de AF genera confianza y menos deterioro de la fuerza física (Cita 9, Apéndice 3) (Hormes, y otros, 2008); (4) mayor práctica de la AF en el género masculino es decir que la AF depende de características sociales que corresponden a la diferencia de género y que en la mayoría de estudios sobre práctica de AF apuntan a que son los hombres quienes cuentan con un estilo de vida activo (Citas 10 y 11, Apéndice 3) (Lavielle S, Pineda A, Jáuregui J, & Castillo T, 2014; Strugnell, Renzaho, Ridley, & Burns, 2014); (5) un mayor nivel de práctica de AF, menos problemas de comportamiento y mayor nivel de educación de la madre: influyen en los planes de educación superior en los adolescentes (Cita 12, Apéndice 3) (Kantomaa, Tammelin, Demakakos, Ebeling, & Taanila, 2010); (6) los sujetos con riesgo a psicosis, y con psicosis eran más inactivos físicamente, es decir, que esta condición interviene en los niveles de práctica de la AF, visto desde el gradiente social, es un factor que influye en las condiciones perjudiciales de la salud (Citas 54 y 55, Apéndice 3) (Koivukangas, y otros, 2010).

Otras nociones encontradas a partir de la AF vista como interacción con el medio a través del movimiento, son: (7) que la cercanía de los parques para la práctica de AF y las calles transitables, posibilitan que las personas sean activas físicamente, sin embargo, existen barreras relacionadas con la seguridad y percepción de riesgo que, pueden limitar la accesibilidad y equidad del entorno construido, es decir, que la planeación de parques o sitios para la práctica de AF, debe tener en cuenta no sólo la ubicación, sino también, el entorno social que garantice el uso y aprovechamiento de espacios para la AF (Citas 13, Apéndice 3)(Cutts, Darby, Boone, & Brewis, 2009); (8) Las experiencias negativas de los niños con la AF pueden influenciar de manera negativa la práctica de AF, desde esta noción, se hace el llamado a generar estrategias de intervención que permitan que los niños cuenten con un entorno de experiencias positivas de AF, y generar de esta manera un estilo de vida activo (Cita 14, Apéndice 3) (Nelson, Benson, & Jensen, 2010); (9) finalmente, un mayor nivel de educación se asocia con una mayor intención de cambio de comportamiento, hacia la práctica de la AF, es decir que si una persona cuenta con acceso a la educación, es probable que esto posibilite su cambio de comportamiento hacia la práctica de AF (Citas 15 y 16 , Apéndice 3) (Godin, y otros, 2010).

2. Necesidad social y cultural, y la AF como parte de la promoción de la salud

Los autores de los textos académicos, abordan los siguientes planteamientos: (1) el uso de las instalaciones de recreo de la escuela disponibles para la práctica de AF de la comunidad, fuera del horario regular de clases, sin embargo, se presenta por parte de los administradores, una gran preocupación por la inseguridad y la responsabilidad que se puede generar al conceder los espacios escolares después de las horas de clase para la práctica de AF (Cita 17, Apéndice 3) (Spengler, Connaughton, & Maddock, 2011); (2) la estructura socioeconómica está relacionada con la disponibilidad de recursos físicos y sociales para la práctica de AF, en este caso, es estable para las personas que viven en un mismo lugar durante 5 años, pero esta relación es negativa para los residentes de más de 10 años (Citas 19 y 20, Apéndice 3) (Clarke, y otros, 2012).

3. Herramienta de formación desde los hábitos saludables promovidos en la educación física y en la escuela

Los autores de los textos académicos, plantean las siguientes nociones: (1) la relación entre la forma física y el rendimiento académico fue más fuerte para las mujeres y aquellos estudiantes con estatus socioeconómico más alto, que para los varones y estudiantes de nivel socio-económico más bajo, por otra parte, tanto para hombres como para mujeres, la AF es el tercer factor asociado con el logro académico también genera la prevención de la obesidad en los niños y la creación de experiencias físicas positivas desde la educación física (Citas 21 a la 24, Apéndice 3) (Sigfusdottir, Kristjansson, & Allegrante, 2007); (2) el nivel de educación en la edad adulta, muy probablemente está relacionado a la alta intensidad de la AF, como uno de los comportamientos de salud, influenciada desde la escuela y la familia, en cuanto a la adopción de hábitos (Citas 42 y 43, Apéndice 3) (Koivusilta, West, Antero Saaristo, Nummi, & Rimpelä, 2013); (3) la importancia de la promoción de la AF en estudiantes con obesidad, incluyendo el componente de ambiente social, donde, se promuevan además, formas autónomas de motivación hacia la práctica de AF (Cita 50, Apéndice 3) (Verloigne, y otros, 2011).

Adicionalmente, se halló qué: (3) la eficacia de la enseñanza asistida por internet para promover el uso de la teoría cognitiva social (SCT) en estudiantes universitarios de la salud, donde, los estudiantes que usan el programa basado en la web mostraron aumentos significativos en el conocimiento sobre las estrategias de SCT y eran más propensos a usar estrategias de autorregulación que los estudiantes no expuestos al programa web, sin embargo, el hecho de interactuar a través de internet aumentó el grado de exposición a la pantalla del computador y aislamiento social, es decir, que a pesar de contar con una buena estrategia para activar a los estudiantes universitarios es necesario controlar a exposición a pantalla que se presenta como un riesgo, lo que hace necesario buscar herramientas efectivas a través de internet que no impliquen un riesgo para la salud (Citas 25 y 26, Apéndice 3) (Suminski & Petosa, 2006); (4) de acuerdo a un programa de AF en la escuela, es necesario hacer las intervenciones basadas en la evidencia, además, se tiene en cuenta la intervención multinivel, la participación intensiva en innovaciones, y la participación de otros actores dentro del proceso de intervención donde el proceso de implementación puede tomar varios años (Citas 27 y 28 , Apéndice 3) (De Meij, Van der Wal, Van Mechelen, & Chinapaw, 2013).

4. *Actividad física formal y no formal*

Se localizaron desde las nociones de lo autores las siguientes ideas: (1) la AF como mantenimiento de las funciones cerebrales, y la AF utilizada para el tratamiento de las personas mayores con artritis reumatoide donde se asoció a la AF como herramienta para la mejora de las condiciones de salud (Citas 29 a la 32, Apéndice 3) (Arnardottir, y otros, 2016; Häkkinen, Arkela-Kautiainen, Sokka, Hannonen, & Kautiainen, 2009); (2) la AF no formal por la ocupación de las madres y como esto les impide o les facilita participar de las actividades físicas y el cuidado de su salud (Citas 33 y 34, Apéndice 3) (Bourke-Taylor, Lalor, Farnworth, & Pallant, 2014); (3) la necesidad de establecer estrategias de intervención en AF en niños con deficiencias motoras para aumentar su calidad de vida (Citas 40 y 41, Apéndice 3) (Kolehmainen, y otros, 2011); (4) con la intervención del programa EFICAR mediante ejercicio se busca dentro del protocolo que los pacientes con deficiencias cardíacas mejoren su calidad de vida (Cita 52, Apéndice 3) (Zuazagoitia, y otros, 2010). Lo anterior posibilita la reflexión acerca de la necesidad de programas de ejercicio y la importancia del papel de los cuidadores parmitiendo aumentar la calidad de vida de las personas que cuentan con alguna situación de discapacidad o enfermedad como aporte fundamental de la salud, sin embargo, es necesario revisar en las condiciones de contexto donde esta mejora sea garantizada.

5. *Deporte y ejercicio*

Desde esta corriente de AF, se considera la siguiente idea: de acuerdo al componente de participación en actividades ya sea desde el deporte o el ocio, mostraron gran nivel de participación en actividades a pesar de su condición y que la discapacidad no es un impedimento, siempre y cuando se cuenten con las condiciones adecuadas para la práctica de la AF (Citas 35 y 36, Apéndice 3) (Davis, y otros, 2012). Por otra parte, también se halló, que las mujeres ultrarunners expresan, que los aspectos más importantes a tener en cuenta en su participación en este deporte, eran, el trabajo de tiempo completo, el equilibrio de su relación sentimental, y cuidar de los hijos, además, las fuentes más fuertes de la motivación eran la salud y el rendimiento, en cuanto a fijar las metas para sus eventos; los

entrenadores no fueron utilizados con frecuencia por este grupo de mujeres en su mayoría debido a los costos, pero algunas de ellas no pensaban que necesitaban un entrenador (Cita 49, Apéndice 3) (Krouse, Ransdell, Lucas, & Pritchard, 2011).

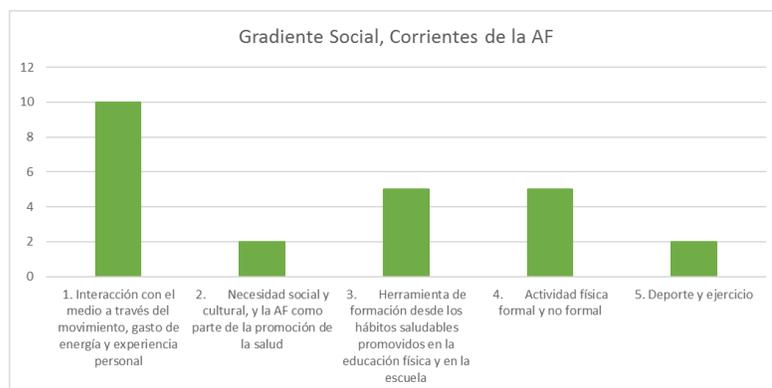


Ilustración 8. Corrientes de la AF, Gradiente Social. Elaboración Propia.

Postulados de la estructura social

1. Sinónimo de Estatus

Ahora bien, en relación con la categoría ES, se encuentra, que algunos autores, abordan este concepto como sinónimo de estatus. Es decir, se retoma el rol del adulto mayor, en el mantenimiento de la salud cerebral, y el mantenimiento de las funciones desde la condición de discapacidad (Citas 7 y 30, Apéndice 3) (Arnardottir, y otros, 2016; Hsu, y otros, 2010); y, la visión de los administradores de los espacios de recreo escolar, en cuanto a su nivel de responsabilidad y disposición de los espacios, que son utilizados en las horas no académicas para la recreación de la comunidad, donde, el hecho de estar a cargo de estos espacios en horas no escolares, les genera un tipo responsabilidad adicional a la asignada y por otra parte su preocupación por la seguridad del lugar (Cita 17, Apéndice 3) (Spengler, Connaughton, & Maddock, 2011).

2. Reproducción social

En cuanto al postulado de reproducción social y ES los autores desde la noción de la ES como una construcción que depende de pautas establecidas por las organizaciones humanas, muestran que: (1) el uso del internet hace posible obtener conocimiento sobre la AF en estudiantes universitarios de la salud, además de la formación de grupos de interés en el tema de la AF (Cita 26, Apéndice 3) (Suminski & Petosa, 2006); (2) la influencia de la práctica de la AF no depende de la influencia de los padres de familia en los adolescentes varones (Cita 37, Apéndice 3) (Strugnell, Renzaho, Ridley, & Burns, 2014); (3) los adolescentes obesos presentan sentimientos de culpabilidad relacionados con su figura y peso sin embargo, al participar de un programa de AF se observó que la motivación hacia la AF aumentó (Citas 50 y 51, Apéndice 3) (Verloigne, y otros, 2011).

3. *Sistema de significaciones de Bourdieu*

Por otra parte, desde el postulado de ES de Pierre Bourdieu como la estructura que determina la realidad del individuo y que se relaciona con el habitus y sistema de significaciones, se encontró que los autores abordan desde la literatura académica los siguientes aspectos: (1) la práctica de la AF depende de las condiciones del contexto en que se encuentre cada individuo, en este caso, una condición de discapacidad y falta de oportunidades, puede limitar la práctica de la AF (Citas 2 y 3, Apéndice 3) (Memari, y otros, 2015); (2) en el programa de AF Jump-in, el proceso de colaboración se caracteriza por relaciones no jerárquicas, la confianza mutua, y responsabilidades compartidas para la realización de tareas, enfocadas a la práctica de la AF (Cita 38, Apéndice 3) (De Meij, Van der Wal, Van Mechelen, & Chinapaw, 2013); (3) la disminución participación en las actividades sociales y de ocio de algunas personas sometidas a intervenciones de reemplazo de cadera y de rodilla por falta de espacios y condiciones adecuadas para la AF (Cita 36, Apéndice 3) (Davis, y otros, 2012); (4) las limitaciones culturales se relacionan con el acceso a zonas transitables y a parques en el caso de los Latinos en Phoenix, donde se menciona que una de las grandes limitantes para el intercambio social es el idioma (Citas 13 y 39, Apéndice 3) (Cutts, Darby, Boone, & Brewis, 2009).

Adicionalmente, los autores plantean en los estudios científicos: (5) la importancia del papel de liderazgo, de las mujeres que cuentan con programas de intervención en AF, y como estas estrategias han aportado, al cambio de comportamiento positivo hacia la AF de muchas personas (Cita 48, Apéndice 3) (Nelson, Benson, & Jensen, 2010); (6) desde la noción de involucrar otros aspectos en la calidad de vida que no sólo correspondan a lo biológico, en la intervención EFICAR para pacientes con deficiencia cardíaca, se evalúan entre otros aspectos, la condición psicológica, la condición social y de trabajo del paciente, que se relaciona con el gradiente social en el sentido de visibilizar los demás aspectos a tener en cuenta, antes de realizar una intervención en salud mediante la AF y que requiere del conocimiento de las condiciones social en donde el programa sea realmente efectivo (Cita 53, Apéndice 3) (Zuazagoitia, y otros, 2010); (7) si se le posibilita la práctica de AF en las personas adolescentes con psicosis o con riesgo de desarrollar esta enfermedad, se posibilitará disminuir los efectos perjudiciales sobre la salud lo que una vez más reivindica a la AF como una herramienta que contribuye a la mejora de las condiciones de vida de las personas inscritas en un contexto adverso (Citas 56 y 57, Apéndice 3) (Koivukangas, y otros, 2010).

Dentro de los hallazgos, se ubicó, que los autores enuncian en la literatura científica, nociones que corresponden a más de un postulado de la ES.

4. *Estatus y clase social*

Entonces, para el caso de la ES como sinónimo de estatus que corresponde a la importancia del rol social y, ES como sinónimo de clase social relacionado con los modos de producción y la relación entre propietarios y productores, se presentan los siguientes factores: (1) las intervenciones de AF, en niños con deficiencia motora, deben establecer estrategias, que hagan posible la participación de estos niños en la sociedad (Citas 40 y 41, Apéndice 3) (Kolehmainen, y otros, 2011); (2) la residencia prolongada de los mayores en un solo lugar, puede reflejar un envejecimiento colectivo en el lugar, que se asocia con el deterioro estructural, con consecuencias adversas para los comportamientos

cognitivamente sanos, además, se plantea que de acuerdo a la condición social o de raza, se cuenta con el acceso a diferentes lugares de interacción social (Citas 18 a la 20, Apéndice 3) (Clarke, y otros, 2012).

5. *Reproducción social, sistema de significaciones de Pierre Bourdieu*

Continuando, con la exposición de los autores que abarcan más de un postulado en el mismo artículo científico, con respecto a la ES se encuentra desde los postulados de ES de Pierre Bourdieu relacionados con la influencia del entorno social en la realidad del individuo y la reproducción social entendida como el conjunto de pautas planteadas por las organizaciones sociales, los siguientes planteamientos: (1) una carrera escolar sin éxito daría lugar a una mayor probabilidad de adoptar comportamientos que comprometen la salud, seguido por un menor nivel educativo en la edad adulta (Citas de 42 y 43, Apéndice 3) (Koivusilta, West, Antero Saaristo, Nummi, & Rimpelä, 2013); (2) los bajos niveles de práctica de AF presentados en el género femenino que pueden ser consecuencias de estereotipos (afecta la feminidad) o barreras de la AF (acceso a la infraestructura para la práctica de la AF, motivación) (Citas 10, 44 y 45, Apéndice 3) (Lavielle S, Pineda A, Jáuregui J, & Castillo T, 2014).

6. *Reproducción social y clase social*

Desde los postulados de ES, relacionados con reproducción social como, pautas planteadas por las organizaciones sociales y clase social relacionado con los modos de producción y la relación entre propietarios y productores, los autores enuncian en sus trabajos científicos: (1) un mayor nivel de educación de la madre, se asocia con un alto rendimiento académico en general y los planes para la educación superior entre los adolescentes reflejan un mayor nivel de AF, además, menos problemas de comportamiento y una posición socioeconómica alta se, asociaron de forma independiente con el rendimiento académico en general (Cita 12, Apéndice 3) (Kantomaa, Tammelin, Demakakos, Ebeling, & Taanila, 2010); (2) la cognición social de la salud, influye en los cambios de comportamiento hacia la AF (Cita 15, Apéndice 3) (Godin, y otros, 2010).

7. *Sistema de significaciones de Pierre Bourdieu y Estatus*

En cuanto a, los postulados de ES de Pierre Bourdieu relacionados con la influencia del entorno social en la realidad del individuo y ES como sinónimo de estatus que corresponde a la importancia del rol social; los autores plantean, desde la literatura académica lo siguiente: (1) los pacientes con artritis reumatoide, cuentan con más dificultades en las actividades diarias y su vida social (Cita 46, Apéndice 3) (Häkkinen, Arkela-Kautiainen, Sokka, Hannonen, & Kautiainen, 2009); (2) para la AF en pacientes después del tratamiento del cáncer de seno, una edad más joven se relacionó con mayor deterioro en el funcionamiento sexual y una menor satisfacción con la apariencia física, mujeres en etapa posmenopáusica en el momento del primer diagnóstico se relacionó con menos deterioro en el funcionamiento social (Cita 9 , Apéndice 3) (Hormes, y otros, 2008); (3) el nivel de autonomía de las mujeres que practican ultrarunnig, en cuanto a su entrenamiento y organización del tiempo para cumplir con las labores del hogar y sus obligaciones laborales, donde se observa, que a pesar de contar con los compromisos que son naturales para su

género, esto no es un impedimento para la práctica de la AF (Cita 49, Apéndice 3) (Krouse, Ransdell, Lucas, & Pritchard, 2011).

8. Clase social y sistema de significaciones de Pierre Bourdieu

Finalmente, en cuanto a ES como sinónimo de clase social relacionado con los modos de producción y la relación entre propietarios y productores y los postulados de ES de Pierre Bourdieu relacionados con la influencia del entorno social en la realidad del individuo, los autores plantean desde la literatura académica, que: (1) las condiciones sociales de las madres cuidadoras, relacionadas con la dedicación de su tiempo en el cuidado de los hijos y del hogar, hacen que su tiempo de práctica de AF sea limitado, sin embargo, sugiere que la participación de las madres cuidadoras en actividades saludables, puede proporcionar mantenimiento de la salud (Citas 47 y 34, Apéndice 3) (Bourke-Taylor, Lalor, Farnworth, & Pallant, 2014); (2) la relación entre la forma física y el rendimiento fue más fuerte para las mujeres y aquellos estudiantes con estatus socioeconómico más alto que para los varones y estudiantes de nivel socioeconómico más bajo, los hallazgos de este estudio sugieren la necesidad de que las escuelas en Islandia, mejoren la educación física y se puedan elegir alimentos más nutritivos disponibles, dentro y fuera del aula (Citas 22 a la 24, Apéndice 3) (Sigfusdottir, Kristjansson, & Allegrante, 2007).

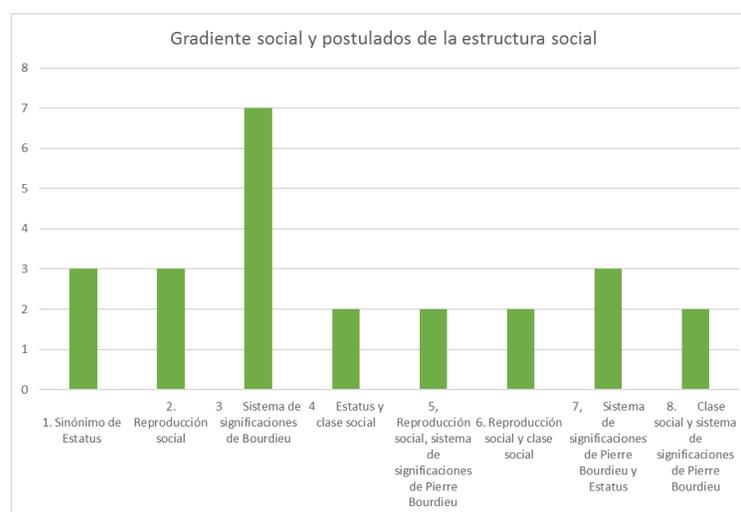


Ilustración 9. Postulados de la ES, Gradiente Social. Elaboración Propia.

Gradiente Social y Apoyo Social

Ahora bien, se encontró en la literatura académica que hace parte de esta investigación, nociones de los autores, que se consideran, abordan más de un factor de los DSS, de acuerdo a los postulados de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores. En este caso, a continuación, se relacionarán las reflexiones localizadas, donde los autores hacen referencia al gradiente social y el apoyo social. Donde, la idea de gradiente social consiste en la influencia de las circunstancias sociales y económicas de las personas y cómo estas pueden afectar su salud durante la vida, es decir, que las condiciones de salud de una persona dependerá de las condiciones sociales, económicas y de contexto; y la idea de apoyo social, donde, la amistad, las buenas relaciones sociales y las redes sólidas de apoyo mejoran la salud

en el hogar, el trabajo y la comunidad, proporcionando en las personas recursos emocionales, que hacen posible, que tengan una percepción de seguridad, generando un efecto protector de la salud (Marmot & Wilkison, 2003; Marmot & Wilkison, 2006).

Corrientes de la actividad física

1. Interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal

Teniendo en cuenta lo anterior, los autores de la literatura académica, abordan en sus estudios según la corriente de la AF, relacionada con la interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal, lo siguiente: la práctica y el cumplimiento de los niveles de la AF dependen de la estructura familiar en cuanto a la composición familiar, mencionan que, la influencia de hermanos es un apoyo social importante al momento de la práctica de AF, además, que las condiciones económicas y la composición familiar influyen en las condiciones obesogénicas de los niños, y que a pesar de que hay situaciones que no se pueden modificar como la pobreza se debe realizar un trabajo arduo desde las estrategias planteadas desde los DSS a partir del análisis de las condiciones adversas y de inequidad social que cuentan con un potencial para aliviar los resultados de la salud, además, para establecer estrategias desde la política pública a favor de la disminución de la obesidad en los niños (Citas de la 1 a la 7, Apéndice 3.1) (Sisson, Sheffield-Morris, Spicer, Lora, & Latorre, 2014; Ness, Barradas, Irving, & Manning, 2012; Quarmby, Dagkas, & Bridge, 2011).

2. Necesidad social y cultural, y la AF como parte de la promoción de la salud

En la corriente relacionada con la necesidad social y cultural, y la AF como parte de la promoción de la salud, se encontró, de acuerdo a las nociones de los autores de la literatura académica que, en un programa de prevención, las actividades preferidas por los hombres son el levantamiento de pesas, el ciclismo y el trote, por otra parte, las mujeres prefieren caminar y realizar aeróbicos, y las personas afroamericanas prefieren las actividades físicas practicadas en el hogar, es decir, que los gustos de la práctica de AF dependen del género, sin embargo, existe el apoyo social en la medida en que las personas pertenecen a un grupo dedicado a la prevención mediante la práctica de la AF (Cita 8, Apéndice 3.1) (Gay & Trevarthen, 2013).

3. Herramienta de formación desde los hábitos saludables promovidos en la educación física y en la escuela

En la tercera corriente, que relaciona a la AF como herramienta de formación desde los hábitos saludables promovidos en la educación física y en la escuela, se encontró que, los autores de los textos académicos, abordan la noción de, que los principales obstáculos a la participación de la AF incluyen la falta de apoyo social entre iguales y baja accesibilidad y disponibilidad de oportunidades de práctica de AF. Los autores de este estudio sugirieron las siguientes estrategias, a partir de las respuestas de los participantes de esta investigación para promover la participación de la AF, que incluyen modificaciones del medio ambiente, tales como (1) un mayor apoyo social de los compañeros,

(2) la mejora de la disponibilidad y la accesibilidad a las actividades en la escuela y en el barrio, (3) proporcionar actividades organizadas en la escuela, y (4) la reestructuración de las clases de educación física, lo anterior muestra que, es necesario el uso de múltiples estrategias que permitan la práctica de la AF desde la influencia de la escuela, además la importancia del apoyo entre pares (compañeros de estudio), en este proceso (Citas 10 y 11, Apéndice 3.1) (Hohepa, Schofield, & Kolt, 2006)

Dentro de los hallazgos, desde el gradiente social y apoyo social, se ubicó, que los autores enuncian en la literatura científica, nociones que corresponden a más de una corriente de AF.

4. AF como interacción a través del movimiento y AF como necesidad social y cultural

En este caso, se relaciona, desde las corrientes, de AF como interacción a través del movimiento y AF como necesidad social y cultural, que: en una intervención de la prevención de la diabetes en asia, de acuerdo a las creencias socioculturales, cultura y deporte, parecieron influir en las percepciones de los participantes respecto a la AF, en el sentido que el concepto de AF es desconocido para ellos, estas personas relacionaron el concepto de AF con las actividades de movimiento como trabajar la tierra, tareas del hogar y transporte, donde las mujeres no consideran participar de actividades fuera del hogar (Cita 12, Apéndice 3.1) (Nicolaou, y otros, 2014).

5. Actividad física formal y actividad física como necesidad social y cultural a partir de la renovación al campo de la salud

A partir de las nociones de AF vista como, por un lado, parte de los procesos de planes de AF de acuerdo al contexto de las personas (AF formal), y adicionalmente, la AF como necesidad social y cultural a partir de la renovación al campo de la salud, desde la integración de la promoción de la salud; se encontró dentro de los planteamientos de los autores de la literatura académica qué, en una intervención de pacientes con resistencia a la insulina, se identificarón cuatro factores que proporcionan las motivaciones hacia el cambio del estilo de vida: estructura y ritmo en la vida cotidiana, preocupaciones por enfermedad, nivel de actividad diaria y relaciones sociales, sin embargo aseguran, que los cambios hacia un estilo de vida saludable, es un proceso complejo debido a la empatía de los pacientes hacia las practicas de salud, por lo que realizan un llamado a realizar los ajustes adecuadas de los planes de salud, según las necesidades socioeconómicas y educativas de los pacientes (Cita 1, Apéndice 3.1) (Hansen, Landstad, Hellzén, & Svebak, 2011).

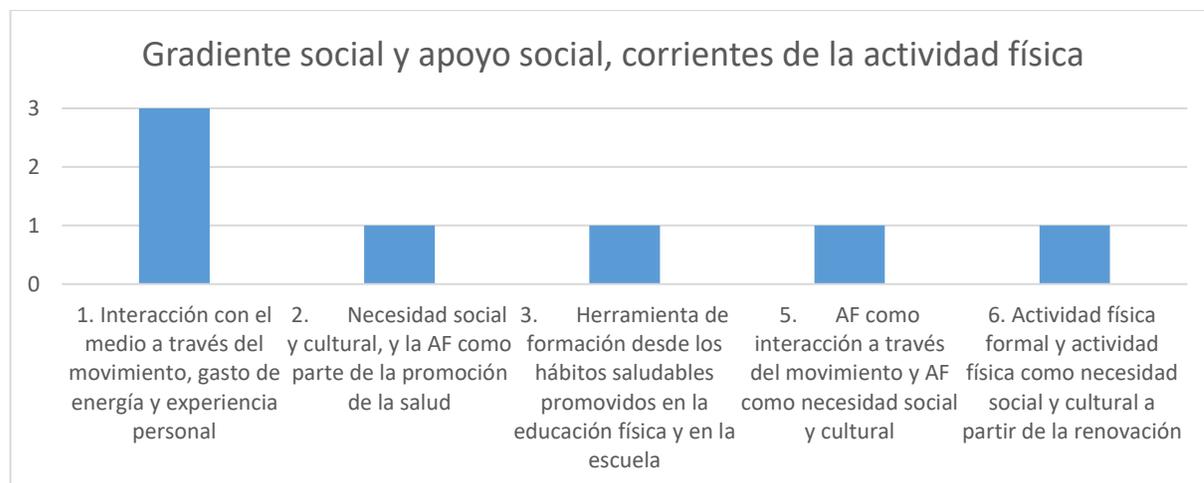


Ilustración 10. Corrientes de la AF, Gradiente Social y Apoyo Social. Elaboración Propia.

Postulados de estructura social

1. Reproducción social

Por otra parte, desde los postulados de ES, los autores de la literatura académica, abordan desde el postulado de reproducción social cómo una construcción que depende de pautas establecidas por las organizaciones humanas, qué cuando la estructura familiar esta compuesta por ambos padres biológicos la probabilidad de la práctica de AF de los niños es más alta, además, se destaca la importancia de la presencia de los hermanos, cuando la estructura familiar es liderada por uno de los dos padres, lo que resalta el hecho de que una estabilidad familiar proporciona mayores posibilidades en la práctica de la AF en niños (Cita 5, Apéndice 3.1) (Quarmby, Dagkas, & Bridge, 2011).

2. Sistema de significaciones de Pierre Bourdieu

Desde el postulado de ES de Pierre Bourdieu, como la estructura que determina la realidad del individuo, y se relaciona con el habitus y sistema de significaciones, se encontró, que los autores de la literatura académica mencionan que la estructura de la clase de educación física fue una barrera percibida para la práctica de AF por parte de las mujeres en edad escolar, por otra parte, es necesaria la implementación de estrategias que involucren a los estudiantes de las escuelas para la práctica de la AF, desde el apoyo social entre pares, también, plantea la necesidad de adaptar el currículo de educación física para permitir la práctica de la AF en todos los participantes. Este aspecto lleva a reflexionar cuál es el papel de la escuela en la motivación de la práctica de la AF en los estudiantes (Citas 10 y 11, Apéndice 3.1) (Hohepa, Schofield, & Kolt, 2006).

Dentro de los hallazgos, desde el gradiente social y apoyo social, se ubicó, que los autores enuncian en la literatura científica, nociones que corresponden a más de un postulado de la ES.

3. Reproducción social, y sistema de significaciones de Pierre Bourdieu

Es así que, desde los postulados de ES de Bourdieu como la estructura que determina la realidad del individuo y se relaciona con el habitus y sistema de significaciones; y de ES como reproducción social entendida como, el conjunto de pautas planteadas por las organizaciones sociales, se encontró que los autores plantean: que la estructura familiar influye en las condiciones obesogénicas de los niños en cuanto a nutrición y AF, particularmente en lo relacionado con el tiempo de exposición a pantalla, como actividad sedentaria y que hace parte del ambiente que generará obesidad en los niños. En este planteamiento se encuentra una mayor afectación en los niños a cargo de la madre de familia, o en los niños que no cuentan con hermanos, también la situación de pobreza influye en este aspecto (Citas 1 y 2, Apéndice 3.1) (Sisson, Sheffield-Morris, Spicer, Lora, & Latorre, 2014).

4. Sistema de significaciones de Pierre Bourdieu y Estatus

Continuando con las nociones de los autores, que abordan más de un postulado de ES, se encontró en cuanto a los postulados de ES de Pierre Bourdieu como la estructura que determina la realidad del individuo y se relaciona con el habitus y sistema de significaciones y ES como sinónimo de estatus qué: es más probable que la AF sea aceptada en los hombres jóvenes, mientras que las mujeres tradicionalmente no se les anima a participar en actividades fuera del hogar, que se muestra en la investigación realizada con pacientes de diabetes, como una influencia cultural percibida. En este hallazgo se visualiza como, la cultura juega un papel importante en la práctica de la AF, en los diferentes géneros y como las percepciones de la AF se asocian a las actividades practicadas cotidianamente por cada uno de los géneros (Cita 12, Apéndice 3.1) (Nicolaou, y otros, 2014). Dentro de este mismo planteamiento, otra investigación sugiere que, para desarrollar intervenciones efectivas, investigadores y profesionales deben considerar el momento y el lugar, y los patrones de la estructura social de los participantes, además, que no deben ser descuidadas las preferencias de las personas que pueden ser motivadas hacia la práctica de la AF (Cita 9, Apéndice 3.1) (Gay & Trevarthen, 2013).

5. Estatus y clase social

Finalmente en los planteamientos que cuentan con más de un postulado de ES, desde los postulados de ES como clase social social relacionado con los modos de producción y la relación entre propietarios y productores, y ES cómo estatus, que corresponde a la importancia del rol social, los autores de la literatura académica sugieren que la AF depende de la estructura familiar y clase social, que pueden permitir la prevención de la obesidad y se resalta la importancia de los grupos de apoyo para la práctica de la AF (Cita 4, Apéndice 3.1) (Ness, Barradas, Irving, & Manning, 2012); y cómo las intervenciones hacia los estilos de vida saludable deben ser adaptados de acuerdo a las necesidades socioeconómicas y educativas (Cita 13, Apéndice 3.1) (Hansen, Landstad, Hellzén, & Svebak, 2011).

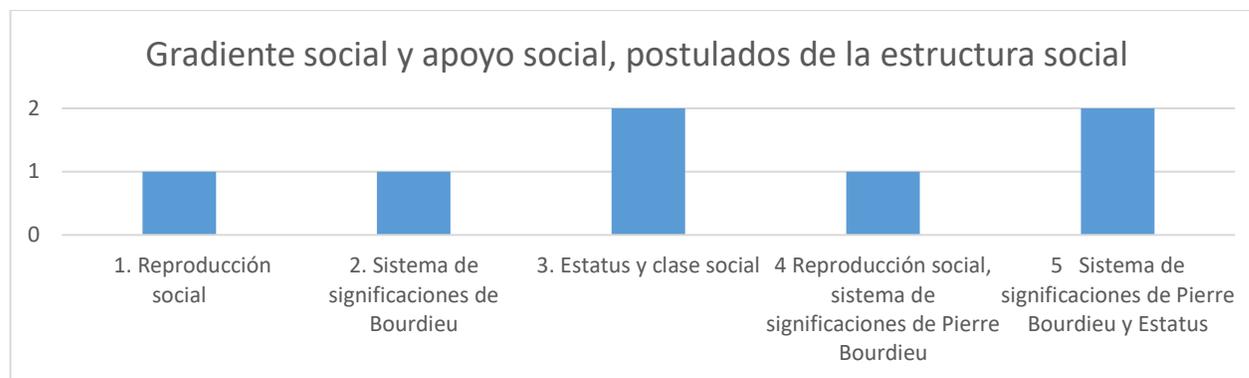


Ilustración 11. Postulados de la ES, Gradiente Social y Apoyo Social. Elaboración Propia.

Gradiente social y exclusión social

Otro de los hallazgos afines con más de un DSS, presentados en la literatura académica que hacen parte de esta investigación, donde las nociones de los autores, se consideran, abordan más de un factor de los DSS, se relacionarán a continuación las reflexiones localizadas, donde los autores hacen referencia al gradiente social y exclusión social. En que, la idea de gradiente social, consiste en, la influencia de las circunstancias sociales y económicas de las personas, y cómo estas pueden afectar su salud durante la vida, es decir, que las condiciones de salud de una persona dependerán de las condiciones sociales, económicas y de contexto; y por otra parte la idea de exclusión social, cómo un fenómeno asociado a la falta de hogar, la pobreza y el desempleo, que se presenta aún en los países ricos (Marmot & Wilkison, 2006; Marmot & Wilkison, 2003).

Corriente de la actividad física

1. Deporte y ejercicio

En la corriente de AF, que se relaciona con deporte y ejercicio para la formación integral de las personas, es decir en los aspectos físicos, psicológicos, sociales, morales y personales, se encontró que los autores sugieren en este estudio qué, en las mujeres deportistas de alto rendimiento, existe presión social en cuanto a condición física y apariencia física, además, esto influye en su autopercepción (Citas 1 y 2, Apéndice 3.2) (Reel, Petrie, SooHoo, & Anderson, 2013). A pesar de que este hallazgo no esta relacionado con las características de exclusión social orientadas por Marmot, Wilkison y colaboradores, como la pobreza, la etnia o la discapacidad, se percibe que, en este caso, la exclusión esta determinada por el género, y según lo muestra la evidencia empírica, las mujeres que participaron del estudio ven afectada su autoestima y su salud.

Postulado de estructura social

1. Sistema de significaciones de Pierre Bourdieu

Este hallazgo, de acuerdo a los abordajes de los autores, se considera que pertenece a los postulados de ES de Pierre Bourdieu, en cuanto a las exigencias que se hacen desde el entorno social a las mujeres deportistas y ES como sinónimo de estatus social, en lo relacionado a la presión que se sugiere en el género femenino en cuanto a la imagen y el rendimiento. (Citas 1 y 2, Apéndice 3.2) (Reel, Petrie, SooHoo, & Anderson, 2013).

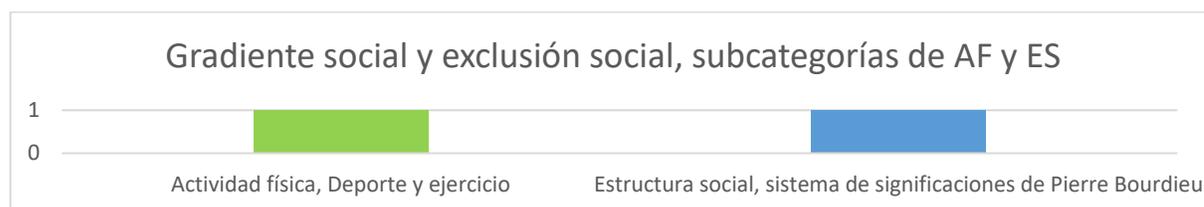


Ilustración 12. AF y ES, Gradiente Social y Exclusión Social. Elaboración Propia.

Estrés y Desempleo

En este apartado, se relacionan los hallazgos, sobre la noción de los autores, desde la literatura académica, donde, se explica como los entornos social y psicológico afectan la salud. Cuando existen situaciones de subordinación en el trabajo o contextos difíciles que provocan ansiedad, aislamiento social, baja autoestima e inseguridad; que conllevan, a una salud mental deficiente y una muerte prematura. Por otra parte, la seguridad laboral aumenta la salud, el bienestar y la satisfacción con el trabajo, es decir, que cuando se da una situación contraria, de desempleo, afecta a las personas en la salud mental y financiera, aquejando negativamente no solo a las personas, sino también, a sus familias (Marmot & Wilkison, 2003; Marmot & Wilkison, 2006).

Corriente de actividad física

1. Actividad física formal

En las aproximaciones de los estudios revisados, los autores manifiestan que, en cuanto a las corrientes de la AF, se considera la intervención monitoreada de AF en pacientes con dolor, y controles quienes no pertenecen al programa, que refiere a la AF formal, donde, se utiliza a la AF, como herramienta de intervención para la disminución del dolor. En este estudio, la intervención dio como resultado, que los pacientes con dolor crónico, cuentan con una incapacidad para ejecutar movimientos fuertes, sin embargo, la intervención en AF, mejora la percepción de bienestar en cuanto a la disminución del dolor (Citas 1 y 2, Apéndice 4) (Paraschiv-Ionescu, Perruchoud, Buchser, & Aminian, 2012).

Postulado de la estructura social

1. Estatus

Dentro del mismo artículo, los autores plantean, en cuanto al postulado de ES como sinónimo de estatus, que corresponde a la importancia del rol social: la baja participación en AF, es una constante independientemente del dolor

en personas de tercera edad. Además, se expresó que, en personas en situaciones de ansiedad y depresión, la situación laboral también influye, por la situación de la no ejecución de los movimientos cotidianos (Citas 3 y 4, Apéndice 4) (Paraschiv-Ionescu, Perruchoud, Buchser, & Aminian, 2012).

Primeros Años de Vida

En este apartado, se expondrán las nociones que los autores abarcan desde la idea de, que los efectos del desarrollo en los primeros años de vida duran toda la vida, además, un buen comienzo en la vida implica apoyar a las madres y a los niños pequeños (Marmot & Wilkison, 2003; Marmot & Wilkison, 2006; Marmot, 2015). La mayoría de los autores, plantean en la literatura científica hallada en este aspecto, los abordajes relacionados con las intervenciones que se realizan en las escuelas entorno a programas de promoción de la AF desde la etapa preescolar, es decir a partir de los 3 años de vida, donde, se reconocerá la importancia de la influencia de la AF no sólo para el desarrollo físico, sino también, para la adopción de hábitos relacionados con la práctica de la AF en las etapas posteriores de la vida.

Corrientes de la actividad física

1. Interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal

Los autores se aproximan a una comprensión de la AF entendida como, una situación de intercambio de experiencias, el conocimiento de sí mismo y la vivencia personal, desde la corriente de la AF relacionada con la interacción en el entorno. Se encontró en los planteamientos de los autores, que, la distribución del tiempo de los niños pequeños, para la práctica de AF, durante la semana es distinta, de los días de fin de semana y esto se puede atribuir a los diversos entornos físicos y contextos sociales que enfrentan los niños, además, los hallazgos confirman que existe una clara diferencia de género en la participación en actividades de AF, en este sentido, comenzarán a surgir en una etapa temprana de la vida, antes de la edad escolar (Cita 1, Apéndice 5) (Yu, Ziviani, Baxter, & Haynes, 2012).

Lo anterior, explica, en cierto sentido, la prevalencia de la practica de la AF en varones; (2) los contextos sociales y espaciales explican el nivel de práctica de la AF, en niños con hiperactividad, es decir, la práctica de la AF, estructurada o no, dependen del nivel de supervisión con la que cuente el niño, donde se presenta a la escuela como un contexto estricto de supervisión y el hogar como un contexto más flexible, donde la supervisión no es tan rigurosa (Cita 6, Apéndice 5) (Lin, Yang, & Su, 2013); (3) que las mujeres embarazadas con obesidad tipo III, reconocen la importancia de la práctica de la AF, sin embargo, se identificaron barreras relacionadas con el apoyo social para la práctica de la AF, y las relacionadas con la percepción de su imagen corporal, se involucra este estudio en el apartado de primeros años de vida, teniendo en cuenta, la importancia de los cuidados de las personas desde antes de su nacimiento (Cita 7, Apéndice 5) (Denison, Weir, Carver, Norman, & Reynolds, 2015).

2. Herramienta de formación desde los hábitos saludables promovidos en la educación física y en la escuela

Por otra parte, desde la noción de la AF como herramienta de la formación de hábitos saludables desde la educación física, donde se insiste, en que la AF no sólo depende del desarrollo de la condición física, sino, que existen otros factores que influyen su práctica cómo: herencia, estilos de vida, contexto y atributos sociales, personales y culturales. Los autores de la literatura académica, hacen referencia a que la dosis semanal de AF debe ser mayor que 40 minutos un día y debe estar presente desde los primeros años de vida, para mantener un IMC favorable (Citas 2 y 3, Apéndice 5) (Sollerhed & Ejlertsson, 2008).

3. Necesidad social y cultural y formación de hábitos saludables en la educación física

Finalizando con los abordajes de la AF, en los primeros años de vida, los autores de la literatura académica, realizan sus afirmaciones desde las nociones de AF como necesidad social y cultural a partir de la renovación al campo de la salud, desde la integración de la promoción de la salud; y desde la noción de la formación de hábitos saludables en la educación física, donde, la AF no sólo depende del desarrollo de la condición física, sino, que existen otros factores que influyen su práctica cómo: herencia, estilos de vida, contexto y atributos sociales, personales y culturales. Se enfatiza en, que la intervención de la escuela en hábitos de vida saludable debe estar apoyada, desde las estrategias de promoción de la AF, dentro de los planes de estudio desde las instituciones de la educación preescolar, de acuerdo a las guías de AF para preescolares, (Citas 4 y 5, Apéndice 5) (Sterdt, y otros, 2013). Lo anterior, teniendo en cuenta, que cuando se influye con prácticas de AF en las primeras etapas de la vida, es posible que estas puedan mantenerse en edades posteriores.

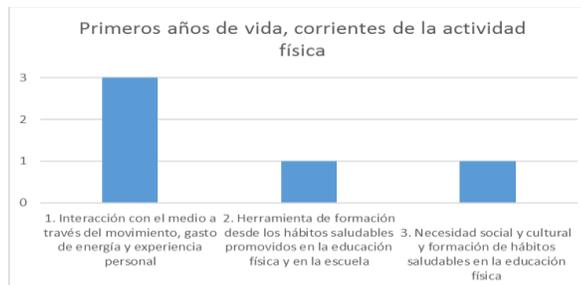


Ilustración 13. Corrientes de la AF, Primeros Años de Vida. Elaboración Propia.

Postulados de la estructura social

1. Sistema de significaciones de Pierre Bourdieu

Por otra parte, de acuerdo a los planteamientos que giran alrededor de los primeros años de vida, los autores realizan el abordaje de la ES, desde los postulados de Pierre Bourdieu relacionados con la influencia del entorno social en la realidad del individuo, de la siguiente manera: (1) la necesidad de la AF diferenciada en niños con hiperactividad, es decir, que un niño con hiperactividad realiza más AF en casa que en la escuela, teniendo en cuenta, el ambiente de interacción, donde la supervisión en la escuela, tal vez no le permite realizar actividades, que posiblemente si puede

realizar en casa (Cita 7, Apéndice 5) (Lin, Yang, & Su, 2013); (2) es necesario establecer diferencias en cuanto al uso del tiempo para realizar AF, de los niños que cuentan con problemas de conducta, en cuanto a la influencia que se puede presentar, de acuerdo al entorno del niño (espacios, e interacción social) atendiendo el tipo de actividad de acuerdo al día de la semana, además, que se presenta mayor práctica de AF por parte de los niños varones, manteniendo la diferencia de práctica de AF de acuerdo al género (Cita 1, Apéndice 5) (Yu, Ziviani, Baxter, & Haynes, 2012); (3) la influencia positiva en los cambios físicos de los niños, por el aumento del tiempo de práctica de la AF en la escuela (Citas 2 y 3, Apéndice 5) (Sollerhed & Ejlertsson, 2008); (3) como la herramienta del acompañamiento social es importante para la ejecución de la AF en mujeres embarazadas con obesidad tipo III, desde la percepción de bienestar que genera esta condición de acompañamiento y se presenta como un apoyo fundamental en la motivación hacia la práctica de la AF de estas mujeres (Cita 8, Apéndice 5) (Denison, Weir, Carver, Norman, & Reynolds, 2015).

2. Estatus

Finalmente, desde la percepción de la ES como sinónimo de estatus, los autores plantean desde la literatura académica, la importancia del rol social, que esta reflejada en los actores políticos del estado, en implementar estrategias en cuanto a la promoción de la AF, donde, se fortalezcan las condiciones logísticas, además, disponer de suficientes recursos financieros, materiales y recursos humanos puestos a disposición de los preescolares, como una medida que haga posible la implementación de espacios saludables en la escuela desde los primeros años de vida (Cita 5, Apéndice 5) (Sterdt, y otros, 2013).

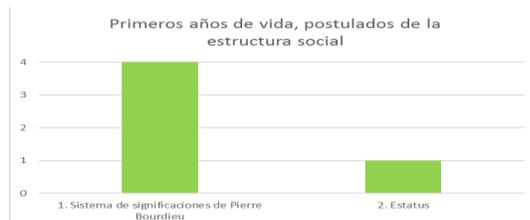


Ilustración 14. Postulados de la ES, Primeros años de vida. Elaboración Propia.

Apoyo social

En este aspecto, se relacionan las posturas de los autores de la literatura científica, que sugieren: que, la amistad, las buenas relaciones sociales y las redes sólidas de apoyo mejoran la salud en el hogar, el trabajo y la comunidad; proporcionando en las personas recursos emocionales, que hacen posible, que tengan una percepción de seguridad, generando un efecto protector de la salud (Marmot & Wilkison, 2003; Marmot & Wilkison, 2006).

Corrientes de la actividad física

1. Interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal

De acuerdo a la primera corriente de la AF, la cual es vista como interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal, se encontró, que los autores trabajan en la evidencia científica, donde, se considera, que los niños de 11 años en Reino Unido, son motivados a participar en el juego activo, porque lo percibían de forma agradable por el acompañamiento de sus amigos, que permitía prevenir el aburrimiento y tener beneficios para la salud física y mental. Además, para proporcionar una ausencia de control de los adultos. También, se considera que, el apoyo social de los amigos es más importante que el apoyo social de los adultos, en el juego durante las horas extraescolares. Es decir, que el juego sin supervisión del adulto, se presenta como una de las estrategias para aumentar la práctica de la AF en niños, sin embargo, algunos de los niños consideran que las reglas de los adultos les puede proporcionar seguridad al momento de jugar (Citas de la 1 a la 3, Apéndice 6) (Brockman, Jago, & Fox, 2011).

Adicionalmente, de acuerdo a la corriente de AF como interacción con el medio, los autores también abordan la temática de las barreras y los facilitadores de la AF en sobrevivientes de accidente cerebrovascular, donde, se identifica claramente la dificultad para la práctica de la AF, de estas personas, sin embargo, encuentran en el apoyo social de los profesionales, compañeros y mascotas una posibilidad para la práctica de la AF, haciendo del contexto un entorno amable para la práctica de la AF (Citas de la 38 a la 40, Apéndice 6)(Damush, Plue, Bakas, Schmid, & Williams, 2007).

2. Necesidad social y cultural, y la AF como parte de la promoción de la salud

De acuerdo a la corriente de AF, que responde, a la necesidad social y cultural, a partir de la renovación al campo de la salud, y la integración de la promoción de la salud, los autores de la literatura académica realizan las siguientes apreciaciones: (1) que la asociación gradual entre cada una de las cuatro clases de apoyo social (el estímulo para hacer AF, haciendo AF en conjunto, padres viendo AF, y hablando de AF), entre padres y escolares de los 11 a los 15 años de edad, puede ser más fuerte en las niñas que los niños, independiente del grupo de edad, la estructura familiar, la clase social, y el estado de la migración, es decir, que es mayor la influencia del ejemplo de los padres en AF para las mujeres (Cita 4, Apéndice 6) (Henriksen, Ingholt, Rasmussen, & Holstein, 2015); (2) El ap

oyo social y relación entre las personas, eran facilitadores claves de los cambios de estilo de vida saludables, e influyeron en la motivación y la perseverancia individual, en la intervención *the healthy living program* (HLP) para pacientes obesos (Citas 5 y 6, Apéndice 6) (Russell, Rufus, Fogarty, Fiscella, & Carroll, 2013).

Siguiendo con la corriente de AF sobre, necesidad social y cultural, se encontró, que los autores también proponen las siguientes nociones: (3) las mujeres líderes de los programas de nutrición y AF habían desarrollado un enfoque para abordar un problema de la comunidad, lo que muestra que es posible, mediante la promoción de nutrición y AF generar cambios, así sean a largo plazo, además, se resalta el hecho de mejorar sus capacidades en salud pública a través de la capacitación y fortalecimiento de sus conocimientos, teniendo en cuenta, la importancia de las redes de trabajo para el fortalecimiento en el autocuidado y el cuidado de los demás (Citas 7 y 8, Tabla8) (Folta, Nelson, Seguin, & Ackerman, 2012); (4) se resalta la importancia de la formación de redes colaborativas en cuanto a la promoción de la AF, donde se muestra en el caso de las redes de AF en Colombia y Brasil que, existe mayor colaboración entre las

redes dedicadas a la investigación, que entre las redes que se dedican a las intervenciones, además, que existen redes (en el caso de Colombia) que a pesar de contar con experiencias negativas hacia el éxito, mantienen sus intervenciones en AF (Citas 9 y 10, Apéndice 6) (Parra, y otros, 2011).

Finalmente, presentando las nociones de los autores al respecto de la AF como necesidad social y cultural: (5) se destaca la importancia de, que las enfermeras cuidadoras de pacientes con diabetes tipo II cuenten con los conocimientos suficientes de la intervención específica de AF, de acuerdo a que, las enfermeras consideran que por diferentes circunstancias la inclinación de los pacientes con diabetes tipo 2, es la adopción de hábitos insalubres (Citas 11 y 12, Apéndice 6) (Jansink, Braspenning, Weijden, T., & Grol, 2010); (6) los grupos de amistad en la escuela están asociados con mayor práctica de la AF, es decir, para el caso de este estudio, que los niños entre los 10 y 11 años de edad, practican más AF, cuando cuentan con una red de apoyo social, representada por sus amigos de la escuela, sin embargo, persiste la prevalencia de la práctica de más minutos de AF por parte de los varones (Citas 13 y 14, Apéndice 6) (Macdonald-Wallis, Jago, Page, Brockman, & Thompson, 2011).

3. Herramienta de formación desde los hábitos saludables promovidos en la educación física y en la escuela

Por otra parte, desde la concepción de la AF como parte de la formación de hábitos saludables desde la escuela, los autores reflejan que, los problemas de los adolescentes, el apoyo familiar, las preocupaciones relativas a la aplicación de intervención en AF, y contenido curricular; hacen parte de retos y recomendaciones para los adolescentes con sobrepeso y obesidad; sus padres, y otras partes interesadas, son la clave, en relación con la aplicación de una intervención de control de peso basado en la teoría dentro del ámbito de la salud escolar, apoyado por una enfermera en la escuela. Esto conduce a que, dentro de las estrategias planteadas para la práctica de la AF, la intervención de los actores de la comunidad educativa, es fundamental y que no depende de una sola persona sino de una serie de acciones, que influyan de manera positiva hacia la práctica de la AF y la adecuada nutrición en el adolescente (Citas de la 16 a la 18, Apéndice 6) (Gellar, y otros, 2012).

4. Actividad física formal y no formal

Desde la percepción de la AF formal, donde, se utiliza a la AF como herramienta para el tratamiento de la enfermedad, los autores presentan los siguientes aspectos: (1) el programa de AF permitió a los miembros del grupo, mediante la cohesión social, sentirse como equipos deportivos, unidos en el luchar contra la enfermedad del cáncer, los pacientes podrían mostrarse sin reservas y se da la posibilidad de explorar las propias limitaciones físicas y mentales, sin embargo, los pacientes en este estudio no se vieron obligados a exponer sus preocupaciones personales para cumplir los objetivos, esto demuestra la importancia de formar grupos de apoyo social en el tratamiento de enfermedades, que mediante la AF, podrán mitigar de forma emocional los efectos negativos de la enfermedad (Citas 19 y 20, Apéndice 6) (Midtgaard, Rorth, Stelter, & Adamsen, 2006); (2) el Yoga, parece tener un impacto positivo sobre los efectos secundarios de las terapias hormonales, en pacientes intervenidas por el cáncer de mamá, donde

mediante la práctica del Yoga, se presenta, reducción de artralgias producidas por el tratamiento, además que genera relaciones de bienestar, a través del apoyo social (Citas de la 21 a la 23, Apéndice 6) (Galantino, y otros, 2012).

5. Deporte y ejercicio

Desde la concepción de AF, como deporte y ejercicio, lo autores abordan, en la literatura académica, un estudio relacionado con pacientes de cáncer con trasplante de médula, donde se observó, la relevancia de la movilidad y la salud física en los aspectos de la interacción social, es decir, que la AF, considerada como la práctica de un deporte, o la participación en eventos especiales, era parte de el intercambio social de estos pacientes, donde, finalmente el estudio concluye que es de vital importancia la medición real del comportamiento y cambio social, es decir, el abordaje multidimensional de la salud social (Citas de la 24 a la 26, Apéndice 6) (Syrjala, Stover, Yi, Artherholt, & Abrams, 2010).

6. Necesidad social y cultural y formación de hábitos saludables en la educación física

En cuanto al abordaje de los autores, de las corrientes de AF, por una parte relacionadas con, la necesidad social y cultural de la promoción de la salud, y por otra parte con, la AF como parte de la formación de hábitos saludables desde la escuela, se encontró la percepción de los estudiantes, donde, creen que en la escuela se pueden encontrar los recursos humanos y las oportunidades de práctica requeridas entre los sectores sociales o agentes que ya existen en la comunidad, es decir, se relaciona a la escuela como un espacio oportuno para la promoción social de la AF, que lleva a comprender la importancia de los programas de hábitos saludables dentro de las escuelas, empoderando a los estudiantes, padres de familia y maestros, apoyados por profesionales y la comunidad, además, se revela la importancia de los programas de AF, dirigidos por los estudiantes de secundaria y de la escuela como facilitador de la práctica de la AF (Citas 27, 28, 36, 37 ; Apéndice 6) (Murillo P, y otros, 2014; Jenkinson, Naughton, & Benson, 2012).

7. Actividad física formal e interacción con el medio, gasto de energía y experiencia personal

Finalmente, desde las concepciones de la AF, como parte de los planes de entrenamiento de acuerdo al contexto de las personas a través de la AF formal y, por otra parte, la AF entendida como interacción con el medio, gasto de energía y experiencia personal, se encontró, que los autores trabajan en la evidencia científica, la noción sobre las necesidades de las personas mayores, que fueron influenciadas por los aspectos físicos, sociales y de actitud del entorno, y un enfoque de rehabilitación aplicada a través de los sectores sociales y de salud, donde, se identifica que el apoyo social, también se da en el sentido de reconocer la independencia de estas personas a pesar de su edad o sus dificultades para la realización de actividades, además, que los adultos mayores consideran que su hogar es lugar que les proporciona mayor independencia. En este sentido, es importante identificar los factores ambientales que facilitan y dificultan la rehabilitación, para luego ofrecer a las personas mayores, aquellos factores que promuevan su rehabilitación y restauración de su independencia (Citas de la 29 a la 31, Apéndice 6) (Randström, Asplund, & Svedlund, 2012).

Sin embargo, se halló un estudio donde los pacientes de rehabilitación cardíaca, suponen que, en el grupo de trabajo, donde realizan sus ejercicios, se da el cambio de comportamiento hacia la actividad, no en el hogar (Cita 33, Apéndice 6) (Hardcastle, McNamara, & Tritton, 2015). Lo anterior sugiere entonces, que la rehabilitación mediante la AF, también depende del contexto social, y que será percibida de manera diferente dependiendo la condición de discapacidad.

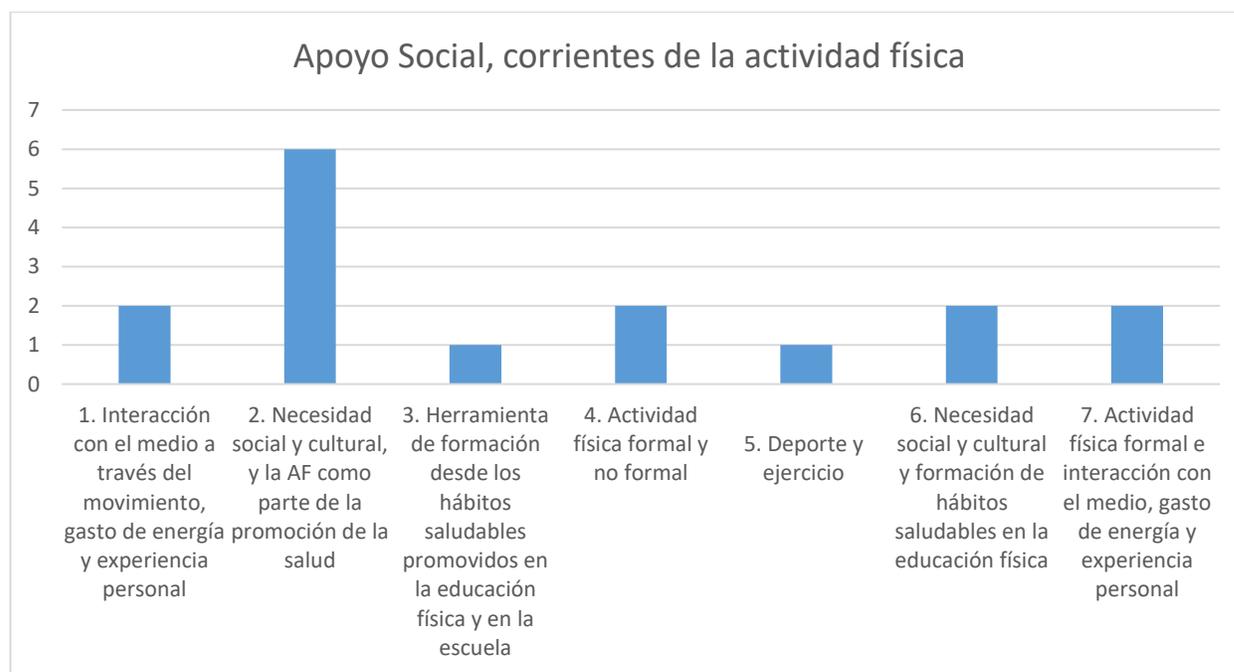


Ilustración 15 Corrientes de la actividad física, Apoyo Social. Elaboración Propia.

Postulados de la estructura social

1. Sistema de significaciones de Pierre Bourdieu

Ahora bien, en cuanto a los postulados de la ES, encontrados en el componente de apoyo social, los autores plantean en la evidencia científica, desde el postulado de la ES de Pierre Bourdieu, como la estructura que determina la realidad del individuo, y se relaciona con el habitus y sistema de significaciones, que: (1) las personas mayores, describen la forma en que los ejercicios de forma gradual, contribuyen para, alcanzar la meta de moverse sin depender de dispositivos de asistencia (Cita 32, Apéndice 6)(Randström, Asplund, & Svedlund, 2012); (2) varios obstáculos a la implementación de la intervención de la enfermera escolar, fueron citados por todos los grupos participantes, incluyendo el estigma asociado a la alimentación y las formas de práctica de la AF, por parte de sus compañeros (Cita 15, Apéndice 6) (Gellar, y otros, 2012).

Además: (3) la media de minutos de moderada a vigorosa por día de un niño fue positiva y significativamente correlacionado con el de sus amigos inmediatos y secundaria, después de controlar por otros predictores conocidos de

la AF (Cita 14, Apéndice 6) (Macdonald-Wallis, Jago, Page, Brockman, & Thompson, 2011); (4) la necesidad de establecer los requerimientos de los sobrevivientes de accidente cerebrovascular para la práctica de la AF, son de gran importancia, debido a que de ello dependerá que ellos puedan contar con una recuperación satisfactoria, además, de mantener sus funciones vitales y un estilo de vida saludable (Cita 41, Apéndice 6) (Damush, Plue, Bakas, Schmid, & Williams, 2007).

Lo anterior describe como el contexto social y ambiental, tiene influencia directa en la manera en que las personas asimilan la práctica de la AF, por una parte esta la importancia de generar independencia a los adultos mayores, por otra parte, se realiza un llamado a realizar acuerdos entre pares, en cuanto a la forma de percibir los cambios de comportamiento hacia los hábitos saludables, donde en el caso de los cambios de comportamientos en los adolescentes, se analiza hasta donde pueden influenciar sus pares en los cambios positivos hacia la práctica de AF y alimentación saludable; y finalmente en como las redes de amistad influyen positivamente en el cumplimiento de las recomendaciones en AF.

2. *Sinónimo de estatus*

Desde la noción de ES como sinónimo de estatus, relacionado con el termino de rol social, se encontró, en las apreciaciones de los autores de la literatura académica, que respecto al tema de las redes enfocadas a la práctica y la investigación de la AF, dependiendo su contexto, existe mayor apoyo a la investigación (en el caso de Brasil) o mayor apoyo a la práctica (en el caso de Colombia), sin embargo en las redes de ambos países identificó, como una barrera de acción, la existencia de la burocracia (Cita 10, Apéndice 6) (Parra, y otros, 2011). Lo anterior implica, la influencia de las organizaciones políticas en la práctica de la AF, donde las formas de actuación de las redes, cuentan con características propias de cada uno de los contextos, pero, con similitud en las barreras identificadas por un rol de carácter político. Adicionalmente, en un estudio de la aplicación del modelo socioecológico en una escuela, se encontró, que los estudiantes consideran la importancia tener autonomía y realizar sus aportes en el desarrollo del programa de AF, es decir, que el rol de líder, no solo se limita al maestro o a las directivas de la institución (Citas 27 y 28, Apéndice 6) (Murillo P, y otros, 2014).

Dentro de los hallazgos, se ubicó, que los autores enuncian en la literatura científica, nociones que corresponden a más de un postulado de la ES.

3. *Reproducción social, sistema de significaciones de Pierre Bourdieu*

En este caso, desde el postulado de reproducción social como una construcción que depende de pautas establecidas por las organizaciones humanas, y ES de Bourdieu como la estructura que determina la realidad del individuo y se relaciona con el habitus y sistema de significaciones, los autores de la literatura académica reflejan las siguientes conjeturas: (1) la importancia de las relaciones y el apoyo social, para los cambios individuales hacia la práctica de la AF (Cita 6, Apéndice 6) (Russell, Rufus, Fogarty, Fiscella, & Carroll, 2013); (2) formación de un sistema de significaciones en torno al grupo de rehabilitación de afecciones cardíacas, que utilizaba fotografías como medio

de motivación para la ejecución de ejercicios, donde los ejercicios no sólo son utilizados para el mantenimiento físico de cada persona, sino también, como estrategia de rehabilitación mediante el apoyo social, que no se da de la misma manera en el hogar (Citas 33 y 34, Apéndice 6) (Hardcastle, McNamara, & Tritton, 2015).

Adicionalmente, de acuerdo a los planteamientos del párrafo anterior: (3) la influencia de la práctica de la AF en los niños entre los 11 y 15 años de edad, donde la influencia de los padres, para la práctica de la AF, mostró una asociación más fuerte en las niñas, independiente de la edad (Cita 4, Apéndice 6) (Henriksen, Ingholt, Rasmussen, & Holstein, 2015); (4) la preocupación de las enfermeras, responsables de pacientes con diabetes mellitus tipo II, en afrontar situaciones estresantes, en cuanto a la falta de resultados de la intervención en AF y la recaída de los pacientes en hábitos insalubres (Cita 11, Apéndice 6) (Jansink, Braspenning, Weijden, T., & Grol, 2010); (5) la cohesión grupal, en el manejo de las emociones, en un programa de AF para pacientes de cáncer, mostró que es posible generar en estas personas, un sentido positivo de solidaridad e igualdad, donde el grupo se convierte en una motivación adicional a la práctica de AF (Citas 19 y 20, Apéndice 6) (Midtgaard, Rorth, Stelter, & Adamsen, 2006); (6) la importancia de la interacción social, en cuanto a la mejora de la función corporal, en personas sobrevivientes del cáncer, que plantea la necesidad de la comprensión multidimensional de la salud social (Citas 25 y 26, Apéndice 6) (Syrjala, Stover, Yi, Artherholt, & Abrams, 2010).

Es decir, que la organización de grupos de apoyo es importante para los cambios de comportamiento positivo hacia la AF, también como estrategia de rehabilitación, a través de la AF, donde los beneficios no sólo están relacionados con la mejora de la condición física, sino también, que contribuyen a una rehabilitación emocional de las personas que son sometidas a procedimientos médicos.

4. Estatus y Reproducción social

Siguiendo, con las nociones de los autores que abordan más de un postulado de la ES desde la literatura académica, desde la perspectiva de la ES como sinónimo de estatus (relacionado con el término de rol) y reproducción social como una construcción que depende de pautas establecidas por las organizaciones humanas, se halló que, la confianza y la admiración de los seguidores de las mujeres líderes en la promoción de AF, y comportamientos tales como la comunicación de una misión colectiva y propósito; los motivan al expresar el entusiasmo y optimismo para un futuro estado potencialmente mejorado a través de las intervenciones de AF, que ellas lideran (Cita 35, Apéndice 6) (Folta, Nelson, Seguin, & Ackerman, 2012). A pesar, que en líneas anteriores se muestra la prevalencia de la práctica de la AF por parte de los varones, aquí se encuentra un valor importante al género femenino y es, la incidencia de su liderazgo en los programas de AF, por lo menos en este estudio muestra, como la gestión de estas mujeres ha encausado hacia la AF a muchas personas en su contexto.

Por otra parte, de acuerdo a los postulados del párrafo anterior, se concibe que, los niños son motivados al juego activo, por sus pares, es decir cuando se sienten en un ambiente de confianza para la práctica de la AF (Cita 1, Apéndice 6) (Brockman, Jago, & Fox, 2011). Esto conduce a identificar, que la práctica de la AF mediante el apoyo social, se deriva de unas condiciones ambientales relacionadas por la confianza que puede generar las personas con las que se

interactua, donde las características de grupo dependen de similitudes en cuanto a características sociales, físicas, de condición de discapacidad, entre muchas otras que se pueden enumerar cuando se trata de redes de apoyo para la práctica de la AF.

5. Sistema de significaciones de Pierre Bourdieu y Estatus

Otras nociones, donde los autores abordan más de un postulado de la ES desde la literatura académica, a partir de los postulados de ES de Pierre Bourdieu como la estructura que determina la realidad del individuo, que se relaciona con el habitus y sistema de significaciones; y de ES como sinónimo de estatus (relacionado con el término rol), se encontró qué: (1) es de vital importancia la intervención de los estudiantes en los programas de AF en la escuela, porque, facilita la práctica de la AF en los adolescentes y reduce la carga de trabajo de los maestros (Citas 36 y 37, Apéndice 6) (Jenkinson, Naughton, & Benson, 2012); (2) la práctica del Yoga en grupo, parece tener un impacto positivo, debido a que ayuda a las pacientes de cáncer de mama, a hacer frente a los eventos de vida estresantes de la supervivencia del cáncer, así como a mejorar la calidad de vida (Cita 21, Apéndice 6) (Galantino, y otros, 2012). Lo anterior, implica reconocer la importancia de la interacción social de las personas que proveen, ambientes de seguridad, y de igualdad, que permiten sobrellevar las condiciones adversas del contexto, como el caso de la falta de AF en la escuela, y la recuperación de los dolores articulares provocados por las quimioterapias en el caso del cáncer.

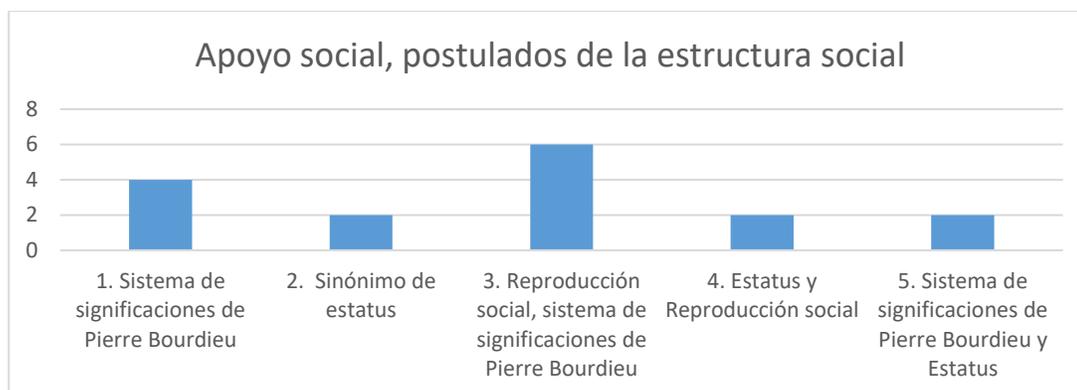


Ilustración 16 Postulados de la ES, Apoyo Social. Elaboración Propia.

Transporte

En este apartado se encuentran los artículos, donde los autores de la literatura académica abordan la idea sobre el transporte saludable, que, consiste en reducir el uso de los automóviles y motivar a la gente a caminar y montar en bicicleta, con el respaldo de un sistema mejor de transporte público, que se presenta como una alternativa para la mejora de la salud, porque es necesario que las personas busquen alternativas para ejercitarse, y el transporte activo es una de ellas (Marmot & Wilkison, 2003; Marmot & Wilkison, 2006).

Corrientes de la actividad física

1. Interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal

Ahora bien, de acuerdo a la primera corriente de la AF, la cual es vista como interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal, se encontró, que los autores trabajan en los artículos, las siguientes nociones, respecto al transporte activo como estrategia de la AF: por una parte, (1) el uso de la bicicleta para transporte se asocia con la conectividad, mientras que, el uso la caminata como transporte se asoció con infraestructura de apoyo, disponibilidad de servicios locales y calidad ambiental general, adicionalmente, caminar por recreación se asocia con apoyo de la infraestructura y el uso de la bicicleta por recreación no se asoció con ninguno de los atributos evaluados. Es importante reconocer que, en este estudio se resalta la importancia de la implementación de este tipo de transporte activo dentro de un proceso de disminución de las emisiones de carbono, que no solamente afecta al deterioro del medio ambiente, sino también al deterioro de la salud (Citas 2 y 3, Tabla, 9) (Adams, Goodman, Sahlqvist, Bull, & Ogilvie, 2013).

Por otra parte, los autores mencionan que: (2) el uso de la caminata para llegar a la escuela en las zonas rurales, mejora el fitness de los niños (Citas 4 y 5, Apéndice 7) (Mønness & Sjølie, 2009); (3) los niveles de AF vigorosa no fueron diferentes entre las comunidades de los alpes suizos que utilizan transporte motorizado, las diferencias en la comunidad fueron explicadas por medios pasivos de transporte para trabajar y para actividades de tiempo libre, sin embargo, la falta de oportunidades de AF moderada debido a el transporte motorizado no fue compensado por el aumento de las actividades deportivas, donde, en este caso el uso de transporte motorizado afecta negativamente la práctica de la AF (Citas 6 y 7, Apéndice 7) (Thommen Dombois, 2007); (4) la evaluación de las barreras específicas para caminar, tales como, calzado, características situacionales, práctica de la AF a través de la caminata, uso de la caminata como transporte, pueden tener importantes implicaciones para las intervenciones dirigidas a caminar como medio para realizar AF en adultos jóvenes (Citas 8, Apéndice 7) (Dunton & Schneider, 2006).

2. Necesidad social y cultural, y la AF como parte de la promoción de la salud

En cuanto a la corriente de AF, que la refiere como, la necesidad social y cultural a partir de la renovación al campo de la salud, la integración de la promoción de la salud, los autores de la literatura académica mencionan en sus artículos de investigación que el transporte activo, contribuye de manera significativa con el cumplimiento de las recomendaciones en AF, además, que la escala utilizada facilitará a los países en vía de desarrollo establecer las variables a intervenir para contribuir a la construcción de estrategias en pro de la reducción de la obesidad. Esto conlleva a reconocer la importancia de las estrategias e intervenciones que permiten reducir los riesgos de aparición de las enfermedades no transmisibles a desde las estrategias de carácter comunitario (Citas 12 y 13, Apéndice 7) (Oyeyemi, y otros, 2013).

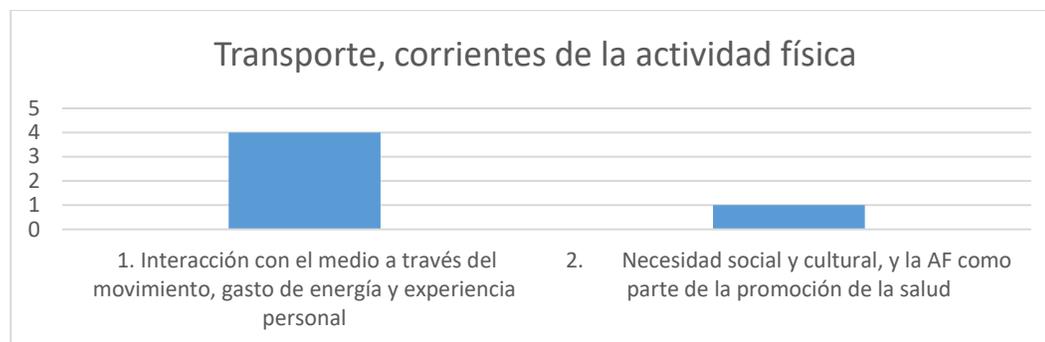


Ilustración 17. Corrientes de la AF, Transporte. Elaboración Propia.

Postulados de la estructura social

1. Sinónimo de estatus

Atendiendo ahora, a los postulados de ES, desde el postulado de ES como sinónimo de estatus donde se involucra el término de rol social, los autores de la literatura académica abordan la importancia de la mejora de las condiciones de vida de los niños, de las zonas rurales con el uso de la caminata hacia la escuela (Cita 4, Apéndice 7) (Mønness & Sjølie, 2009); además, que los factores socioeconómicos de las personas que usan el transporte motorizado, no se asociaron con los niveles de la práctica de AF (Citas 6 y 7, Apéndice 7) (Thommen Dombois, 2007). Por otra parte, los autores relacionan, de acuerdo a los planteamientos de Pierre Bourdieu como la estructura que determina la realidad del individuo, y se relaciona con el habitus y sistema de significaciones qué, el uso de la bicicleta y caminata para disminuir las emisiones de carbono, depende de la estructura de la ciudad, asimismo, que el uso de la bicicleta como recreación no se asocio con la infraestructura (Citas 1 y 2, Apéndice 7) (Adams, Goodman, Sahlqvist, Bull, & Ogilvie, 2013); además, que la caminata y la bicicleta permiten la prevención de enfermedades crónicas, y que los países interesados, pueden adaptar las intervenciones para contribuir a la disminución de la obesidad (Cita 13, Apéndice 7) (Oyeyemi, y otros, 2013).

2. Reproducción social

Finalmente, desde la reproducción social, como una construcción que depende de pautas establecidas por las organizaciones humanas, los autores plantean qué, debido a las condiciones situacionales, tales como el trabajo y la falta de tiempo, hacen que el uso de la caminata como ejercicio estructurado en estudiantes universitarios, sea casi nulo, sin embargo, existen factores como, el uso de la escalera y la caminata como transporte y recreación que hacen posible una estimulación de la AF moderada (Cita 9, Apéndice 7) (Dunton & Schneider, 2006).

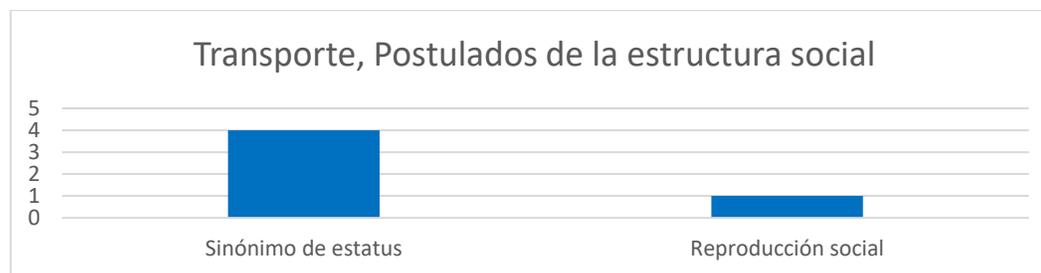


Ilustración 18. Postulados de la ES, Transporte. Elaboración Propia.

Transporte y apoyo social

Ahora bien, se encontró en la literatura académica que hace parte de esta investigación, nociones de los autores, que se consideran, abordan más de un factor de los DSS, de acuerdo a los postulados de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores. En este caso, a continuación, se relacionarán las reflexiones localizadas, donde los autores hacen referencia del transporte activo y el apoyo social. Donde, la idea de transporte activo, consiste en reducir el uso de los automóviles y motivar a la gente a caminar y montar en bicicleta, con el respaldo de un sistema mejor de transporte público, además, se presenta como una alternativa para la mejora de la salud, porque es necesario que las personas busquen alternativas para ejercitarse, en las cuales, el transporte activo es una de ellas; y la idea de apoyo social, donde, la amistad, las buenas relaciones sociales y las redes sólidas de apoyo mejoran la salud en el hogar, el trabajo y la comunidad, proporcionando en las personas recursos emocionales, que hacen posible, que tengan una percepción de seguridad, generando un efecto protector de la salud (Marmot & Wilkison, 2003; Marmot & Wilkison, 2006).

Desde esta perspectiva, se encuentra un estudio donde los autores trabajan en cuanto a, la motivación a la caminata a través de Internet, donde, las personas responden a los mensajes y concursos con premios simbólicos, es decir, esta intervención se presenta como eficaz para la participación de los miembros. Los concursos fueron en gran parte de naturaleza no competitiva, ya que, no había ningún medio visible de comparar el rendimiento de cualquier persona con los demás. Lo anterior implica, que con suficiente cuidado diseño y el esfuerzo personal, es posible crear una comunidad en línea para la práctica de AF, aunque no se cuente con un número considerable de miembros (Citas 10 y 11, Apéndice 7) (Resnick, Janney, Richardson, & Buis, 2010).

Corriente de actividad física (necesidad social y cultural); postulado de estructura social (reproducción social)

En este caso, los autores utilizan la corriente de AF relacionada con la necesidad social y cultural, a partir de la renovación al campo de la salud, y la integración de la promoción de la salud, en el sentido de promocionar la caminata como herramienta de la salud; y la noción de ES, como reproducción social que responde a una construcción de conocimiento que depende de pautas establecidas por las organizaciones humanas, específicamente, el grupo que

pertenece a un foro de internet donde el objetivo es lograr que sus participantes sean activos físicamente a través de concursos de caminata.

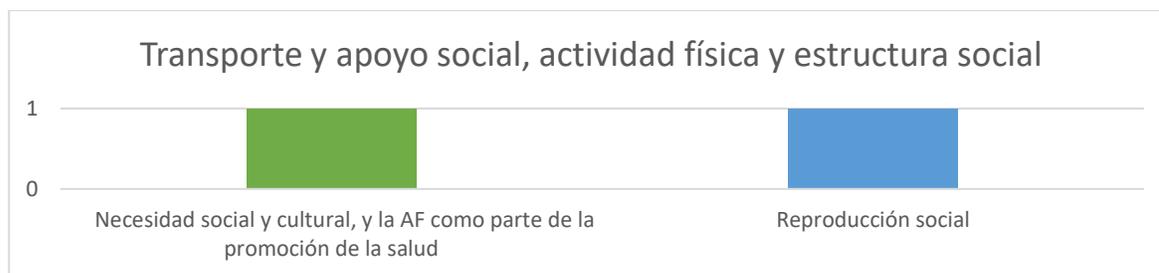


Ilustración 19. AF y ES, Transporte y Apoyo Social. Elaboración Propia.

Adicción

En este apartado, se hace un análisis a la forma en como los autores de los artículos abordan, los efectos de la adicción, que están relacionados con el consumo de drogas, alcohol y tabaco. En este aspecto, se considera que el consumo de estas sustancias está relacionado con el hecho de generar un tipo de escape a las inequidades sociales y económicas por parte de las personas con situaciones precarias o de estrés, sin embargo, el consumo genera una intensificación de la problemática (Marmot & Wilkison, 2003).

Corriente de la actividad física

Interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal

De acuerdo a la corriente de la AF, la cual es vista como interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal, se encontró, que los autores trabajan en los artículos, una noción de, que la mala salud se relaciona con las malas condiciones sociales a los que están expuestos los adolescentes y adultos. Donde, por una parte, las condiciones de salud adversas, en este caso la obesidad, dependen, de la poca práctica de AF, el consumo de drogas y alcohol, la violencia, las malas relaciones sociales, entre otros factores (Citas 1 y 2, Apéndice 8) (Chau, y otros, 2013); y, por otra parte, en el caso de los latinos residentes en Estados Unidos el uso del idioma, los niveles de educación y la posición socioeconómica condicionan los niveles de práctica de la AF, siendo aceptables personas que cuentan con el dominio del lenguaje, sin embargo, las personas latinas con manejo del idioma inglés, presentaron mayor consumo del tabaco (Citas 3 y 4, Apéndice 8) (Echeverría, y otros, 2013).

Postulados de estructura social

Reproducción social y clase social

Adicionalmente, estos planteamientos, se relacionan con los postulados de ES que abordan la idea de la reproducción social que responde a una construcción de conocimiento que depende de pautas establecidas por las organizaciones humanas; y la ES como sinónimo de clase social relacionado con los modos de producción y la relación entre propietarios y productores. En el sentido en que, por una parte, las condiciones económicas adversas provocan el consumo de tabaco, drogas, alcohol y bajos niveles de AF (Cita 2, Apéndice 8) (Chau, y otros, 2013); y por otra que el dominio del idioma inglés y los procesos de aculturación provocan mejores niveles de práctica de AF, pero, desafortunadamente y de forma independiente a la AF, el uso del idioma genera mayores niveles de tabaquismo (Cita 4, Apéndice 8) (Echeverría, y otros, 2013).

Lo anterior, confirma en este aspecto los postulados de Marmot, Wilkison y colaboradores, en el sentido de que las situaciones de inequidad, llevan a las personas a una exposición mayor a los riesgos de contraer enfermedades, por su condición socioeconómica.

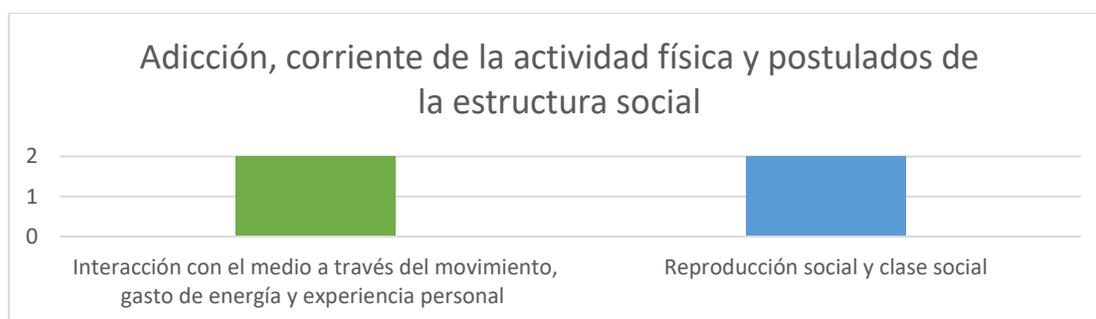


Ilustración 20. AF y ES, Adicción. Elaboración Propia.

Alimentos

En este apartado, se hace un análisis a la forma en que los autores de los artículos abordan, la alimentación como, factor fundamental desde el acceso a los alimentos saludables en todas las personas, debido a que proporciona salud y bienestar (Marmot & Wilkison, 2003; Marmot & Wilkison, 2006; Marmot, 2015).

Corrientes de actividad física

1. Necesidad social y cultural, y la AF como parte de la promoción de la salud

Desde la noción de AF relacionada con la necesidad social y cultural, a partir de la renovación al campo de la salud, y la integración de la promoción de la salud, los autores plantean, que, para los programas de intervención en estilos de vida, se requiere un conocimiento mayor sobre los costos y la dependencia de los recursos externos para generar cambios. Es así como la alimentación se presenta como uno de los estilos de vida que acompaña la estrategia de la AF. En este caso, se hace el llamado por parte de los autores, en cuanto a conocer los costos reales de las intervenciones, en el sentido en que, los alimentos que hacen parte de la dieta balanceada son costosos, lo que se

considera como barrera al momento de las intervenciones en comunidades vulnerables (Citas 1 y 2, Apéndice 9) (Owen, Pettman, Haas, Viney, & Misan, 2010).

2. Interacción con el medio a través del movimiento, gasto de energía y experiencia personal

Continuando, con la relación del abordaje de las corrientes de AF en cuanto al DSS alimentación, se encontró, que los autores de la literatura académica desde la percepción de AF como una situación de intercambio de experiencias, el conocimiento de sí mismo y la vivencia personal, qué, la relación de las condiciones ambientales en la familia y la necesidad de intervención en cuanto a nutrición y actividad física, incorpora comportamientos familiares y prácticas relacionadas con la dieta, tiempo de la pantalla, la actividad física (tanto de los padres y niños), así como las reglas familiares, comidas familiares y los horarios de sueño (Cita 4, Apéndice 9) (Ihmels, Welk, Eisenmann, & Nusser, 2009). Esto atiende, a un manejo adecuado de las condiciones ambientales relacionadas, para disminuir los efectos de la obesidad en los niños.

Postulado de estructura social

1. Reproducción social

Se considera entonces, de acuerdo a los planteamientos presentados, que abordan el DSS alimentación, que los autores de la literatura académica trabajan la idea de la ES, como una construcción que depende de pautas establecidas por las organizaciones humanas, debido a que hacen la reflexión sobre la importancia del abordaje de la nutrición como complemento de las estrategias de la AF y la prevención de la obesidad; aspectos que responden, al desarrollo de un ambiente propicio para buenas prácticas alimenticias, donde, se considera como fundamental la intervención del ambiente y de la familia (Citas de la 1 la 4, Apéndice 9) (Owen, Pettman, Haas, Viney, & Misan, 2010; Ihmels, Welk, Eisenmann, & Nusser, 2009)

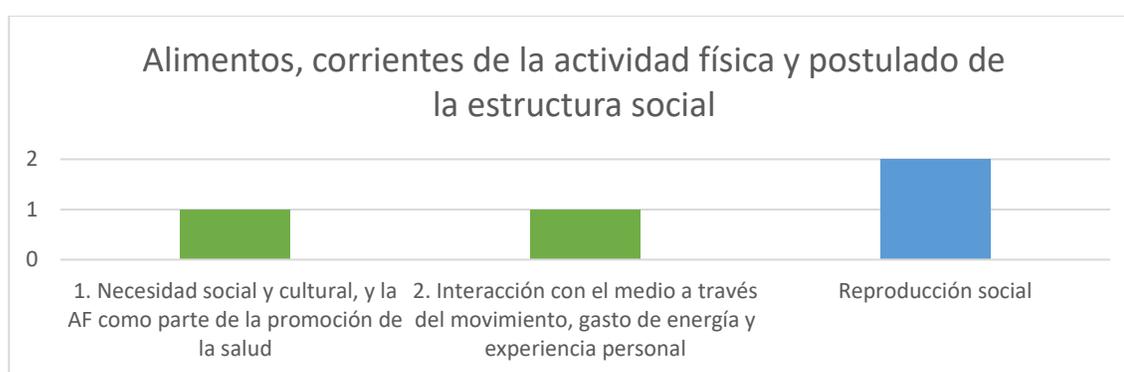


Ilustración 21. AF y ES. Alimentos. Elaboración Propia.

Trabajo y alimentos

En este apartado, se presentan las nociones de los autores de la literatura académica, alrededor del DSS trabajo, donde, se sugiere que el estrés y el contexto laboral, aumentan el riesgo de contrer enfermedades: y el DSS alimentos, como, factor fundamental desde el acceso a los alimentos saludables en todas las personas, debido a que proporciona salud y bienestar (Marmot & Wilkison, 2003; Marmot & Wilkison, 2006).

Corriente de actividad física (necesidad social y cultural); postulado de estructura social (reproducción social)

De acuerdo a los planteamientos de los autores de esta investigación, se resalta que, es necesaria la promoción en los estilos de vida saludable enfocados a la AF y nutrición de los trabajadores, con el fin de no sólo intervenir en su salud, sino también, en lo relacionado con los costos de salud (Citas de la 1 a la 3, Apéndice 10) (Robroek, Burdorf, & Bredt, 2007). De acuerdo a esto, se deduce que la corriente de AF que se aborda en esta investigación está relacionada la necesidad social y cultural, a partir de la renovación al campo de la salud, y la integración de la promoción de la salud; y, en cuanto a los postulados de ES, se abordan las nociones de ES cómo una construcción de conocimiento que depende de pautas establecidas por las organizaciones humanas, desde la reproducción social.

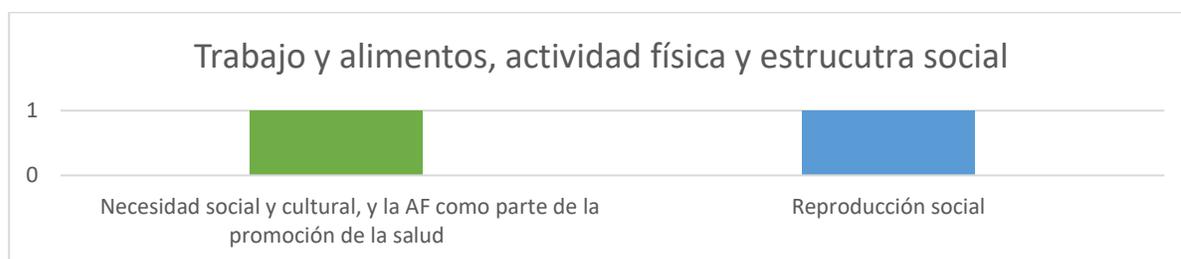


Ilustración 22.Trabajo y alimentos. Elaboración Propia.

5. Discusión y Conclusiones

Esta revisión narrativa, presenta ante la comunidad académica la evidencia científica, de los estudios de AF, en cuanto a los postulados de los DSS de Michael Marmot, Richard Wilkison y colaboradores, de acuerdo a las corrientes de la AF y de la ES. De acuerdo a lo anterior, se observaron características de la AF como un hecho social de salud, que dependen, del contexto donde es promovida y practicada; en esta medida, se evidencian estrategias de AF relacionadas con la rehabilitación, mantenimiento de la condición física, formación de hábitos saludables desde la escuela y formación de grupos de apoyo; que hacen posible el cumplimiento de las recomendaciones de la AF. Adicionalmente, desde la ES, se destacó en la evidencia empírica, como, las características relacionadas con el nivel educativo, el nivel socioeconómico, el origen étnico, y el contexto ambiental, condicionan y estructuran la práctica de la AF.

A pesar de que los hallazgos no están relacionados con estudios realizados en el contexto latinoamericano, vale la pena rescatar el hecho de que es posible conocer sobre los aspectos sociales que intervienen en la AF y resaltar

aquellos factores de los determinantes sociales de la salud que deben ser tenidos en cuenta al momento de implementar políticas en torno a la AF y la salud. El proceso de clasificación de los artículos fue enriquecido por los planteamientos de los DSS, donde se presentan factores que deben ser tenidos en cuenta en las intervenciones de la AF cómo: las condiciones del ambiente y del contexto para la práctica de la AF; la importancia de la estructura familiar en la influencia de las buenas prácticas de salud (en este caso AF y nutrición); el papel fundamental de la escuela mediante la educación física y los programas de actividad física escolares, para la participación y empoderamiento de los estudiantes hacia la formación de grupos de apoyo que permitan una práctica de la AF regular; el papel del transporte activo, no sólo para la mejora de la condición física, sino también, para la optimización del medio ambiente.

Sin embargo, es importante destacar otros hechos que se derivaron de la exploración realizada en la literatura científica, y que no están incluidos en los DSS: la formación indispensable del personal médico, profesorado, líderes de las estrategias, padres y madres de familia a cargo de las intervenciones que no sólo deben estar orientadas al cumplimiento de los requerimientos de AF, sino también en la formación de redes sociales que respondan al contexto y faciliten las intervenciones construidas a partir de la realidad de los actores involucrados; la discapacidad y los tratamientos a intervenciones y enfermedades, es un hecho relevante de las intervenciones de la AF, que pueden producir no sólo la mejora física, sino, que están sujetos también a lo relacionado con el aumento de la interacción social; la importancia de la AF en los adultos mayores, teniendo en cuenta, que proporciona un estado de mantenimiento, además, la posibilidad de mejora de sus funciones y disponibilidad para las tareas cotidianas.

Adicionalmente, otros hechos destacados son: la influencia y estructura familiar es fundamental para obtener los resultados en la práctica esperada de AF, teniendo en cuenta el lugar de origen, los ingresos, la conformación familiar (ambos padres, o uno cabeza de hogar) y el nivel de estudios (Henriksen, Ingholt, Rasmussen, & Holstein, 2015; Sisson, Sheffield-Morris, Spicer, Lora, & Latorre, 2014; Koivusilta, West, Antero Saaristo, Nummi, & Rimpelä, 2013; Quarmby, Dagkas, & Bridge, 2011; Ihmels, Welk, Eisenmann, & Nusser, 2009); se deben tener en cuenta los fenómenos sociales que rodean al deporte, debido a las consecuencias en salud que puede tener para sus practicantes las diferentes presiones sociales como rendimiento e imagen, y cumplimiento de obligaciones cotidianas sobre todo en las mujeres (Reel, Petrie, SooHoo, & Anderson, 2013; Krouse, Ransdell, Lucas, & Pritchard, 2011); finalmente, es importante destacar que en los primeros años de vida se debe tener en cuenta además las condiciones de discapacidad o de conducta que puede influenciar que los niños sean activos desde las primeras etapas de la vida (Yu, Ziviani, Baxter, & Haynes, 2012).

También se concluye, de acuerdo a la evidencia empírica y los aportes de sus autores, que los DSS que se consideran más importantes en las estrategias políticas y de intervención en la AF indiscutiblemente son: gradiente social y la formación de los grupos de apoyo (Ilustración 23, p. 57). En cuanto la AF se encontró que las corrientes que se someten a discusión corresponden a la interacción con el medio y la necesidad social de promoción de la salud (Ilustración 24, p. 57). Los postulados de ES que se hallaron en los textos corresponden en su mayoría a lo relacionado con reproducción social y el postulado de Pierre Bourdieu que conceptualiza a la ES como todo un sistema de significaciones (Ilustración 25, p. 58). Esto nos muestra, una vez más, de acuerdo a la importancia de este estudio, que

la AF es multifacética y necesaria, para la mejora de las condiciones de salud, y la construcción de estrategias e intervenciones que giran en torno al capital humano.

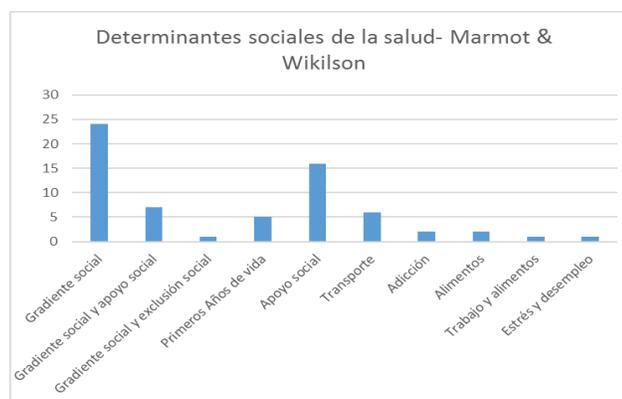


Ilustración 23. Determinantes Sociales de la salud. Elaboración Propia.

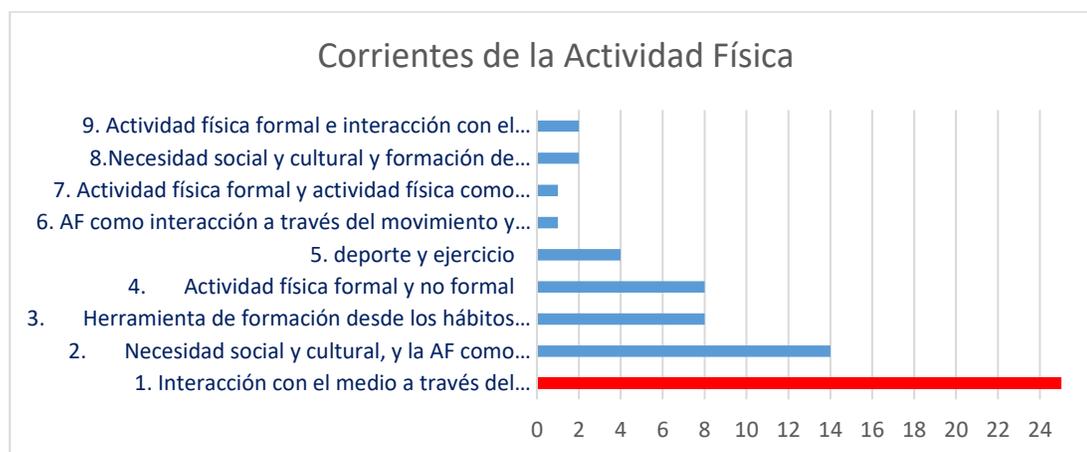


Ilustración 24. Corrientes de Actividad Física. Elaboración Propia.

Estas conclusiones son congruentes con las investigaciones que comprenden el análisis de la AF y los DSS. En Reino Unido, Kay (2016) acentúa el valor de las ciencias sociales en el abordaje de la actividad física, destaca este tipo de estudios para la incidencia en política pública donde considera que: “la actividad física es la más baja entre los sectores de la población en el extremo inferior del gradiente social, lo que hace prioritarios a los grupos marginados y desfavorecidos para las iniciativas de aumento de los niveles de actividad”. Además, desde la interpretación crítica del contenido y la importancia del abordaje de la AF y los DSS aporta que: “el documento considera el proceso de producción de conocimiento y considera el valor de incorporar la investigación en los determinantes sociales de la salud en la base de evidencia que informa la orientación de la actividad física” (Kay, 2016, p. 539). Desde las tesis de Maestría en Actividad física y Salud de la Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia), existen varios trabajos que comprenden un análisis similar a esta investigación, algunos de ellos sugieren que la práctica de la AF depende de los

contextos sociales donde esta se dé, desde el estudio de los DSS. A pesar de que los estudios de AF están orientados desde la epidemiología, este tipo de análisis desde lo social y con un abordaje del concepto más amplio de la AF, facilitará una percepción que no reduzca el concepto de AF desde lo biológico, sino que lo defina además, desde los factores sociales de la salud (Jiménez Rodríguez, 2016; Sierra Barrera, 2016; Cárdenas Herrán, 2016; Montenegro Mendivelso, 2015; Babativa Rodriguez, 2016; Serrano Ramírez, 2016).

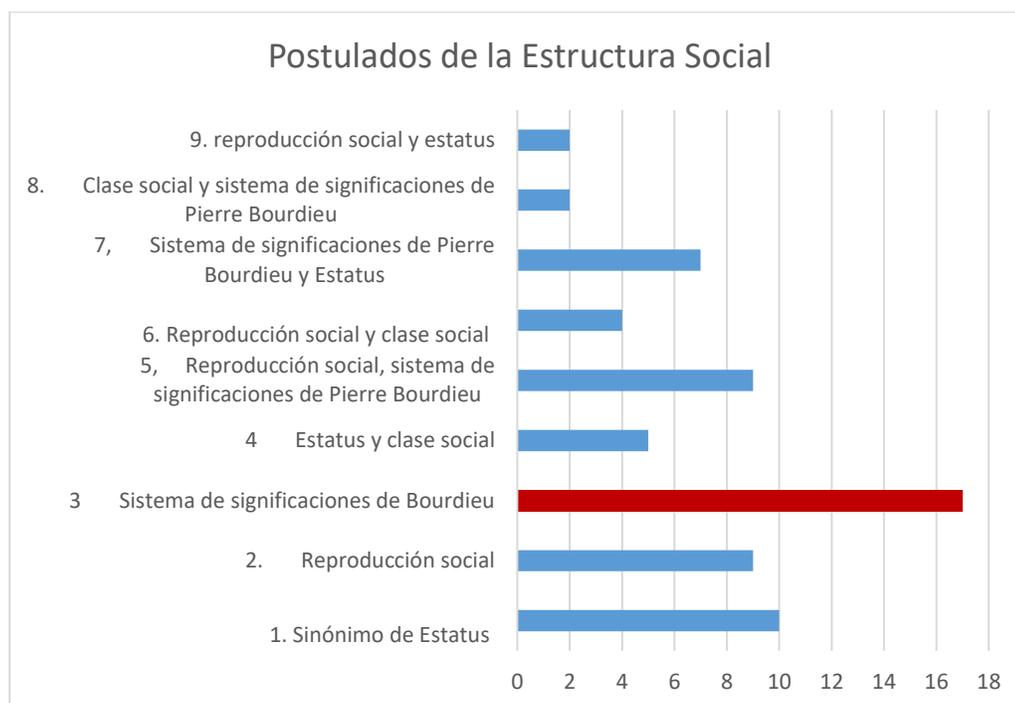


Ilustración 25. Postulados de Estructura Social. Elaboración Propia.

Adicionalmente, existen estrategias que cuentan con redes de apoyo a nivel mundial atendiendo al llamado de establecer intervenciones que favorezcan la práctica de la actividad física, dándole valor a la importancia de los DSS. Una de ellas es: global advocacy for physical activity (GAPA) que contribuye a través de la intervención multisectorial, “la promoción y el refuerzo del vínculo crítico entre la actividad física y otras prioridades mundiales en salud pública” (Blanchard, Trevor, & Bull, 2013, p. 119). En esta intervención contribuyen redes como: The Physical Activity Network of the Americas (RAFA-PANA); HEPA Europe; Western Pacific / South-East Asian Region (APPAN); African Region (AFPAN); Agita Mundo y The Healthy Caribbean Coalition (GAPA, 2017). Lo anterior muestra como estas redes que a su vez convocan líderes de las estrategias de AF en diferentes países del mundo, ya iniciaron una apuesta a intervenciones que cuentan con un análisis multinivel. Este estudio complementa y aporta desde el análisis de la evidencia empírica, instrumentos reflexivos sobre la importancia del apoyo social en la AF.

Por otra parte, se encuentran otras investigaciones desarrolladas en la Maestría en Actividad Física y Salud de la Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia) que aportan a cada uno de los factores analizados desde los DSS y el modelo Marmot & Wikilson. Para el caso del gradiente social, el estudio de las pruebas Ser en Bogotá de acuerdo a

la evaluación física y nivel socioeconómico concluye que existe una fuerte asociación entre la aptitud física relacionadas con la salud y la ubicación socio-geográfica en adolescentes de noveno grado de Bogotá (Rodríguez-Bezerra, 2016).

En un estudio sobre imaginarios de la AF de padres de familia de colegios públicos en Bogotá, el autor sugiere que las condiciones socio-económicas afectan las prácticas de AF de acuerdo al contexto, además, existen oportunidades como algunas redes de apoyo y obstáculos como la inseguridad (Patiño, 2016). Complementando el anterior hallazgo, el estudio de imaginarios de estudiantes sobre la AF realizado en la misma zona de la ciudad de Bogotá se plantea como conclusión que la condición socioeconómica (CSE) se relaciona con las prácticas de actividad física (AF) e influencia en la construcción de imaginarios de las personas de acuerdo a su realidad social (Ramos Varela, 2016). Finalmente, el estudio de representaciones sociales y práctica de AF de docentes de educación física de la UPZ 71, muestra que las prácticas que predominan en la escuela son las deportivas y que las limitantes para la práctica de AF son la familia, la política pública en educación en cuanto al currículo de educación física y el consumo de sustancias que aleja a las personas de los escenarios y parques (Ortega-Jimenez, 2016).

En cuanto a la adicción, dentro del estudio FUPRECOL en escolares de Bogotá, destaca en los resultados de un estudio transversal acerca del consumo de drogas, tabaco y alcohol que: hay un porcentaje considerable de escolares que se ubica frente al consumo de tabaco y alcohol en etapa de mantenimiento y en cuanto al consumo de drogas ilegales están en etapa de contemplación (Nuñez Villanueva, 2016). Desde un estudio de transporte activo, se observó que hay una mayor posibilidad del uso de la bicicleta y de la caminata de los niños entre los 9 y 12 años cuyos padres reportaron mayor grado académico (Beltrán Ahumada, 2016). Finalmente, en el estudio sobre cambio conductual hacia el consumo de frutas y verduras (refiriendo a la alimentación), se concluyó que el 66% de los estudiantes encuestados tiene la voluntad de cumplir las recomendaciones de consumo de frutas y verduras, y que una intervención a edad temprana facilitará la prevención de riesgo cardio metabólico en edad adulta (Cruz Thiriat, Correa Bautista, & Ramirez Velez, 2016).

Destacando el papel de la práctica de la AF en la escuela, en un estudio sobre AF durante el recreo se observa que este espacio es primordial para la práctica de AF moderada a vigorosa, que es posible mayor práctica si el patio esta equipado y con actividades (Salamanca Capello, Sandoval Cuellar, & Páez Rubiano, 2016); también, el estudio sobre módulo activo recreo activo (MARA) menciona que este espacio es fundamental para disminuir el tiempo sedentario de los estudiantes (Gámez Martínez, 2016). Sin embargo, se observa que el espacio del recreo facilitaría el intercambio social y planteamiento de estrategias en AF por parte de los estudiantes, que contribuye como factor protector de la salud.

En cuanto a la práctica de AF como prevención del cáncer desde las instituciones educativas, como una herramienta clave de movilización social, se encuentran trabajos de investigación que abordan: prevención del cáncer colorectal (Tovar Cifuentes, 2016), prevención del cáncer de pulmón (Alba Ramírez, 2016), prevención del cáncer de seno en estudiantes mujeres (Masso Calderón, 2016). Se resalta en este tipo de investigaciones como la AF se convierte en un elemento fundamental en la intervención de la salud, desde la escuela que comprende factores de riesgo y que responde a una necesidad de contexto en cuanto a la prevención del cáncer. Finalmente, de acuerdo con los hallazgo

de esta investigación lo social juega un papel fundamental en la intervención de la AF visto desde la taxonomía de los programas de actividad física en Latinoamérica, que reconoció cinco dominios el abordaje teórico, actividad física, comunidades, recomendaciones de Task Force y estrategias comunitarias (Rodríguez Rivera, 2016).

Cabe destacar que: esta revisión permitió la reflexión del concepto de AF que no está limitado a los abordajes y consideraciones fisiológicas y epidemiológicas. Al inferir sobre la influencia de la AF en los DSS y su configuración desde la ES se abre el campo a las ciencias sociales, las ciencias de la educación física y las ciencias de la salud a interactuar conjuntamente en el abordaje de la AF desde un concepto integral, conformado por el análisis de los aspectos de contexto de planificación de la AF e involucrándolo como otro de los aspectos fundamentales a ser tenidos en cuenta en los DSS como factor fundamental de salud y de configuración biológica, social, cultural, económica y política.

6. Recomendaciones

Es importante destacar que de acuerdo a esta revisión se abre camino junto con otras investigaciones de características similares, a un abordaje de la AF de manera detallada y complementada por campos diferentes al campo de la salud. Es por esto, que vale la pena ampliar la mirada de los estudios epidemiológicos, donde, se toma como base el estudio la obesidad y de las enfermedades no transmisibles, y se observa que no se hace visible la necesidad de pensar en la AF desde los procesos sociales y como estos influyen en su práctica. Tomando como punto de partida los DSS, se presentan como una herramienta de reflexión de este panorama que ayuda, además, a resignificar el concepto de AF. Para esto, es necesario establecer más estudios, cualitativos, mixtos y de carácter experimental que permitan comprender todas las acciones de la AF en los diferentes contextos de la sociedad actual. Además, es necesario indagar sobre las investigaciones que abordan el modelo ecológico como punto de partida para una reflexión profunda de los campos sociales y de la salud intervenidos por las diferentes formas en las que se presenta la AF.

7. Limitaciones

En la búsqueda por categorías en la traducción al idioma inglés de las categorías AF y ES (physical activity y social structure), arrojó una cantidad considerable de artículos que ofrecieron riqueza teórica para realizar lo sugerido en el estudio, debido a que en la búsqueda por los términos MESH y DECS no se obtuvieron los resultados suficientes, lo que sucedió con los artículos que se buscaron en el idioma español. Al realizar la búsqueda de artículos inicialmente en la base de datos Pubmed, se contó con el número suficiente artículos para ser sometidos a matrices de lectura crítica y calidad científica, razón por la cual, no se consultaron las otras bases de datos como: Ebsco, Proquest y Science Direct, que se presentaban como opción para la búsqueda. Sin embargo, sí la cantidad y calidad de las publicaciones científicas no hubiese sido considerable para revisión, se hubiera contando con la búsqueda en las otras fuentes de información. Existe la preocupación de los sesgos que presentan los estudios transversales involucrados en este análisis, donde se pueden presentar subestimación o sobreestimación de la información.

Trabajos citados

- Acero, M., Caro, I. M., Henao, L., Ruiz, L. F., & Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 103-110.
- Adams, E., Goodman, A., Sahlqvist, S., Bull, F., & Ogilvie, D. (2013). Correlates of walking and cycling for transport and recreation: Factor structure, reliability and behavioural associations of the perceptions of the environment in the neighbourhood scale (PENS). *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 10(87), 1-15.
doi:10.1186/1479-5868-10-87
- Alba Ramírez, P. A. (2016). *Efectos de una intervención educativa en la promoción de la actividad física, otros comportamientos saludables y los conocimientos para la prevención del cáncer de pulmón en jóvenes del colegio La Merced en Bogotá D.C., Colombia*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Alonso, L., Criado, E., & Moreno, J. (Edits.). (2004). *Pierre Bourdieu: las herramientas del sociólogo*. España: Omagraf, S. L.
- Arnardottir, N. Y., Koster, A., Domelen, D. R., Brychta, R. J., Caserotti, P., Eiriksdottir, G., & Sveinsson, T. (2016). Association of change in brain structure to objectively measured physical activity and sedentary behavior in older adults: Age, Gene/Environment Susceptibility-Reykjavik Study. *Behavioral Brain Research*, 296, 118-124.
doi:10.1016/j.bbr.2015.09.005
- Atria, R. (2004). La especificidad regional: hitos en la investigación sociológica de la estructura social en América Latina. En R. Atria, *Estructura ocupacional, estructura social y clases sociales* (págs. 15-21). Santiago de Chile: CEPAL.

- Babativa Rodriguez, O. E. (2016). *La posición socio económica en el campo de la actividad física y su relación con la imagen corporal: Aproximación desde el enfoque determinantes/ determinación social de la salud* . Bogotá: Universidad del Rosario.
- Baranger, D. (2004). *Epistemología y metodología en la obra de Pierre Bourdieu* . Buenos Aires, Argentina: Prometeo libros.
- Barfield, T. (Ed.). (2000). *Diccionario de antropología*. Editorial S. XXI.
- Beltrán Ahumada, C. A. (2016). *Factores asociados al desplazamiento activo en bicicleta al colegio en el Distrito Bogotá, Colombia. Estudio FUPRECOL* . Bogotá: Universidad del Rosario.
- Berra, S., Elorza-Ricart, J. M., Estrada, M.-D., & Sánchez, E. (2008). Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gac Sanit*, 22(5), 492-7.
- Blanchard, C., Trevor, S., & Bull, F. (2013). Global Advocacy for Physical Activity (GAPA): global leadership. *Global Health Promotion*, 20(4), 113-121. doi: 10.1177/1757975913500681
- Bohman, B., Nyberg, G., Sundblom, E., & Schäfer E, L. (2014). Validity and Reliability of a Parental Self-Efficacy Instrument in the Healthy School Start Prevention Trial of Childhood Obesity. *Health Education & Behavior*, 41(4), 392-396. doi:10.1177/1090198113515243
- Bourdieu, P. (7 de 9 de 2013). *Pierre Bourdieu: La sociología es un deporte de combate*. París, Francia. Recuperado el 27 de 3 de 2015, de <https://www.youtube.com/watch?v=xkkDSSRYpWw>

- Bourke-Taylor, H., Lalor, A., Farnworth, L., & Pallant, J. F. (2014). Further validation of the Health Promoting Activities Scale with mothers of typically developing children. *Australian Occupational Therapy Journal*, *61*, 308-315. doi:10.1111/1440-1630.12137
- Brockman, R., Jago, R., & Fox, K. (2011). Children's active play: self-reported motivators, barriers and facilitators. *BMC Public Health*, *11*(1), 461-467.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais [Gráfico]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *17*(1), 77-93. Obtenido de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&tlng=pt.
- Caballero González, E., Moreno Gelis, M., Sosa Cruz, M., Mitchell Figueroa, E., Vega Hernandez, M., & Columbié Pérez, L. d. (s.f.). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Recuperado el 5 de 05 de 2016, de <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid06212.htm>
- Cárdenas Herrán, J. E. (2016). *Conceptos y prácticas de la actividad física que se reproducen en las clases sociales: aproximación desde el enfoque determinantes/ determinación social de la salud*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- CASPE. (2016). *Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español*. Obtenido de <http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>
- Chau, N., Chau, K., Mayet, A., Baumann, M., Legleye, S., & Falissard, B. (2013). Self-reporting and measurement of body mass index in adolescents: refusals and validity, and the possible role of socioeconomic and health-related factors. *BMC Public Health*, *13*(1), 1-16. doi:10.1186/1471-2458-13-815

Clarke, P. J., Ailshire, J. A., House, J. S., Morenoff, J. D., King, K. M., & Langa, K. M. (2012).

Cognitive function in the community setting: the neighbourhood as a source of 'cognitive reserve'?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 730-736.

doi:10.1136/jech.2010.128116.

Coldeportes. (2009). *Plan decenal del deporte, la recreación, la educación física y la actividad física, par el desarrollo humano, la convivencia y la paz*. Bogotá, Colombia: Coldeportes.

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.

Cristi, C., & Rodríguez, F. (2014). Paradoja: "activo físicamente pero sedentario, sedentario pero activo físicamente". Nuevos antecedentes, implicaciones en la salud y recomendaciones. *Revista Médica de Chile*(142), 72-78.

Cruz Thiriat, R., Correa Bautista, J. E., & Ramirez Velez, R. (2016). *Etapas de cambio conductual relacionado al consumo de frutas y verduras en escolares de Bogotá, Colombia*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Cutts, B. B., Darby, K. J., Boone, C. G., & Brewis, A. (2009). City structure, obesity, and environmental justice: An integrated analysis of physical and social barriers to walkable streets and park access. *Social Science & Medicine*, 69, 1314-1322.

doi:10.1016/j.socscimed.2009.08.020

Damush, T., Plue, L., Bakas, T., Schmid, A., & Williams, L. (2007). Barriers and facilitators to exercise among stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*, 32(6), 253-262.

Davis, A., Perruccio, A., Ibrahim, S., Hogg-Johnson, S., Wong, R., & Badley, E. (2012).

Understanding recovery: Changes in the relationships of the International Classification of Functioning (ICF) components over time. *75*, 1999-2006.

doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.008

De Meij, J., Van der Wal, M., Van Mechelen, W., & Chinapaw, M. (2013). A Mixed Methods

Process Evaluation of the Implementation of JUMP-in, a Multilevel School-Based Intervention Aimed at Physical Activity Promotion. *14*(5), 777-790.

doi:10.1177/1524839912465750

Delgado, M., & Tercedor, P. (2002). *Estrategias de intervención en educación para la salud desde la educación física [Tabla]*. España: INDE.

Denison, F., Weir, Z., Carver, H., Norman, J., & Reynolds, N. (2015). Physical activity in pregnant women with Class III obesity : A qualitative exploration of attitudes and behaviours. *31*(12), 1163-1167. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.006

Devís, J., & Peiró, C. (1993). La actividad física y la promoción en salud en niños/as y jóvenes: la escuela y la educación física. *Revista de psicología del deporte*, 71-86.

Diderichsen, F., & Hallqvist, J. (1998). "Social inequalities in health: some methodological considerations. En *Inequality in Health – Swedish Perspective* (págs. 25-39). Estocolmo: Swedish Council for Social Research.

Dunton, G., & Schneider, M. (2006). Perceived barriers to walking for physical activity. *Preventing Chronic Disease*, *3*(4), 1-11.

Echeverría, S. E., Ram, P. S., Abraído-Lanza, A. F., Janevic, T., Gundersen, D. A., Ramirez, S. M., & Delnevo, C. D. (2013). Clashing paradigms: an empirical examination of cultural

proxies and socioeconomic condition shaping Latino health. *Annals of Epidemiology*, 23, 608-613.

Evans, R. G., Barrer, M. L., & Marmor, T. R. (1996). *¿Por qué alguna gente esta sana y otra no?* Madrid: Diaz de Santos.

Folta, S., Nelson, M., Seguin, R., & Ackerman, J. (2012). A qualitative study of leadership characteristics among women who catalyze positive community change. *BMC Public Health*, 12(1), 1-12. doi:10.1186/1471-2458-12-383

Galantino, M. L., Greene, L., Archetto, B., Baumgartner, M., Hassall, P., Murphy, J. K., & Desai, K. (2012). Clinical article: A Qualitative Exploration of the Impact of Yoga on Breast Cancer Survivors with Aromatase Inhibitor-Associated Arthralgias. *Explore: The Journal Of Science And Healing*(8), 40-47. doi:10.1016/j.explore.2011.10.002

Gámez Martínez, E. R. (2016). *Módulo Activo Recreo Activo -MARA: una estrategia para incrementar la actividad física en niños y niñas de 5º grado en Bogotá*. Bogotá: Universidad del Rosario.

GAPA. (2017). *Regional Physical Activity Networks*. Obtenido de <http://www.globalpa.org.uk/links.php>

García, L. V., Ospina, J., Anginaga, L., & Russi, L. (2009). *Aproximación conceptual a la actividad física adaptada*. Bogotá: Universidad del Rosario. Grupo de investigación en actividad física y desarrollo humano.

Gay, J. L., & Trevarthen, G. (2013). Location, Timing, and Social Structure Patterns Related to Physical Activity Participation in Weight Loss Programs. *Health Education & Behavior*, 40(1), 24-31. doi:10.1177/1090198111435987

- Gellar, L., Druker, S., Osganian, S. K., Gapinski, M. A., LaPelle, N., & Pbert, L. (2012). Exploratory Research to Design a School Nurse-Delivered Intervention to Treat Adolescent Overweight and Obesity. *Journal Of Nutrition Education And Behavior*, 44(1), 46-54. doi:10.1016/j.jneb.2011.02.009
- Giddens, A. (2000). *Sociology*. España: Alianza Editorial.
- Godin, G., Sheeran, P., Conner, M., Bélanger-Gravel, A., Gallani, M. J., & Nolin, B. (2010). Social structure, social cognition, and physical activity: A test of four models. *British Journal Of Health Psychology*, 15(1), 79-95. doi:10.1348/135910709X429901
- Gonzalez, M., & Melendez, A. (2013). Sedentarism, active lifestyle and sport: Impact on health and obesity prevention. *Nutrición hospitalaria*, 28(Suppl 5), 89-98.
- González, S. A., Castiblanco, M. A., Arias-Gómez, L. F., Martínez-Ospina, A., Cohen, D. D., Holguin, G. A., . . . García, J. (2016). Results From Colombia's 2016 Report Card on Physical Activity For Children and Youth. *Journal of Physical Activity and Health*, 13(Suppl 2), S129-S136.
- Gurvitch, G., & Uribe Villegas, O. (1955). El concepto de estructura social. *Revista mexicana de sociología*, 299-343.
- Gutiérrez, M. (2004). El valor del deporte en la educación integral del ser humano. *Revista de educación*, (335)105-126.
- Häkkinen, A., Arkela-Kautiainen, M., Sokka, T., Hannonen, P., & Kautiainen, H. (2009). Self-report functioning according to the ICF model in elderly patients with rheumatoid arthritis and in population controls using the multidimensional health assessment questionnaire. *Journal Of Rheumatology*, 36(2), 246-253. doi:10.3899/jrheum.080027

- Hansen, E., Landstad, B. J., Hellzén, O., & Svebak, S. (2011). Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(3), 484-490. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00853.x
- Hardcastle, S., McNamara, K., & Tritton, L. (2015). Using Visual Methods to Understand Physical Activity Maintenance following Cardiac Rehabilitation. *Plos ONE*, 10(9), 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0138218
- Harnecker, M. (2005). *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. México: Siglo XXI Editores.
- Henriksen, P. W., Ingholt, L., Rasmussen, M., & Holstein, B. E. (2015). Physical activity among adolescents: The role of various kinds of parental support. *Scandinavian Journal of Medicine in Sports, In press*, 1-6. doi:DOI: 10.1111/sms.12531
- Hohepa, M., Schofield, G., & Kolt, G. S. (2006). Physical Activity: What Do High School Students Think? *Journal Of Adolescent Health*, 39(3), 328-336. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.12.024
- Hormes, J., Lytle, L., Gross, C., Ahmed, R., Troxel, A., & Schmitz, K. (2008). The body image and relationships scale: Development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors. *Journal Of Clinical Oncology*, 26(8), 1269-1274. doi:10.1200/JCO.2007.14.2661
- Hoyos, L., Umbarila, J., Murcia, B., Mendez, O., Nuñez, J., Huertas, P., . . . Fernandez, J. (2004). Estructura conceptual para las actividades físicas no formales. *Revista Des-encuentros, Año 4, 1(7)*, 29-38.
- Hsu, F., Ip, E., Miller, M., Rejeski, W., Katula, J., Fielding, R., . . . Blair, S. (2010). Evaluation of the late life disability instrument in the lifestyle interventions and independence for elders

pilot (LIFE-P) study. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 8(115), n/a.

doi:10.1186/1477-7525-8-115

Humphrey, R. (Diciembre de 2016). Physical Inactivity as a Pervasive Risk Factor. *International Journal of Health, Wellness & Society*, 6(4), 1-7.

Ihmels, M. A., Welk, G. J., Eisenmann, J. C., & Nusser, S. M. (2009). Development and preliminary validation of a Family Nutrition and Physical Activity (FNPA) screening tool. *International Journal Of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 6(14), 1-10.

doi:10.1186/1479-5868-6-14

Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, v. d., T., E. G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11, 41-47. doi:10.1186/1471-2296-11-41

Jenkinson, K. A., Naughton, G., & Benson, A. C. (2012). The GLAMA (Girls! Lead! Achieve! Mentor! Activate!) physical activity and peer leadership intervention pilot project: A process evaluation using the RE-AIM framework. *BMC Public Health*, 12(1), 55-69.

doi:10.1186/1471-2458-12-55

Jiménez Rodríguez, J. (2016). *Actividad física, imagen corporal y condiciones de vida. Un abordaje teórico desde los determinantes y la determinación social de la salud*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Kantomaa, M. T., Tammelin, T. H., Demakakos, P., Ebeling, H. E., & Taanila, A. M. (2010). Physical Activity, Emotional and Behavioural Problems, Maternal Education and Self-Reported Educational Performance of Adolescents. *Health Education Research*, 25(2), 368-379. doi:10.1093/her/cyp048

- Kay, T. (2016). Bodies of knowledge: connecting the evidence bases on physical activity and health inequalities. *International Journal of Sport Policy*, 8(4), 539-557.
doi:10.1080/19406940.2016.1228690
- Koivukangas, J., Tammelin, T., Kaakinen, M., Mäki, P., Moilanen, I., Taanila, A., & Veijola, J. (2010). Physical activity and fitness in adolescents at risk for psychosis within the Northern Finland 1986 Birth Cohort. *Schizophrenia Research*(116), 152-158.
- Koivusilta, L. K., West, P., Antero Saaristo, V. M., Nummi, T., & Rimpelä, A. H. (2013). From childhood socio-economic position to adult educational level – do health behaviours in adolescence matter? A longitudinal study. *BMC Public Health*, 13(1), 1-9.
doi:10.1186/1471-2458-13-711
- Kolehmainen, N., Francis, J., Ramsay, C., Owen, C., McKee, L., Ketelaar, M., & Rosenbaum, P. (2011). Participation in physical play and leisure: developing a theory- and evidence-based intervention for children with motor impairments. *Bmc Pediatrics*(11), 1-8.
- Krouse, R., Ransdell, L., Lucas, S., & Pritchard, M. (2011). Motivation, goal orientation, coaching, and training habits of women ultrarunners. *Journal Of Strength And Conditioning Research*, 25(10), 2835-2842. doi:10.1519/JSC.0b013e318204caa0
- Lavielle, P., Pineda, V., Jáuregui, O., & Castillo, M. (2014). Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente. *Revista de Salud Pública*, 16(2), 161-172.
- Lee, I.-M. (2009). *Epidemiologic Methods in Physical Activity Studies*. New York: Oxford University Press.

- Ley 1355. (14 de Octubre de 2009). por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Bogotá.
- Lin, C., Yang, A., & Su, C. (2013). Objective measurement of weekly physical activity and sensory modulation problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research In Developmental Disabilities, 34*, 3477-3476. doi:10.1016/j.ridd.2013.07.021
- Macdonald-Wallis, K., Jago, R., Page, A. S., Brockman, R., & Thompson, J. L. (2011). School-based friendship networks and children's physical activity: A spatial analytical approach. *Social Science & Medicine, 73*, 6-12. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.018
- Marmot, M. (24 de Febrero de 2015). *Simposio "Políticas Públicas de Salud y Determinación Social"*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Marmot, M., & Wikilson, R. (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts, 2nd Edition*. (R. P. Campo, Trad.) Dinamarca: OMS.
- Marmot, M., & Wikilson, R. (2006). *Social determinants of health [Gráfico]*. Oxfordshire, Inglaterra: Oxford University Press.
- Martínez, A. (2007). *Pierre Bourdieu: razones y lecciones de una práctica sociológica : del estructuralismo genético a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Argentina: Manatíal.
- Marzal, M. (1996). *Historia de la antropología. 2. Antropología cultural*. Quito, Ecuador: Fondo Editorial de la Universidad Católica de Perú.
- Masso Calderón, A. M. (2016). *Efectos de una intervención educativa en los conocimientos y prácticas de los estilos de vida saludables para la prevención del cáncer de seno en estudiantes mujeres de un colegio público de la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá, Colombia*. Bogotá: Universidad del Rosario.

- Mejía O, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública .
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 28-36.
- Memari, A. H., Panahi, N., Ranjbar, E., Moshayedi, P., Shafiei, M., Kordi, R., & Ziaee, V.
(2015). Children with Autism Spectrum Disorder and Patterns of Participation in Daily
Physical and Play Activities. *Neurology Research International*, 2015, 1-7.
doi:10.1155/2015/531906
- Middleton, S. (noviembre de 2014). *Class and Social Structure*. Obtenido de
<http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199730414/obo-9780199730414-0081.xml?rskey=j2XnOr&result=25&q=social+structure#firstMatch>
- Midtgaard, J., Rorth, M., Stelter, R., & Adamsen, I. (2006). The group matters: an explorative
study of group cohesion and quality of life in cancer patients participating in physical
exercise intervention during treatment. *European Journal Of Cancer Care*, 25-33.
doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00616.x
- Mønness, E., & Sjølie, A. N. (2009). An alternative design for small-scale school health
experiments: does daily walking produce benefits in physical performance of school
children?. *Child: Care, Health & Development*, 35(6), 858-867. doi:10.1111/j.1365-
2214.2009.00917.x
- Montenegro Mendivelso, M. (2015). *Abordajes teóricos en la comprensión de la influencia de
los recursos económicos en la actividad física* . Bogotá: Universidad del Rosario.
- Murillo P, B., Generelo L, E., Julián C, J., Camacho, M., Novais, C., & Maia S, M. (2014). Data
for action: the use of formative research to design a school-based intervention programme
to increase physical activity in adolescents . *Global Health Promotion*, 22(3), 45-54.
doi:10.1177/1757975914547202

- Nelson, T., Benson, E., & Jensen, C. (2010). Negative attitudes toward physical activity: Measurement and role in predicting physical activity levels among preadolescents. *Journal Of Pediatric Psychology*, 35(1), 89-98. doi:10.1093/jpepsy/jsp040
- Ness, M., Barradas, D., Irving, J., & Manning, S. (2012). Correlates of overweight and obesity among American Indian/Alaska Native and Non-Hispanic White children and adolescents: National Survey of Children's Health, 2007. *Maternal And Child Health Journal*, 16, S268-S277. doi:10.1007/s10995-012-1191-8
- Nicolaou, M., Vlaar, E., Van Valkengoed, I., Stronks, K., Nierkens, V., & Middelkoop, B. (2014). Development of a diabetes prevention program for Surinamese South Asians in the Netherlands. *Health Promotion International*, 29(4), 680-691. doi:10.1093/heapro/dat018
- Nieto, C. (2001). *Sociología*. España: Editorial Club Universitario.
- Nuñez Villanueva, O. H. (2016). *Etapas de cambio comportamental frente al consumo de drogas ilegales, tabaco y alcohol en escolares de 9 a 17 años de Bogotá – Colombia*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- OMS. (2010). Actividad física para la salud. Importancia de la actividad física para la salud pública. En OMS, *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud* (pág. 10). Ginebra, Suiza: Ediciones de la OMS.
- OMS. (29 de Agosto de 2014). *Estrategía mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Obtenido de www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/
- OMS. (6 de 5 de 2014). OMS. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: http://www.who.int/social_determinants/es/

- OMS. (Abril de 2017). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (Abril de 2017). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Obtenido de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- OPS. (7 de 11 de 2014). *Campus virtual de la salud pública*. Obtenido de <http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=89&pageid=894>
- Ortega-Jimenez, Y. N. (2016). *Representaciones sociales y prácticas de actividad física en docentes de educación física, localidad de Suba UPZ 71*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Owen, K., Pettman, T., Haas, M., Viney, R., & Misan, G. (2010). Individual preferences for diet and exercise programmes: changes over a lifestyle intervention and their link with outcomes. *Public Health Nutrition*, 13(2), 245-252. doi:10.1017/S1368980009990784
- Oyeyemi, A. L., Sallis, J. F., Deforche, B., Oyeyemi, A. Y., De Bourdeaudhuij, I., & Van Dyck, D. (2013). Evaluation of the neighborhood environment walkability scale in Nigeria. *International Journal Of Health Geographics*, 12(1), 1-15. doi:10.1186/1476-072X-12-16
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES, desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI [Gráfico]. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*. *Procesos de exclusión social en un contexto de incertidumbre*, 72(1), 71-91. doi:10.3989/ris.2013.02.16
- Paraschiv-Ionescu, A., Perruchoud, C., Buchser, E., & Aminian, K. (2012). Barcoding Human Physical Activity to Assess Chronic Pain Conditions. *Plos ONE*, 7(2), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0032239

- Parra, D., Dauti, M., Harris, J., Reyes, L., Malta, D., Brownson, R., & Pratt, M. (2011). How does network structure affect partnerships for promoting physical activity? Evidence from Brazil and Colombia. *Social Science & Medicine*, 73, 1365-1370.
doi:10.1016/j.socscimed.2011.08.020
- Patiño, L. A. (2016). *Imaginarios y prácticas de actividad física de padres de familia de la UPZ 71 de la localidad de Suba*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The new public health: health and self in the age of risk*. St. Leonards, NSW Australia: Allen & Unwin.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. *Nutrition Reviews*, 67(2), 114-120.
- Prieto, A. (2003). Modelo de Promoción de la salud, con Énfasis en Actividad Física, para una Comunidad Estudiantil Universitaria. *Revista de Salud Pública*, 5(3), 284-300.
- Quarmby, T., Dagkas, S., & Bridge, M. (2011). Associations between Children's Physical Activities, Sedentary Behaviours and Family Structure: A Sequential Mixed Methods Approach. *Health Education Research*, 26(1), 63-76. doi:10.1093/her/cyq071
- Ramírez, S., Álvaro, J., Vieira, M., Garrido, A., Jiménez, F., Agulló, M., . . . Sánchez, E. (2003). *Fundamentos sociales del comportamiento humano*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Ramos Varela, J. A. (2016). *Imaginarios y prácticas de la actividad física en estudiantes de colegios distritales de la UPZ 71 de la localidad de Suba, y la influencia según las condiciones socioeconómicas*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Randström, K. B., Asplund, K., & Svedlund, M. (2012). Impact of environmental factors in home rehabilitation - a qualitative study from the perspective of older persons using the International Classification of Functioning, Disability and Health to describe facilitators

and barriers. . *Disability & Rehabilitation*, 34(9), 779-787. doi:

10.3109/09638288.2011.619621

Reel, J. J., Petrie, T. A., SooHoo, S., & Anderson, C. M. (2013). Weight pressures in sport: Examining the factor structure and incremental validity of the weight pressures in sport — Females. *Eating Behaviors*, 14, 137-144. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.01.003

Resnick, P., Janney, A., Richardson, C., & Buis, L. (2010). Adding an online community to an Internet-mediated walking program. Part 2: Strategies for encouraging community participation. *Journal Of Medical Internet Research*, 12(4), e72p.1-e72p.11. doi:10.2196/jmir.1339

Robroek, S., Burdorf, A., & Bredt, F. (2007). The (cost-)effectiveness of an individually tailored long-term worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: Design of a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 7(259), 1-11. doi:10.1186/1471-2458-7-259

Rodrigues-Bezerra, D. (2016). *Geographical distribution, socioeconomic status and health-related physical fitness in adolescents from a large population-based sample from Bogotá, Colombia: the ser study*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Rodríguez Rivera, A. R. (2016). *Taxonomía de los programas comunitarios de actividad física en América 2012 – 2015* . Bogotá: Universidad del Rosario.

Rojas, M., Velez, H., & Florez, L. (2009). Actividad física y salud: Una síntesis histórica,. *Tipica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 5(2), 170-181.

Russell, H. A., Rufus, C., Fogarty, C. T., Fiscella, K., & Carroll, J. (2013). 'You need a support. When you don't have that . . . chocolate looks real good'. Barriers to and facilitators of

behavioural changes among participants of a Healthy Living Program. *Family Practice*, 30, 452-458. doi:10.1093/fampra/cmt009

Salamanca Capello, N., Sandoval Cuellar, C., & Páez Rubiano, C. (2016). *NIVELES DE ACTIVIDAD FÍSICA EN EL RECREO, EN ESCOLARES DE CINCO INSTITUCIONES PÚBLICAS DE BOGOTÁ, COLOMBIA*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Santaliestra, A., Rey, J., & Moreno, L. (2013). Obesity and sedentarism in children and adolescents: what should be bone? *Nutr Hosp. Nutrición Hospitalaria*, 28(Suppl 5), 99-104.

Santiago, J. (2015). La estructura social a la luz de las nuevas sociologías del individuo. *Revista Española de investigaciones sociológicas*, 149:131-150. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.149.131>

Serrano Ramírez, C. I. (2016). *El concepto y la práctica de la actividad física y su relación con calidad de vida en los modelos teóricos de la salud*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Sierra Barrera, H. G. (2016). *Inequidad y posición socioeconómica en la reproducción de la actividad física en entornos educativos. Análisis conceptual*. Bogotá: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.

Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L., & Allegrante, J. P. (2007). Health Behaviour and Academic Achievement in Icelandic School Children. *Health Education Research*, 22(1), 70-80. doi:10.1093/her/cyl044

Sisson, S. B., Sheffield-Morris, A., Spicer, P., Lora, K., & Latorre, C. (2014). Influence of family structure on obesogenic behaviors and placement of bedroom TVs of American children: National Survey of Children's Health 2007. *Preventive medicine*, 61, 48-53. doi:10.1016/j.ypmed.2014.01.010

- Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Gráfico]*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Sollerhed, A., & Ejlertsson, G. (2008). Physical benefits of expanded physical education in primary school: Findings from a 3-year intervention study in Sweden. *Scandinavian Journal Of Medicine And Science In Sports*, *18*(1), 102-107. doi:10.1111/j.1600-0838.2007.00636.x
- Spengler, J. O., Connaughton, D. P., & Maddock, J. E. (2011). Liability Concerns and Shared Use of School Recreational Facilities in Underserved Communities. *American Journal Of Preventive Medicine*, *41*, 415-420. doi:10.1016/j.amepre.2011.06.031
- Sterdt, E., Pape, N., Kramer, S., Urban, M., Werning, R., & Walter, U. (2013). Do preschools differ in promoting children's physical activity? An instrument for the assessment of preschool physical activity programmes. . *13*(1), 1-10. doi:10.1186/1471-2458-13-795
- Strugnell, C., Renzaho, A., Ridley, K., & Burns, C. (2014). Reliability and validity of the modified child and adolescent physical activity and nutrition survey (CAPANS-C) questionnaire examining potential correlates of physical activity participation among Chinese-Australian youth. *BMC Public Health*, *14*(1), 1-18. doi:10.1186/1471-2458-14-145
- Suminski, R. R., & Petosa, R. (2006). Web-Assisted Instruction for Changing Social Cognitive Variables Related to Physical Activity. *Journal Of American College Health*, *54*(4), 219-225. doi:10.3200/JACH.54.4.219-226
- Syrjala, K. L., Stover, A. C., Yi, J. C., Artherholt, S. B., & Abrams, J. R. (2010). Measuring social activities and social function in long-term cancer survivors who received

hematopoietic stem cell transplantation. *Psycho-Oncology*, 19(5), 462-471. doi:
10.1002/pon.1572

Thommen Dombois, O. B.-F.-D. (2007). Comparison of adult physical activity levels in three Swiss alpine communities with varying access to motorized transportation. *Health And Place*, 13(3), 757-766. doi:10.1016/j.healthplace.2006.12.002

Torrazza, J. Z. (2000). *La estructura social [Gráfico]*. Murcia: Universidad Católica San Antonio.

Tovar Cifuentes, A. (2016). *Efectos de una intervención educativa en la promoción de la actividad física, los conocimientos y comportamientos saludables para la prevención del cáncer colorrectal en jóvenes de una institución educativa secundaria en Bogotá Colombia*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Varela, G., Alguacil, L., Alonso, E., Aranceta, J., Ávila, J., Aznar, S., . . . Gracia, P. (2013). Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer? *Nutrición hospitalaria*, 28((Suppl 5)), 1-12.

Vega, J., Solar, O., & Irwin, A. . . (2015). *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos*,. Obtenido de cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf

Verloigne, M., De Bourdeaudhuij, I., Tanghe, A., D'Hondt, E., Theuwis, L. V., & Deforche, B. (2011). Self-determined motivation towards physical activity in adolescents treated for obesity: an observational study. *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 8, 97-107. doi:10.1186/1479-5868-8-97

- Villar, E. (2007). Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil . *Saúde Soc. São Paulo*, 7-13.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health Levelling up (I)*. Copenhagen: World Health Organization.
- Yu, M., Ziviani, J., Baxter, J., & Haynes, M. (2012). Time use differences in activity participation among children 4–5 years old with and without the risk of developing conduct problems. *Research In Developmental Disabilities*, 33, 490-498.
doi:10.1016/j.ridd.2011.10.013
- Zabludovsky, G., & Moya, L. (2007). *Sociología y cambio conceptual*. México: Siglo XXI editores.
- Zuazagoitia, A., Grandes, G., Torcal, J., Lekuona, I., Echevarria, P., Gómez, M. A., . . . Ortega-Sánchez Pinilla, R. (2010). Rationale and design of a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an exercise program to improve the quality of life of patients with heart failure in primary care: The EFICAR study protocol. *BMC Public Health*, 10(33), 1-10.

Apéndice 1. Hallazgos de la literatura científica, en torno a las categorías estructura social y actividad física. Elaboración propia.

FECHA	BASE	TÉRMINOS	IDIOMA	TOTAL	CRITERIOS DE INCLU.	ACCESO	TITULO Y ABSTRAC	CONTENIDO	MATRICES Y EXCLUSIÓN
12-oct-15	Pubmed	physical activity and social structure	Ing	526	356	241	101	94	64
16-dic-15	Pubmed	"physical activity" and "social structure"	Ing	7	7	4	4	2	0
23-dic-15	Pubmed	actividad física AND estructura social	Esp	0	0	0	0	0	0
23-dic-15	Pubmed	actividad física AND "estructura social"	Esp	0	0	0	0	0	0
08/02/2016	Pubmed	"physical activity" and socioeconomic condition"	Esp	2	2	1	1	1	1
08/02/2016	Pubmed	"actividad física" AND "clase social"	Ing	0	0	0	0	0	0
23/02/2016	Pubmed	deporte AND clase social	Esp	0	0	0	0	0	0
23/02/2016	Pubmed	"actividad física" AND "estructura socioeconómica"	Esp	0	0	0	0	0	0
TOTALES				535	365	246	106	97	65

Apéndice 2. Calidad de las revistas y países donde se realizaron las investigaciones Elaboración propia.

REVISTA	PAIS REVISTA	CUARTIL SJR	IMPACTO SJR	H INDEX	Número de artículos	Tipo y número de estudios	PAIS DE ESTUDIO
Annals Of Epidemiology	USA	2	1,1	90	1	transversal	USA
American Journal Of Preventive Medicine	USA	1	2,55	141	1	Transversal	USA
BMC Public Health	UK	1	0,88	41	9	cohorte 1, ensayo clínico 2, Cualitativo 2, Transversal 3, Mixto 1,	ALEMANIA, FINLANDIA, ESPAÑA, USA, UK, CÁNADA, FRANCIA, AUSTRALIA, HOLANDA
Health Education & Behavior	USA	1	1,06	66	2	Transversal	ESTOCOLMO, USA
International Journal Of Health Geographics	UK	1	0,98	44	1	Transversal	NIGERIA
Journal of Epidemiology and Community Health	UK	1	1,66	119	1	Transversal	USA
Social Science & Medicine	UK	1	1,49	163	5	transversal 3, cohorte 2	UK, BRASIL Y COLOMBIA
Journal Of Clinical Oncology	USA	1	6,91	401	1	transversal	USA
Australian Occupational Therapy Journal	UK	1	0,69	27	1	transversal	AUSTRALIA
Behavioural Brain Research	HOLANDA	1	1,376	124	1	cohorte	Reykjavik, Islandia
BMC Family Practice	UK	1	0,84	38	1	cualitativo	HOLANDA
Bmc, pediatrics	UK	1	0,88	41	1	ensayo clinico	ESCOCIA E INGLATERRA
Child: Care, Health & Development	UK	1 Y 2	0,84	54	1	ensayo clinico	NORUEGA
Disability & Rehabilitation	UK	1	0,88	75	2	cualitativo 1	SUECIA
Eating Behaviors	UK	2	0,59	40	1	transversal	USA
European Journal Of Cancer Care	UK	2	0,65	47	1	Mixto	no reporta
Explore: The Journal Of Science And Healing	USA	2, 3 Y 4	0,3	20	1	cualitativo	USA
Family Practice	UK	1	0,99	70	1	cualitativo	USA
Global health promotion	UK	3	0,27	18	1	Mixto	ESPAÑA
Health And Place	UK	1	1,24	63	1	transversal	SUIZA

Apéndice 2 (Continuación). Calidad de las revistas y países donde se realizaron las investigaciones

REVISTA	PAIS REVISTA	CUARTIL SJR	IMPACTO SJR	H INDEX	Número de artículos	Tipo	PAIS DE ESTUDIO
Health And Quality Of Life Outcomes	UK	2	0,72	68	1	ensayo clinico	USA
Health Education & Behavior	USA	1	1,06	66	1	transversal	SUECIA
Health Education Research	UK	1	1,05	74	3	mixto, cohorte, transversal	FILANDIA, UK, ISLANDIA
Health Promotion International	UK	1 Y 2	0,75	46	1	cualitativo	HOLANDA
Health Promotion Practice	USA	1 Y 2	0,6	28	1	Mixto	HOLANDA
International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity	UK	1	2,03	56	3	cohorte 1, transversal 2	UK, BÉLGICA, USA
Journal Of Adolescent Health	USA	1	1,62	106	1	cualitativo	NUEVA ZELANDA
Journal Of American College Health	UK	2	0,73	64	1	casos y controles	PAGINAS WEB
Journal Of Medical Internet Research	CANADA	1	1,24	69	1	ensayo clinico	USA
Journal Of Nutrition Education And Behavior	USA	1 Y 2	0,87	50	1	cualitativo	USA
Journal Of Pediatric Psychology	UK	1 Y 2	1,03	84	1	transversal	
Journal Of Rheumatology	CANADA	1Y 2	1,04	139	1	casos y controles	FINLANDIA
Journal Of Strength And Conditioning Research	USA	1	1,23	76	1	transversal	CONVOCATORIA INTERNET
Maternal And Child Health Journal	ALEMANIA	1 Y 2	0,93	52	1	transversal	USA
Midwifery	USA	1	0,67	40	1	cualitativo	UK
Neurology Research International	USA	1 y 2	1,03	13	1	transversal	IRAK
Plos ONE	USA	1	1,3	153	2	casos y controles, cualitativo	SUIZA, UK
Preventing Chronic Disease	USA	1	1,09	41	1	transversal	USA
Preventive medicine	USA	1	1,49	122	1	transversal	USA
Psycho-Oncology	UK	1	1,32	98	1	cohorte	USA
Public Health Nutrition	UK	1 Y 2	1,05	95	1	ensayo clinico	AUSTRALIA
Rehabilitation Nursing	USA	3	0,25	27	1	cualitativo	USA
Research In Developmental Disabilities	USA	1 Y 2	0,99	63	2	transversal 2	AUSTRALIA, TAIWAN

Apéndice 3. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social, relacionados en la evidencia empírica desde el gradiente social. Elaboración propia.

Número	Cita, artículo original	Referencia
1	“One of the important findings of the present study is that children from low-income families show lower level of PA than children from high-income families. Indeed family income is a determinant of health behavior”	(Memari, y otros, 2015, p. 3)
2	“Several studies have discovered that individuals with disabilities are more likely to be inactive and due to abundance of impediments they are less likely to participate in activities when they are compared with the general population.”	(Memari, y otros, 2015, p. 4)
3	“The household structure has been identified as another independent correlate of activity participation. Single parents experience a number of work-related or housing problems. Furthermore, they report lack of time and financial resources as the main impediments to participation in activities”	(Memari, y otros, 2015, p. 4)
4	“Gender differences in reliability were observed with boys (only) having acceptable reliability for two factors ‘Parental support’ and ‘Perceived barriers’ with girls (only) for the ‘Family education beliefs’ factor.”	(Strugnell, Renzaho, Ridley, & Burns, 2014, p. 4)
5	“In a perceived psychological influences (self-efficacy, benefits and barriers) of PA questionnaire validation among Taiwanese adolescents, a three factor structure was evident for the perceived benefits (health, appearance and psychosocial function) and perceived barriers (time constraints, lack of facilities, and personal issues)”	(Strugnell, Renzaho, Ridley, & Burns, 2014, p. 7)
6	“The development of two new items to investigate perceived parental educational beliefs among Chinese-Australian youths was of particular interest in this study. These two items ‘Mum/Dad thinks education/study is more important than physical activity’ were created in response to findings that parents of Asian adolescents in Australia are a significant impetus to achieve academically [26]. It was hypothesized that a negative relationship with physical activity be observed, that is that adolescents who perceived that their parents viewed education as more important than physical activity engage in less physical activity”	(Strugnell, Renzaho, Ridley, & Burns, 2014, p. 8)
7	“The mean disability limitation total scaled score was slightly higher in LIFE-P. Within LIFE-P, the scaled scores were slightly lower at baseline than months 6 and 12. This suggests that the participants may have been more likely to participate in life tasks at the follow-up visits in LIFE-P and that LIFE-P participants may have been more capable of participating in life tasks compared to the LLD developmental sample. In general, the LIFE-P participants reported a greater burden of comorbidities, including a higher prevalence of anxiety/depression, diabetes, and cancer.”	(Hsu, y otros, 2010, p. 3)
8	“Specifically, people may keep in touch more with others around the holidays than at other times of the year. This confounder may also contribute to why we did not observe consistent factor loadings across the three time points.”	(Hsu, y otros, 2010, p. 9)
9	“Younger age was related to more impairment in sexual functioning and lower satisfaction with physical appearance. Having been peri- or postmenopausal at the time of the first diagnosis was related to less impairment in social functioning. Finally, women with higher levels of physical activity reported less impairment in physical strength and perceived control over their health.”	(Hormes, y otros, 2008, p. 1273)
10	“De acuerdo a los resultados de nuestro estudio se pudo demostrar que existe una gran frecuencia de conductas sedentarias y falta de actividad física entre los adolescentes; sobre todo entre el género femenino.”	(Lavielle S, Pineda A, Jáuregui J, & Castillo T, 2014, p. 161)
11	“Similar to the current study, perceived paternal help towards physical activity was significantly associated with MVPA among Vietnamese-Australian boys ($r = 0.23$, $p < 0.05$) [10], but not girls [11].”	(Strugnell, Renzaho, Ridley, & Burns, 2014, p. 7)
12	“The results provide support for the hypothesis that a higher level of physical activity, fewer behavioural problems and a mother’s higher level of education are associated with high overall academic performance and plans for higher education among adolescents.”	(Kantomaa, Tammelin, Demakakos, Ebeling, & Taanila, 2010, pág)
13	“we find that Latino/a immigrants and African-American residents of Phoenix are more likely to live in walkable neighborhoods and have enhanced access to neighborhood parks, and thus have equitable opportunities for physical activity and no greater risk of obesity on the basis of access to these amenities. However, the traditional macro-level approach becomes somewhat more complicated when we incorporate social concerns previously relegated to the scope of microlevel studies: perceptions of personal risk (measured through neighborhood crime and traffic fatalities) and/or the quality of local parks (measured through park size) may limit the accessibility and equity of the built environment.”	(Cutts, Darby, Boone, & Brewis, 2009, p. 1320)

14	“negative attitudes toward physical activity were shown to represent a unique (i.e., not redundant) construct, distinct from positive attitudes. The results also supported the concurrent validity of the negative attitudes construct based on a significant correlation with self-reported physical activity.” [...]”The results from the current study highlight the role of negative attitudes in predicting pediatric physical activity and are consistent with theories that focus on attitudes and related constructs.”	(Nelson, Benson, & Jensen, 2010, p. 95)
15	“Thus, the present findings suggest that the assumption made by social cognitions models that social structural factors no longer influence behaviour once relevant health cognitions have been taken into account is, strictly speaking, accurate. The small/marginal effect sizes obtained for social structural factors here is consistent with the social cognition view that behaviour-relevant beliefs capture the most important influences on change in physical activity.”	(Godin, y otros, 2010, p. 90).
16	“The only significant finding from 12 moderator analyses was that greater education was associated with improved consistency between intentions and subsequent physical activity. However, temporal stability of intention did significantly moderate intention-behaviour relations - and also mediated the effect of the education X intention interaction on physical activity. That is, greater education was associated with improved intention-behaviour consistency because greater education was associated with more stable intentions.”	(Godin, y otros, 2010, p. 90).
17	“Overall, the vast majority of respondents (82.2%) indicated their concern for liability should someone be injured on their property after hours while participating in a recreational activity. [...] it suggests that fear of liability is a contributing factor in deterring school administrators from allowing community access.”	(Spengler, Connaughton, & Maddock, 2011, p. 418)
18	“In this paper we explicitly test the hypothesis that neighborhood socioeconomic structure is associated with the prevalence of neighborhood physical and social resources, which in turn are associated with the frequency of physical and social activities of individuals in these environments, and resulting levels of cognitive function”	(Clarke, y otros, 2012, pág 3)
19	“We found no effect of the proportion of recreational centers or park area in one’s neighborhood, but living in a neighborhood with a higher density of institutional resources (such as libraries, schools, and community centers) was associated with higher cognitive function scores, net of individual resources. However, this benefit was reserved only for white respondents. Exposure to greater institutional resources was negatively associated with cognitive function for African Americans (and negatively but not significant for Hispanic adults).”	(Clarke, y otros, 2012, pág 7)
20	“As hypothesized, residence in an area with a higher proportion of older adults was positively associated with cognitive function for those with more stable exposures to these neighborhoods (residence over 5 years) but was negatively associated with cognition for very long term residents of these types of neighborhoods (more than 10 years). While a stable period or exposure to neighborhoods with a higher proportion of older adults may provide opportunities for more peer group interaction (33, 34) (although our measure of social interaction was only marginally able to detect any mediating effect), prolonged exposure to older adult neighborhoods may reflect a collective aging in place that is associated with structural decline (35), with adverse consequences for cognitively healthy behaviors.”	(Clarke, y otros, 2012, pág 8)
21	“Specifically, we explored whether BMI, diet and physical activity are related to school performance. When control and potential confounding variables are included in the predictive model, BMI was most strongly associated with academic achievement, followed by diet and physical activity as weaker but significant correlates. But BMI and health behaviour variables are overshadowed by parental education, absenteeism and self-esteem.”	(Sigfusdottir, Kristjansson, & Allegrante, 2007, p. 77)
22	“The relationship between fitness and achievement was stronger for females and those students with higher socio-economic status than for males and students of lower socio-economic status.”	(Sigfusdottir, Kristjansson, & Allegrante, 2007, p. 78)
23	“there is growing and convincing evidence that nutritionally poor dietary choices and lack of physical activity can place children at risk for being overweight and obese and thus influence future health status, the relationship of health behaviours to academic achievement is complex and not as well established.”	(Sigfusdottir, Kristjansson, & Allegrante, 2007, p. 78)
24	“In this context, there is a need to strengthen the capacity of Icelandic schools to address the individual preferences and abilities of young people in physical education, especially early, at the elementary school level. For example, by providing opportunities for individual success, physical education teachers can help create positive gym class experiences among their students and by doing so activate more students.”	(Sigfusdottir, Kristjansson, & Allegrante, 2007, p. 79)
25	“Students using the Webbased program showed significant increases in knowledge concerning SCT strategies, and they were more likely to use self-regulation strategies than students not exposed to the Web program. Positive outcomes of this nature could potentially promote long-term physical activity participation and health among college students, which are prime objectives of <i>Healthy Campus 2010</i> .”	(Suminski & Petosa, 2006, p. 223)
26	“Although speculative, another potential reason could involve yet unknown effects of Web-assisted instruction on certain aspects of human nature. For example, the effects of the program on social support may have been offset by an increase in social isolation as a result of increased time at the computer.”	(Suminski & Petosa, 2006, p. 223)
27	“The involvement of a wide variety of stakeholders in the multicomponent intervention was one of the main challenges in the innovation process. Different authors have recognized that creating multidisciplinary collaboration and intensive participation in innovations may take years.”	(De Meij, Van der Wal, Van Mechelen, &

28	“Regarding parents, JUMP-in succeeded in improving parental attitude, social pressure, social support, and intention to stimulate and support children in sports participation. However, the intervention did not succeed in influencing other related potential mediators in parents such as parental self efficacy, perceived environmental barriers, habit strength, and planning skills (de Meij, van Stralen, van der Wal, van Mechelen, & Chinapaw, 2012).”	Chinapaw, 2013, p. 788). (De Meij, Van der Wal, Van Mechelen, & Chinapaw, 2013, p. 788).
29	“The results suggest that maintenance of brain volume is associated with PA in older adults and that WM atrophy is associated with SB, independent of lifestyle PA and SPA. Thus: (a) more GM and WM volumes, and less 5-year atrophy in these volumes, predicts more PA; and (b) more 5-year atrophy in WM, predicts more SB.”	(Arnardottir, y otros, 2016, p. 122)
30	“Our study confirms that there is an association between brain atrophy and PA. We also show an association between brain atrophy and SB, independent of lifestyle PA. These relationships are robust to adjustment by a number of confounders. This study provides additional evidence of the positive association of PA and the brain. PA interventions aimed at alleviating this association could have important public health impact.”	(Arnardottir, y otros, 2016, p. 123)
31	“Our results confirm that an extra burden of disability is borne by elderly patients with RA compared to the general population. Added to the challenges of advanced public health (due to improved consumer education and progress in medicine and rehabilitative measures) we have an increasing number of aging patients with physical impairment acquired at younger ages.”	(Häkkinen, Arkela-Kautiainen, Sokka, Hannonen, & Kautiainen, 2009, p. 250-251)
32	“As expected, the RA patients with a higher physical activity level had maintained significantly better functioning. [...] Our data show that physical activity level also affects the components of activity and participation of functioning, and not only body structures and function (e.g., aerobic fitness, body composition, and muscular strength). In addition, the proportion of retired people was higher in patients with RA than in the controls, showing that RA not only lowers one’s functioning, but also increases disability and affects the individual’s marketplace value. The cost-benefit relationship between the individual and the society changes. As an (elderly) employee retires due to a disease, she/he increasingly needs healthcare and other services”	(Häkkinen, Arkela-Kautiainen, Sokka, Hannonen, & Kautiainen, 2009, p. 252)
33	“The physical and mental health of Australian women is consistently reported to be below that of men during the middle adult years (Australian Government Department of Health and Ageing, 2010). The HPAS represents a set of activities that are important for women who are interested in preventing, or who are experiencing any of the common women’s health issues: mental health, cardiovascular disease, arthritis and musculoskeletal problems, cancer, diabetes mellitus 2 and asthma (Australian Government Department of Health and Ageing)”	(Bourke-Taylor, Lator, Farnworth, & Pallant, 2014, p. 314)
34	“A total of 96 women (37%) indicated they had caring commitments that limited their ability to participate in enjoyable leisure activities. As expected, these women recorded lower HPAS scores (Md = 28), when compared with those women without such commitments (Md = 36). Using a one-sample t-test, the mean score obtained for this sample was compared with the value of 21.67 previously reported for mothers of children with a disability (Bourke-Taylor et al., 2012b). The mothers in the current sample recorded significantly higher levels of participation in leisure activities with a mean difference in HPAS scores for the two samples of 10.5 (P < 0.001).”	(Bourke-Taylor, Lator, Farnworth, & Pallant, 2014, p. 312)
35	“[...] we speculate that as people recover personal and environmental factors may be influential and that these may differentially affect the relationships over time.”	(Davis, y otros, 2012, p. 2004)
36	“Greater change in physical impairments was associated with less activity limitations and greater change in activity limitations was associated with less participation restrictions.”	(Davis, y otros, 2012, p. 2004)
37	“Interestingly, the parental modelling factor was negatively associated with MVPA participation among boys (r = -0.47, P < 0.01), which is in contrast to what was hypothesised (positive relationship). Due to the recoded nature of these newly developed items, boys who perceived their parents to engage in more physical activity engaged in less MVPA.”	(Strugnell, Renzaho, Ridley, & Burns, 2014, p. 7)
38	“Ideally, this collaborative process is characterized by nonhierarchical relationships, mutual trust, and shared responsibilities for completing tasks (Merckx, 2002; Ronda, Van Assema, Ruland, Steenbakkens, & Brug, 2004; Weijters & Koelen, 2003). Moreover, data indicate that shared decision making predicts program sustainability (Hahn, Noland, Rayens, & Christie, 2002). In this regard, JUMP-in was demonstrated to be successful in creating effective integral partnerships that have the potential to increase and optimize long-term effects after the improvements are incorporated”	(De Meij, Van der Wal, Van Mechelen, & Chinapaw, 2013, p. 788)
39	“Cultural or social constraints might also prevent Latino/as or other groups vulnerable to obesity from walking or using nearby parks. For example, Latino/as are more likely than others to come to parks in larger groups, engage in sedentary activities, and reconfigure spaces to fit their needs (Gobster, 1998, 2002; Hutchinson, 1987; Hutchinson & Fidel, 1984; Loukaitou-Sideris, 1995). If parks do not address local residents’ cultural norms, they may be less attractive as recreation spaces (Low et al., 2005).”	(Cutts, Darby, Boone, & Brewis, 2009, p. 1321)
40	“The main output will be an intervention manual that is based on empirical evidence and on a theoretical model of disability as behaviour, and is clearly defined, feasible for use in practice and acceptable to children, families and professionals. If the intervention is found to be effective in a	(Kolehmainen, y otros, 2011, p. 6)

	subsequent formal evaluation, the intervention will support children with motor difficulties in attaining life-long well-being and participation in society.”	
41	“Environmental justice has worked under the normative claim that vulnerable social groups should not be subjected to undue harm to health and well-being, though these studies rarely examine injustices born by children, perhaps the most powerless social group. In this light, that youth are less likely to live near parks or in walkable neighborhoods is particularly concerning. We suggest that researchers distinguish between child and adult forms of obesity when considering the condition as an issue relevant to social justice.”	(Kolehmainen, y otros, 2011, p. 6)
42	“The main interest was the interplay between school career and health behaviours in adolescence, a time when several health behaviours are established and educational paths selected. The first hypothesis suggested the primary role of school career: an unsuccessful school career would lead to a greater probability of adopting health-compromising behaviours and of not adopting health-enhancing behaviours, followed by a lower educational level in adulthood. The second hypothesis suggested the primary role of health behaviours: engagement in health-compromising behaviours and not adopting health-enhancing behaviours leading to a school career that in turn led to lower educational level in adulthood. Both hypotheses acknowledged the crucial role of family background.”	(Koivusilta, West, Antero Saaristo, Nummi, & Rimpelä, 2013, p. 7)
43	“school career has a crucial role in determining the adoption of health-compromising and health-enhancing behaviours as well as adult educational level, so the reverse is true; behaviours impact on school career. This is seen during the compulsory schooling age (12 to 14 year olds) as well as after that when children have been recruited to different schools or not continuing school (16–18 year olds).”	(Koivusilta, West, Antero Saaristo, Nummi, & Rimpelä, 2013, p. 7)
44	“La falta de actividad física estuvo asociada principalmente con el género; una proporción mayor de mujeres reportó ser inactiva respecto a los hombres (75,3 % vs. 54,6 % respectivamente, p=0.000). Esta misma relación se encontró con las conductas sedentarias; en donde una vez más el género femenino fue más sedentario (mujeres 56,8 % vs. 45,4 % hombres, p=0.000).”	(Lavielle S, Pineda A, Jáuregui J, & Castillo T, 2014, p. 166)
45	“Respecto a una mayor prevalencia en la falta de actividad física y conductas sedentarias en las mujeres que en los hombres podría corresponder a los estereotipos y creencias socioculturales respecto a la participación de las mujeres algún tipo de actividad física (afecta la feminidad, altera el ciclo menstrual, daña los órganos reproductores y tiene consecuencias negativas en la fertilidad), responsables de moldear y establecer barreras como el acceso a la infraestructura y recursos, el grado de motivación y tiempo invertido su práctica (25,26).”	(Lavielle S, Pineda A, Jáuregui J, & Castillo T, 2014, p. 170)
46	“Nevertheless, although an individual may have a physical impairment, this on its own does not constitute disability. However, when a patient with, for example, RA gets older and experiences frailty, perhaps with related comorbidities, the existing gap between the capacities of the individual and the demands of the environment increases.”	(Häkkinen, Arkela-Kautiainen, Sokka, Hannonen, & Kautiainen, 2009, p. 251)
47	“The findings presented in this paper strongly suggest that participation in healthy activity may be an important factor in maintaining the health of all mothers.”	(Bourke-Taylor, Lalor, Farnworth, & Pallant, 2014, p. 313)
48	“This research confirms the important role that community leaders play in improving public health. The sixteen women interviewed have made important contributions, from the development of physical activity programs for children to the creation of coalitions that have ultimately affected national policy on active transportation. Collectively, they have helped to improve the health of thousands of people”	(Nelson, Benson, & Jensen, 2010, p. 11)
49	“The most important findings of this study were that (a) many of these women were able to train over 12 h _{wk} 21 while working full time and balancing relationship and childcare responsibilities, (b) the strongest sources of motivation were health and achievement, (c) women were more task oriented than ego oriented, and most set goals for their events, and (d) coaches were not frequently used by this group of women, mostly because of the cost, but some women did not think they needed a coach.”	(Krouse, Ransdell, Lucas, & Pritchard, 2011, p. 2840).
50	“As a result, the adolescents of the present study did not only have an increase in autonomous forms of motivation, but also in controlled forms of motivation towards PA. Thus, adolescents’ overall motivation increased. This suggests that the residential program may contain a mix of controlling and need-thwarting components and more needsupportive features, although future research may want to directly tap into the experience of the social environment.”	(Verloigne, y otros, 2011, p. 8)

51	“The retained introjected factor primarily yielded a reference to the avoidance of feelings of shame and failure. Because these are prominent among obese adolescents who feel ashamed of their figure and weight [32], these items seem to cluster apart from items tapping into feelings of guilt. These findings are consistent with other authors’ claim that feelings of shame and guilt need to be distinguished given their different antecedents and consequences [33,34]. In general, it is notable that items that are crossing the distinction between controlled and autonomous motivation were found to yield wrong loadings or cross-loadings. Indeed, the difference between introjected and identified regulation does not represent a sharp line, but rather represents a gradual change away from inner pressures to personal convictions. Along similar lines, Mullan et al. [35] reported that introjected regulation correlated more strongly with the more self-determined identified subscale than it did with the less self-determined external subscale.”	(Verloigne, y otros, 2011, p. 7)
52	“Available scientific evidence, discussed below, enables us to guarantee that carrying out the EFICAR Project does not increase the risk of decompensation, cardiac events, hospital admission or death, but quite the opposite [27]. Safety throughout the project is based on the fact that all patients are going to benefit from the best standardised pharmacological treatment and health education.”	(Zuazagoitia, y otros, 2010, p. 8)
53	“Their functional and cognitive state, degree of dependence, clinical condition (symptoms and vital signs), body fluids, risk factors, health habits (including exercise in daily life), vaccination status, ECG, psychological, social and work conditions and quality of life will be determined. On the basis of this assessment, the issues to be tackled will be identified and educational and clinical objectives established, with standardisation of treatment and follow-up, monitoring trigger and worsening factors and concomitant diseases, setting criteria for referral to the cardiology unit and ensuring the absence of contraindications for exercise.”	(Zuazagoitia, y otros, 2010, p. 8)
54	“There were no statistically significant differences in the level of physical activity between the subjects with and without a familial risk for psychosis ($p=0.21$) (Fig. 1). Those who reported several prodromal symptoms were physically more inactive than subjects with few or no prodromal symptoms ($p<0.001$). The more symptoms the subjects had the less physically active they were.”	(Koivukangas, y otros, 2010, p. 154)
55	“We originally assumed that adolescents at risk for psychosis would be physically less active and have poorer fitness than the general population. Our results suggested that adolescents who later develop psychosis are three to four times more likely to be physically inactive compared to those who do not develop psychosis.”	(Koivukangas, y otros, 2010, p. 155)
56	“The effects of physical activity on mental health are fairly well documented in adult population, but less is known about the association between physical activity and mental health problems in children and adolescents. According to previous findings from the Northern Finland 1986 Birth cohort (NFBC 1986), physical inactivity in adolescents associates with several emotional and behavioral problems. Physical inactivity in boys was associated with anxious/depressed symptoms, withdrawn/depressed symptoms, social problems, thought problems and attention problems, and in girls with withdrawn/ depressed symptoms, somatic complaints, social problems, attention problems and rule-breaking behavior (Kantomaa et al., 2008).”	(Koivukangas, y otros, 2010, p. 157)
57	“A physically inactive lifestyle is more common among people with serious mental illnesses, and encouraging them to engage in physical activities in the early stages of illness would be important to prevent other detrimental health effects of a sedentary lifestyle. In addition, physical activity may also play an important role as a low-risk and cost-effective therapy for mental health problems.”	(Koivukangas, y otros, 2010, p. 157)

Apéndice 3.1 Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social, relacionados en la evidencia empírica desde el gradiente social y apoyo social. Elaboración propia.

Número	Cita, artículo original	Referencia
1	“The primary finding was that family structure does significantly impact some TV time, infrequent family dinners, and the presence of BTV. Marital status was associated with more obesogenic behaviors and environments, including more BTV (for both blended and single-mother households), elevated TV time (blended households), and infrequent family meals (singlemother households).”	(Sisson, Sheffield-Morris, Spicer, Lora, & Latorre, 2014, p. 49)
2	“Diverse family structure is associated with obesogenic behaviors and environments, particularly TV time. A two-parent biological family with 2 or more children appears to be the healthiest in terms of obesogenic-related outcomes. Single-mother and two-parent blended families were at elevated risk for engaging in obesity-promoting behaviors. The presence of siblings was associated with healthier child behaviors, regardless of marital status. However, a rationale and explanation of these relations could not be determined from the survey data.”	(Sisson, Sheffield-Morris, Spicer, Lora, & Latorre, 2014, p. 52)
3	“Multiple interventions have been shown to reduce the amount of television watched by children [36–38]; however, these may need to be modified for Native populations. For example, high poverty levels and a severe shortage of housing on many reservations often leads to multiple families living in one	(Ness, Barradas, Irving, &

	house. With an entire family living in one room, a child would not have their own bedroom, and attempting to decrease the amount of television the child watches would require the cooperation of all members of the household.”	Manning, 2012, p. S273)
4	“Many of the significant predictors of overweight and obesity among our sample are impossible or extremely difficult to modify, such as child’s age and sex, and household poverty status and structure. While these characteristics themselves cannot be altered, new interventions could be developed or existing interventions could be modified to specifically focus on the subpopulations among children which are at a high risk for overweight/obesity. Alternatively, interventions that address social determinants of health have the potential to alleviate a wide variety of health outcomes [40].”	(Ness, Barradas, Irving, & Manning, 2012, p. S275)
5	“This highlighted a form of joint family activity that occurred during the week. There is a clear contrast between children from two-parent families and those from single-parent families whose parents faced barriers that prevented them from supporting their child’s engagement in certain physical activities during the week. The extract below demonstrates the difficulties single-parent children faced in trying to engage in lifetime activities, when their single parent returns home from work and then has to contend with domestic chores; this is representative of all single-parent children involved in the study.”	(Quarmby, Dagkas, & Bridge, 2011, p. 73)
6	“The home social environment in two-parent families appeared more conducive to physical activity during the week as two parents were able to manage daily domestic duties better, which ultimately enabled more free time to engage in easily accessible lifetime activities (such as running or cycling) with their children.”	(Quarmby, Dagkas, & Bridge, 2011, p. 73)
7	“The results of this research suggest future designs of family-based interventions look to address correlates of physical activity and sedentary behaviour for children, particularly in deprived areas. It may be that activities performed together have a more lasting effect. As single-parent families struggle to find time to do this, future interventions could try to accommodate the competing demands that single parents face (such as time, affordable activities and the immediate social environment that supports engagement in physical activities).”	(Quarmby, Dagkas, & Bridge, 2011, p. 75)
8	“Women also preferred aerobics (28.8%) more than men (14.8%). However, men preferred weight lifting (40.7%), cycling (31.5%), and jogging/running (27.8%) more than women (26.9%, 21.2%, and 13.0%, respectively). A comparison of the demographic, physical activity pattern, and exercise participation variables at baseline and follow-up are presented in Table 1. A greater proportion of participants with a college degree or higher completed the follow-up survey than at baseline ($p < .05$). No other significant differences were detected by time of survey administration. Physical activity patterns were also compared by race (Table 2). A greater proportion of Black participants preferred being active in the home (42.3%) compared with white participants (29.1%).”	(Gay & Trevarthen, 2013, p. 26)
9	“These findings demonstrate that although physical activity patterns for social structure, location, and type of activity differed by gender and race, only social structure consistently explained variation in future physical activity. Physical activity and weight loss programs should consider these differences when targeting interventions. This study adds to the understanding of physical activity participation during interventions and should be used in conjunction with the knowledge base of motivational and environmental determinants that also explain physical activity behavior. As physical activity interventions move more toward the built environment and policy realms, individual-level patterns and preferences may be neglected.”	(Gay & Trevarthen, 2013, p. 30)
10	“The structure of physical education (PE) classes was a barrier noted by females. Distance was consistently articulated as a barrier to commuting actively to school. Reflective of the barriers raised by participants, self-identified strategies to promote physical activity participation included environmental modifications such as (1) increasing social support from peers, (2) improving availability of, and accessibility to, activities at school and in their neighborhood, (3) providing organized activities at school, and (4) restructuring physical education classes.”	(Hohepa, Schofield, & Kolt, 2006, p. 328)
11	“Greater accessibility to, and availability of, activity opportunities at school, and to a lesser extent, around the neighborhood, were reported as possible strategies to increase physical activity. In addition to structured sport, more fun-based activities could be held during both the school day and after school. Females, in particular, expressed the need for “more sports teams” and the wish that, in addition to traditional sports like rugby and soccer, “a wider range of sports could be offered.” Greater access to sporting equipment at school during lunchtime and implementation of organized activities at lunchtime and after school were also suggested. Modifying the current PE curriculum was another school-based strategy recommended.”	(Hohepa, Schofield, & Kolt, 2006, p. 332)
12	“Socio-cultural beliefs appeared to influence participants’ perceptions regarding PA. In Suriname people are physically active as part of their daily routines: working on the land, household tasks and transportation. Hence participants explained that activity during leisure time or to achieve physical fitness was an unfamiliar concept. They explained that PA is more likely to be accepted in young men, whereas women are traditionally not encouraged to engage in activities outside the home.”	(Nicolaou, y otros, 2014, p. 684)
13	“Research indicates that persons with diabetes are reluctant to adapt their lifestyle accordingly (22). Four motivational factors for the promotion of lifestyle change were identified as structure and rhythm in everyday life, sickness concerns, level of daily activity, and social relations. However, lasting lifestyle changes rarely result	(Hansen, Landstad, Hellzén, & Svebak, 2011, p. 489).

as an immediate consequence of advice about the chronic nature of the disease from health professionals. Lifestyle changes take time and must be adapted to the individual in light of their social as well as educational and economic setting. Follow-up through coaching, practical support, assistance in the creation of structure in everyday life and facilitation of networks with peers appear to be important if sustainable changes are to take place. This means that attention needs to be more carefully directed to these four factors that appeared in the present study to have motivational significance for lasting lifestyle changes.”

Apéndice 3.2 Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social, relacionados en la evidencia empírica desde el gradiente social y exclusión social. Elaboración propia.

Número	Cita, artículo original	Referencia
1	“The two WPS-F factors demonstrated good convergent validity showing moderate correlations with the measures of general sociocultural pressures about body, weight, and appearance and good concurrent validity through their associations with internalization, body satisfaction, dietary intent and bulimic symptoms. The pressures athletes experience in the sport environment about appearance and performance were more strongly related to these outcomes than was the factor regarding coaches as a source of weight-related pressure. That is, direct comments have a negative effect, but these comments have the strongest influence when an athlete feels negatively about her body. One possibility is that athletes who participate in esthetic sports become de-sensitized to comments about weight (e.g., coach remarking “you need to drop five pounds”) when they are constantly exposing their bodies (and perceived imperfections) in sport. By contrast, coach and weight (Factor 1) could be a stronger predictor for athletes who do not need to wear revealing uniforms in their sport.”	(Reel, Petrie, SooHoo, & Anderson, 2013, p. 142)
2	“Regarding the factors' incremental validity, sport pressures contributed uniquely in explaining female athletes' body dissatisfaction, dietary intent and bulimic symptoms, suggesting that pressures within the sport environment are different from the general sociocultural pressures women face on a daily basis and are important for understanding how female athletes feel about their bodies and how they approach and respond to food and eating.”	(Reel, Petrie, SooHoo, & Anderson, 2013, p. 142)

Apéndice 4. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde el estrés y el desempleo. Elaboración propia.

Número	Cita, artículo original	Referencia
1	“It can be observed that compared to the healthy subject, the barcode of the chronic pain patient appears poor in high/intense activity states (high numbers/warm colors) suggesting an inability to perform intense movements such as long continuous walking, and to dynamically alternate various body movements.”	(Paraschiv-Ionescu, Perruchoud, Buchser, & Aminian, 2012, p. 6)
2	“This study suggests that specific patterns of PA (‘barcodes’) can be defined to provide information on pain-intensity related changes of the daily PA of a patient. It also confirms the hypothesis that chronic pain results in reduced complexity of PA patterns.”	(Paraschiv-Ionescu, Perruchoud, Buchser, & Aminian, 2012, p. 6)
3	“The results indicate that Hn discriminated significantly better than the other metrics (% activity, SampEn, LZC) in the Middle Age groups but not in the Old Age groups. This can be explained by the fact that in older subjects, the variety of PA states and in particular the capacity to perform high intensity activities is limited, primarily by age. This observation is supported by other studies that have reported a decrease in the duration and intensity of PA with age, especially in older women [11], [43]. The suggestion is that in older subjects, the assessment of physical functioning in terms of movement intensity does not carry additional information about the disease status, presumably because elderly patients are unable to perform very intense activities, regardless of whether they have pain or not as indicated by the percent of various PA states in Fig. 6A, B. This observation was supported also by the analysis of the cardinality of barcodes (i.e number of different types of PA states) which decreased when pain increased but not significantly.”	(Paraschiv-Ionescu, Perruchoud, Buchser, & Aminian, 2012, p. 7)
4	“An important observation from the results presented in Fig. 3 is the influence of age (and implicitly employment status) on daily PA; similar pain levels seem to have different impact on patients with different ages (e.g. Severe Pain, Middle Age vs. Severe Pain, Old Age). This observation supports previous studies that showed a decrease in the amount [10] and the complexity of PA patterns with aging [18], [20] and highlights the importance to control for confounding factors by appropriate matching in studies looking at the impact of a disease on the daily PA.”	(Paraschiv-Ionescu, Perruchoud, Buchser, & Aminian, 2012, p. 8)

Apéndice 5. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde el postulado de los primeros años de vida. Elaboración propia.

Número	Cita, artículo original	Referencia
1	“Current findings highlight that young children’s time allocation on weekdays is distinct from that on weekend days and this can be attributed to the diverse physical environments and social contexts that children encounter at these times (Ziviani, Macdonald, et al., 2006). Thus, research examining children’s time use and activity participation should attend to potential differences contributed by day type. Additionally, significant gender differences were identified in physical and social participation for children 4- to 5-year old. While gender was not as significant an influence on activity participation as day type, the findings do confirm that gender differences in activity participation start to emerge at an early stage of life before school ages (Mauldin & Meeks, 1990).”	(Yu, Ziviani, Baxter, & Haynes, 2012, p., 496)
2	“Our study showed a positive change in physiological outcomes when time for physical education was extended, which opens up possibilities to increase children’s physical capacities.”	(Sollerhed & Ejlerstsson, 2008, p., 105)
3	“However, the dose of physical activity in the physical education setting must be higher than 40 min a day to reduce weight gain, and expanded physical education programs should probably start earlier in children’s life to be more effective in combating BMI increase.”	(Sollerhed & Ejlerstsson, 2008, p. 106)
4	“Planning, implementation and guidance of PA promotion in preschools and indergartens is difficult due to the diversity of ownership, training types, curricula and participating institutions. In-depth consideration of PA and health as subjects in the state curricula is a step in the right direction [20]. The existing curricula should provide more concrete advice on the practical implementation of systematic PA promotion in preschools while taking differences in framework conditions into account.”	(Sterdt, y otros, 2013, p. 9)
5	“The responsibility for the implementation of systematic PA promotion should not lie solely with the preschool directors and teachers, but also with the preschool owners and at national policy makers. Appropriate framework conditions must be established and sufficient financial, material and human resources made available to the preschools. Preschool is a central institution in early child care and education. As such, its potentials to promote the health and health status of children should be tapped more strongly in the future.”	(Sterdt, y otros, 2013, p. 9)
6	“We consider school settings to be supervised and to have a high level of stimuli in Taiwan, because teachers frequently and stringently discipline children’s behaviors (Fun & Chuan, 2009). On the contrary, out-of-school settings are unsupervised and have a low level of stimuli because the parents of children with ADHD appear to be characterized by a less stringent yet over-reactive supervisory style (Barkley, 2006). We speculated that the social (teachers or parents) and spatial (school or home) contexts influence the intensity of PA for children with ADHD”	(Lin, Yang, & Su, 2013, p. 3483)
7	“We demonstrate that although women with Class III obesity have a good awareness of the importance and benefits of being physically active in pregnancy, they also encounter several personal, societal and support barriers to physical activity participation. Although similar barriers to being inactive in pregnancy have been reported elsewhere in the literature in normal weight and overweight women (Pereira et al., 2007; Evenson et al., 2009; Gaston and Cramp, 2011; Ferrari et al., 2013; Sui et al., 2013 ^a , 2013b), subtle differences are present in women with Class III obesity, mainly related to perception of activity and issues surrounding their body size and image.”	(Denison, Weir, Carver, Norman, & Reynolds, 2015, p. 1166)
8	“Other benefits included social, long-term health, routine, and feeling more in control of the pregnancy: ‘I think it’s kind of important to actually get out there and not feel stuck at home, and indoors, and it can be a bit kind of, you know, isolating.’ (NP, BMI 45 kg/m ²)”	(Denison, Weir, Carver, Norman, & Reynolds, 2015, p. 1165)

Apéndice 6. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde el apoyo social. Elaboración propia.

Número	Cita, artículo original	Referencia
1	“Because I like being with my friends” (Male, low deprivation) “Because I like meeting people outside that you wouldn’t see normally and playing games with them, that you can’t really do in the house” (Female, low/middle deprivation) “I like to play with my next door neighbours outside, play games and things” (Female, high deprivation)	(Brockman, Jago, & Fox, 2011, p. 3)
2	“The fact that participants valued active play for the freedom it provides from adult control is significant, as greater freedom to play outdoors with friends, unsupervised by adults, has been linked to higher levels of physical activity in children of this age group [19]. Findings also support previous research showing that, at this age, friends’ social support is known to be important for after school	(Brockman, Jago, & Fox, 2011, p. 5)

	activities, whereas parental support may be less important [37,38]. Most participants reported that their parents had rules surrounding their active play, but, in the majority of cases, these restrictions were perceived by the children to be fair and for their own safety.”	
3	“The data presented in this study indicate that contemporary UK 10-11 year olds value active play and are motivated to engage in it for several reasons, including socialising, preventing boredom, a desire to feel healthy and for the sense of freedom it provides from adult control, rules and structure.”	(Brockman, Jago, & Fox, 2011, p. 4)
4	“The key finding was that there was a significant and graded association between each of the four kinds of social support (encouragement, joining, watching, talking) and adolescents’ PA level. In this way, our study completely agrees with the Duncan model from 2005. This is particularly interesting as Duncan et al. (2005) in their studies were only able to identify an association between parental watching and higher levels of PA, but no association for other kinds of parental support and PA. In our study, the observations were similar for social support from father and mother and similar for boys and girls. Our study suggests that the association may be stronger among girls than boys but independent of age group, family structure, social class, and migration status.”	(Henriksen, Ingholt, Rasmussen, & Holstein, 2015, p. 4)
5	“We have found that social support or relatedness permeates all levels of the model and influences individual motivation and perseverance.”	(Russell, Rufus, Fogarty, Fiscella, & Carroll, 2013, p. 457)
6	“Most striking was the importance of relationships and connections across all social levels in promoting and maintaining healthy choices. Given the epidemic spread of obesity and the challenge of long-term healthy behavioural changes, this finding suggests a crucial focus for new interventions. The results of this study can be used to inform and validate future group-based obesity programmes.”	(Russell, Rufus, Fogarty, Fiscella, & Carroll, 2013, p. 457)
7	“The leadership qualities the women generally felt they possessed were related to their ability to carry out their vision. When the investigator asked women which characteristics of a good leader they believed they possessed, persistence and passion emerged as strong themes. “. . . When I first got there they said no fruits and vegetables. They said, ‘they won’t eat it.’ And I said, ‘Who says so? They’re going to eat it! You wait!’ It took me two to three years for them to start eating all those salads, but they did.” (Program Director, Northeast, age 54)”	(Folta, Nelson, Seguin, & Ackerman, 2012, p. 6)
8	“Our results also suggest ways to best nurture women leaders in public health. Receiving mentoring was critical to the women leaders in our study. A leadership tool could provide information on identifying appropriate mentors to fulfill several key roles. The tool could also provide support for self-care, which might include putting a robust personal support network in place, encouraging spiritual growth (if appropriate), and making the most of motivating factors – by, for instance, deliberately collecting stories of the lives that had been changed through their work.”	(Folta, Nelson, Seguin, & Ackerman, 2012, p. 10)
9	“The Brazil and Colombia full models share many similarities including significant structural and link attribute predictors, and several consistently significant node attribute predictors (Table 2). For example, distance between two organizations was significant and negative in both models, indicating that, the further apart two organizations were geographically, the less likely they were to collaborate. In addition, the positive and significant coefficients for the research node attribute indicates that research-focused organizations are more likely than chance to partner with each other. In contrast, the negative and significant coefficient seen in both networks for practice indicates that practice-focused organizations are less likely than chance to collaborate with one another.”	(Parra, y otros, 2011, p. 1367)
10	“Unsuccessful past experiences had a negative influence on partnership formation in Brazil but a positive effect in Colombia. When high level governmental agencies play an important role in the network as in Colombia, is possible that organizations will remain in the network despite negative experiences. This might explain network continuity in Colombia, where 77% of the organizations are from the government sector. The involvement of governmental institutions in the research process can sometimes act as a barrier to collaboration, partly explained by lack of trust (de Leeuw, 2009). In addition, bureaucracy was the most reported barrier among both networks (>50%).”	(Parra, y otros, 2011, p. 1369)
11	“The compliance-related barriers that the nurses mentioned are lack of immediate results, lack of discipline for maintenance, potential for relapse, and difficult moments such as stress situations and situations in which other people lure patients into unhealthy behaviors. <i>“A change of lifestyle does not immediately lead to positive results. Patients find it difficult to deal with these challenges and gradually lose heart, which often results in a relapse to an unhealthy lifestyle.” (N 13)”</i>	(Jansink, Braspenning, Weijden, T., & Grol, 2010, p. 5)
12	“Nurses perceived considerable barriers to lifestyle counseling in general practice. We looked separately to the three areas of lifestyle (diet, physical activity, and alcohol consumption), but did not see differences in barriers named. So we decided to focus on the general level. There was significant agreement between the nurses on the barriers reported. As expected, barriers include insufficient time and lack on counseling skills [7-11]. However, most barriers mentioned by nurses were on the level of the patient. Nurses reported that patients have limited knowledge of a healthy lifestyle and limited insight into their own behavior. Moreover, they have little motivation to modify their lifestyles or the discipline needed to maintain an improved lifestyle.	(Jansink, Braspenning, Weijden, T., & Grol, 2010, p. 5)
13	“Of the 3751 friendship nominations made, 2569(68.5%)” related to other participants in the study, providing sufficient data to	(Macdonald-Wallis, Jago, Page,

	develop a network of friendship connections for each school. [...]Tests showed that boys engaged in more minutes of MVPA per day than girls (42.9 vs. 30.6, $p < .001$)."	Brockman, & Thompson, 2011, p. 8)
14	"The data showed strong evidence of clustering of children with similar activity levels when plotted and visually examined. Moran's I statistic supported this by detecting positive and significant spatial autocorrelation for all physical activity measures, indicating that children report being Friends with children who have similar activity profiles. Spatial autocorrelation of Mean MVPA being greater than that of Mean CPM indicates that social networks are more likely to influence amounts of higher intensity physical activity than overall physical activity levels. This may be because friends are more likely to take part in more structured activities such as team based activities together or that being physically active with friends stimulates more intense play."	(Macdonald-Wallis, Jago, Page, Brockman, & Thompson, 2011, p. 11)
15	"Teen-specific issues discussed by adolescents included themes related to dealing with peer pressure, avoiding emotional eating, and getting support from friends. When faced with making healthful eating and physical activity choices, adolescents reported that they may be influenced by their peers either positively or negatively. Adolescents offered suggestions on how the intervention could help teens deal with peer pressure regarding eating behavior, including asking whether healthier foods are available when at a friend's home or party, bringing one's own snack or healthful alternative, just saying no to unhealthy foods if they are offered, and eating only a small portion of the unhealthy food. Some adolescents suggested avoiding situations in which they feel pressured by telling others who are pressuring them to eat poorly or to not participate in physical activity."	(Gellar, y otros, 2012, p. 48)
16	[...] "I think it is easier with your family, like you go up to your parents and say, "Listen mom, I think I am fat. I really want to go on a diet." She'll be like, "I'm not getting healthy food." "The most common suggestion from all participant groups for gaining parental support was that the adolescent should ask the family to eat healthily with them. Additional suggestions included that parents should exercise more with their adolescent, buy healthier foods for the home, take the adolescent food shopping with them, and offer supportive feedback to their adolescent."	(Gellar, y otros, 2012, p. 49)
17	"Findings from the focus groups conducted in this study shed light on key challenges and recommendations from overweight and obese adolescents, their parents, and other keys take holders regarding implementing a novel theory-based weight management intervention within the school health setting."	(Gellar, y otros, 2012, p. 51)
18	"The majority of participants in all groups agreed on the types of nutrition and physical activity education that should be included in a school nurse-delivered intervention curriculum."	(Gellar, y otros, 2012, p. 52)
19	"Group cohesion found in this study can be paralleled with that found in self-help and support groups, where patients are offered a positive sense of solidarity and equality as well as a significant amount of emotional and social support (Gray <i>et al.</i> 1996, 1997; Adamsen & Midtgaard Rasmussen 2001). However, contrary to conventional support and self-help group methodology (i.e. based on more private exchanges of personal emotions and feelings), the patients in this study were not forced to expose personal concerns to fulfil the objectives of the programme (extract 4)."	(Midtgaard, Rorth, Stelter, & Adamsen, 2006, p. 31)
20	"In conclusion, the results of this study show that the individual cancer patient chooses to search out a supervised group-based exercise programme primarily to improve his or her physical fitness but that group belonging in itself becomes an additional motivation. Analysis of group cohesion points to the fact that cancer patients undergoing chemotherapy concurrent with group exercise can develop a sense of team spirit mirrored in common norms that encourage and challenge members to attain their peak physical performance and this can be interpreted as sportsmanship or 'esprit de corps'."	(Midtgaard, Rorth, Stelter, & Adamsen, 2006, p. 32)
21	"The theme camaraderie, demonstrated in this study, has been illustrated in other studies in yoga for breast cancer. Social support groups have been shown to greatly help patients cope with stressful life events of cancer survivorship as well as helping to enhance QOL. Findings within the literature correlate with our study that support groups such as yoga help to decrease stress by allowing them to give and receive support and express thoughts and feelings about what it means to live with breast cancer."	(Galantino, y otros, 2012, p. 44).
22	"We spent some time going over how we felt that day and then addressed our aches and pains in class. It felt good to share with others who have the same experience" "The class is good because everyone is very open and helpful. I came out of there feeling good."	(Galantino, y otros, 2012, p. 43).
23	"[...] all indicated back pain relief, four indicated knee pain relief, and two indicated wrist/hand pain relief and one ankle pain relief. All 10 participants also initiated the home practice to lessen these discomforts. Most commonly this was done upon awakening, although a strenuous day or poor sleep might have been the catalyst."	(Galantino, y otros, 2012, p. 44).
24	"The next 14 items asked how many days in the past month the person participated in common social activities. Sample activities include playing cards or games, going to a sporting event, and talking on the phone with friends and family."	(Syrjala, Stover, Yi, Artherholt, & Abrams, 2010, p. 464)
25	"[...] shared variance of measurement was seen between depression and SF-36 social function than depression and SAL. Both the SAL and the SF-36 social function scale were moderately correlated	(Syrjala, Stover, Yi, Artherholt, &

	with selfreported physical function, which supports the relevance of mobility and physical health on both the aspects of social interaction [9].”	Abrams, 2010, p. 469)
26	“In addition to measuring perceived social function, it is essential to capture survivors’ actual social participation and behavior. The current findings highlight this important discrepancy and accentuate the need for a more comprehensive and multi-dimensional understanding of social health.”	(Syrjala, Stover, Yi, Artherholt, & Abrams, 2010, p. 469)
27	“The participation of the adolescents and their social environment reflected the importance of the closest levels of the social–ecological model. The group participants believed that it was very important for the programme to count on the participation and autonomy of the young people themselves.”	(Murillo P, y otros, 2014, p. 50).
28	“Although neither students nor parents took this into account, according to the teachers, this was a key aspect to achieve a global framework, because it would enable the school to connect a series of activities in order to model the environment. Participants in the focus groups proposed, therefore, to establish some collaborative work which should be coordinated among the social agents involved.”	(Murillo P, y otros, 2014, p. 50).
29	“Overall, the older people felt that encouragement and support from the health professionals helped to motivate them to perform their exercises and consequently make progress in their rehabilitation. “I have a great team supporting me; for instance, the therapist has taken me for a walk and we have also been to the supermarket, it went so well.”	(Randström, Asplund, & Svedlund, 2012, p. 784)
30	“Our study indicates that the ICF environmental categories for social support and relationships could be further developed to elucidate their significance. There is a need for efficient communication between the health care professionals and the older people to successfully address rehabilitation goals. Results also show that it is important that professionals be aware of older people’s strengths and abilities and work to develop an atmosphere of mutual understanding and a sense of trust with those involved. In our study, it appeared that conflicts (e.g. disagreements that arose when care providers wanted the older people to accept services they felt they did not need) raised a barrier which hindered the older people’s performance of everyday activities _ however, performance of daily activities is an essential part of rehabilitation.”	(Randström, Asplund, & Svedlund, 2012, p. 785)
31	“To the older people in our study, the home symbolized a place of independence, and being at home made it easier to participate in meaningful activities, which made recovery easier. The results also indicated a limitation in the public policy, in that the emphasis placed on home rehabilitation services was criticized as being inherently ageist and the older people felt that they were being denied access to specialized rehabilitation.”	(Randström, Asplund, & Svedlund, 2012, p. 785)
32	“The older people described how they gradually exercised to reach the goal of moving around without being dependent on assistive devices. “She [the therapist] has arranged for a walker. I can’t walk without it.”	(Randström, Asplund, & Svedlund, 2012, p. 782)
33	“The theme of social influences was directly related to the group nature of the exercise classes. Recent developments in cardiac rehabilitation have included more homebased physical activity programmes [56]. However, such home-based programmes are unlikely to foster relatedness to others or provide a social support network and these aspects appear to be powerful motives, outcomes and incentives for the longer-term maintenance of exercise amongst cardiac rehabilitation participants.”	(Hardcastle, McNamara, & Tritton, 2015, pág 14)
34	“Several participant comments endorsed the added value in selecting pictures and the reflective process involved in being able to ‘show’ or articulate motives for continued exercise. We have included testimonies of the participants to illustrate how the photographs or drawings were able to facilitate more reflective thinking about motives for continued exercise. For example, “I have hundreds of pictures I could show you. . .no one ever asked me to provide photographs of what exercise means to me before, it helped my identify how I feel about coming here” (Matthew, Aged 71) and “I think drawing them brought it home to me that it’s all about keeping myself fit, enjoying keeping myself fit so that I can enjoy the future” (Paul, Aged 65). For another, the process of reflecting on motives made him realise his real driving motive for exercise: “When I first thought about it the thing I thought that motivates me is the tea and biscuits. . .but in practice it is not that in itself what is really is the fact that I want to keep healthy, the tea and biscuits is the icing on the cake really it makes it a more attractive and enjoyable experience” (Jason, Aged 71). As such, it may be worthwhile for future research to use photo-elicitation methods as an intervention tool to promote physical activity to those that are sedentary and not acting on their motives for change. Such methods have the potential to encourage more elaborated thinking about health behaviour and in the context of past, present and future.”	(Hardcastle, McNamara, & Tritton, 2015, pág 14)
35	“The first is Idealized Influence, which has two aspects: characteristics such as high levels of integrity that garner the respect, trust, and admiration of followers, and behaviors such as communicating a collective mission and purpose. This aligns with the leaders’ descriptions of themselves as visionaries with the ability to communicate their vision. The second component of the model is Inspirational Motivation, which involves motivating followers by expressing enthusiasm and optimism for a potentially improved future state. This is reflected in the strong theme that emerged around inspiring others around a vision. The third component is Intellectual Stimulation, which involves stimulating creativity and finding new ways to address old problems. Each of our leaders had developed a unique approach to addressing a community issue, and most had founded a	(Folta, Nelson, Seguin, & Ackerman, 2012, p. 9)

	non-profit organization to implement their new approach. However, an aspect of this component is the ability to stimulate creativity in others, which was not evident in our results. The final component of the transformational leadership model is Individualized Consideration.”	
36	“It was definitely beneficial having the year 10 students involved, younger students looked up to them and I think they almost wanted to prove themselves to them, to show them that they were capable of being mature and capable of performing skills. It was fantastic to see the Year 10’s step up and take on a leadership role within the school.”	(Jenkinson, Naughton, & Benson, 2012, p. 9)
37	“Research has suggested that incorporating peer leaders to deliver interventions may possibly reduce the burden on teachers and may also promote responsibility in peer leaders and a greater understanding of the program resulting in higher retention [25]. These outcomes may be important for program champions to disseminate.”	(Jenkinson, Naughton, & Benson, 2012, p. 10)
38	“Stroke survivors reported that physical impairments experienced after the stroke prevented engagement in physical activity. Some examples from three participants included vision and walking difficulties that interfered with performing physical activities: “My big problem is my eyes. I’ve lost my peripheral vision and I can hardly see.” “My right arm hurts. I use it too much.” “I find myself a little unstable at times. I still don’t have the full mobility in my foot; sometimes, I have to drag it. I’ve even got a special brace they made for me and sometimes if it gets to where I can’t support myself fully. It’s kind of an awkward thing because it doesn’t always fit in every shoe I have, but it helps to stabilize me.”	(Damush, Plue, Bakas, Schmid, & Williams, 2007, p. 255).
39	“Stroke survivors discussed the benefits of motivators on their physical activity levels and discussed both external and internal motivators. For example, one participant discussed how his wife brought home a puppy for him to manage, and taking care of the puppy facilitated his exercise.” “I have a dog now. He makes me get up and take him out. Otherwise, I would still be in bed. He keeps me moving around.” Other participants discussed the need for a trainer or external motivator to be active. “To have someone come in for about an hour and put a belt around your back and say, “Now, oh, you’re doing fine. Oh, that’s good. That’s great,” and then, he leaves. It doesn’t help you a bit. You just need someone to say, “Get off your duff and move your legs.”	(Damush, Plue, Bakas, Schmid, & Williams, 2007, p. 257).
40	“Providers were another source of support reported. Participants stated that receiving a physician recommendation to exercise provided motivation as illustrated by a participant: “The [the doctor] said, ‘Walk more,’ and that’s what I’ve been doing since he stressed walking.” “My circulation is better, and that was his [cardiologist’s] whole purpose [for telling me to walk], pump up the heart and make sure that it’s working properly.” In addition to professional support, stroke survivors repeatedly reported that they would be motivated to exercise with fellow stroke survivors. Some example statements from participants include the following: “We understand each other. You get somebody out there who’s never had a stroke; he would be bored with us. You lose part of your memory. You wouldn’t have each other dogging each other because you have the same thing.”	(Damush, Plue, Bakas, Schmid, & Williams, 2007, p. 258).
41	“Physical inactivity is a modifiable risk factor for primary and recurrent stroke; increased physical activity after stroke may not only enhance stroke recovery but also may positively affect the health-related quality of life of stroke survivors. This study has identified barriers and facilitators of exercise after stroke. To facilitate exercise after stroke, clinicians should initiate assessment of stroke survivors’ concerns and address any fears about exercise prior to discharge.”	(Damush, Plue, Bakas, Schmid, & Williams, 2007, p. 259).

Apéndice 7. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde el postulado de transporte. Elaboración propia.

Número	Cita, artículo original	Referencia
1	“The results from this study confirm that, as has been observed in other countries, different attributes of the environment in the UK may be important for supporting participation in different physical activity behaviours being undertaken for different purposes. The practical implication is that creating supportive ‘activity friendly’ environments is likely to require a combination of environmental improvements to promote walking and cycling for different purposes. Although single-fix solutions might appear superficially attractive, our findings reinforce those of a growing body of research that suggest that one size does not fit all. Improvements to walking and cycling infrastructure, access to destinations and therefore land use mix, as well as the general environmental quality should all be taken into account in future transport and planning policy.”	(Adams, Goodman, Sahlqvist, Bull, & Ogilvie, 2013, p. 14)
2	“In our study, walking for transport was positively associated with supportive infrastructure, availability of local amenities and general environment quality, whereas walking for recreation was positively associated only with supportive infrastructure. Cycling for transport was associated only with street connectivity, and cycling for recreation was not significantly associated with any of the environmental attributes we assessed.”	(Adams, Goodman, Sahlqvist, Bull, & Ogilvie, 2013, p. 11)
3	“This study was undertaken as part of the iConnect project, a five-year natural experimental study that aims to assess the impact of improving walking and cycling infrastructure on travel, physical activity and carbon emissions [17].”	(Adams, Goodman, Sahlqvist, Bull, & Ogilvie, 2013, p. 2)
4	“The findings were that physical activity in the mode of daily walking for 20 min during one school year increased significantly low back extension endurance, hamstrings flexibility, standing balance and cardiovascular fitness in children. The physical performance effects were strongest among those children who had the poorest physical performance before the intervention.”	(Mønness & Sjølie, 2009, p. 865)
5	“A 20-min daily walking program among 6- to 14 year-old school children in school time resulted in better physical performance. Low back static endurance increased by 11%, hamstrings flexibility increased by 8%, balance increased by 69% and cardiovascular fitness increased by 6–13%. The effects were largest among those children who had the lowest performance before the intervention.”	(Mønness & Sjølie, 2009, p. 865)
6	“In multivariate analyses with insufficient total physical activity as the outcome measure we first evaluated the effect of age and sex and the association with socio-economic characteristics. Women were somewhat less likely to be sufficiently physically active than men (OR 1.33, 95% CI: 0.97–1.83, p ¼ 0.08). Compared to the youngest age-group people of the age categories 35–49 and 50–64 were significantly less physically active (OR 1.62, 95% CI: 1.10–2.38 and OR 1.81, 95% CI: 1.15–2.85, respectively), but none of the socioeconomic factors were significantly associated with insufficient total physical activity (data not shown). The demographic factors had no impact on the association between community and physical activity.”	(Thommen Dombois, 2007, p. 759)
7	“Levels of vigorous-intensity physical activity mostly reflecting sports activities were not associated with mode of transportation. The lack of opportunities for moderate physical activity due to motorized transportation was thus not compensated by increased sports activities.”	(Thommen Dombois, 2007, p. 765)
8	“Footwear barriers to walking, however, were unrelated to any of the measures used to assess criterion validity. Situational and appearance barriers to walking were significantly associated with lifestyle activities and walking for transportation; they also explained additional variance in moderate-intensity physical activity that was not captured by vigorous physical activity barriers. Overall, results suggest that it may be important to consider barriers related to appearance and situational characteristics when trying to understand levels of walking for physical activity among young adults.”	(Dunton & Schneider, 2006, p. 6)
9	“Situational barriers to walking, including lack of time, having a lot to carry, and lack of sidewalks, formed another factor that was identified by PCA. Situational barriers were significantly negatively related to moderate-intensity physical activity measured through the accelerometer. Individuals who believed that situational factors prevented their participation in walking engaged in less moderate level activity overall. Results suggested that situational barriers interfered with walking for transportation but not walking for recreation. Perceptions of situational barriers were also lower among individuals who usually take the stairs instead of the elevator and who walk during lunch or on breaks. These results suggest that situational constraints are also more likely to impede unstructured walking than walking that is planned in advance. Individuals may encounter opportunities to walk during their daily routine but forgo these opportunities because of issues such as having a lot to carry and not having enough time.”	(Dunton & Schneider, 2006, p. 6)
10	“Our major conclusion is that with enough careful design and staff effort, it is possible to create an online community on demand that is sufficiently active to retain participants, even with a small number of temporary members. A number of design choices are available that will increase the density and timeliness of participation.”	(Resnick, Janney, Richardson, & Buis, 2010, p. 9)
11	“The occasional contests, with unspecified token prizes, were the most effective single intervention at producing participation. The 4 most popular threads were all prize threads. The most popular of these started a new topic that was of great interest to the participants (walking and snacking), but even the contests	(Resnick, Janney, Richardson, & Buis, 2010, p. 9)

	for first-time posts and for unspecified good posts on any topic were effective at eliciting participation. The contests were largely noncompetitive in nature, since there was no visible means of comparing anyone's performance with others' with the exception of the "meet your goal 5/7 days" contest, where some members offered "I made it" posts, and others seemed to be discouraged by not making it. We recommend that other online community managers consider the use of contests as a low-cost and effective way to generate participation, especially contests that reward participation over performance."	
12	"An important finding was that most of the scales and two of the items on NEWS-Nigeria were relatively strongly correlated with leisure time MVPA, total MVPA and total physical activity. Because guidelines for sufficient health-enhancing physical activity are often based on leisure time MVPA and total physical activity [43-45], these findings indicate that perceived activity-friendliness of the neighborhood as assessed by the subscales of NEWS-Nigeria was associated with more health-related physical activity."	(Oyeyemi, y otros, 2013, p. 12)
13	"Findings such as these have international implications for utility and robustness of NEWS measures as important for identifying promising environmental variables that could be manipulated for improving physical activity and controlling obesity worldwide. Use of adapted versions of the NEWS may be particularly important for research in low-income and developing countries that do not have geographic information systems databases that would allow objective measures of environmental attributes."	(Oyeyemi, y otros, 2013, p. 12)

Apéndice 8. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica sobre la adicción. Elaboración propia.

Número	Cita, artículo original	Referencia
1	"Being obese assessed with BMIsr was associated with male gender, having a father who was a manual worker or non-working, having sustained violence, and poor physical health (between 1.58 and 2.60). Being obese assessed with BMIIm was associated, in addition to these factors (between 1.55 and 2.42), with living with a single-parent (1.85), low school performance (2.22), and cannabis use (0.23)."	(Chau, y otros, 2013, p. 12)
2	"Interestingly, feeling too fat was also related to tobacco and hard drug use, having sustained violence, involvement in violence, and poor social relationships. These findings were expected because these social/material deprivations are linked to unhealthy diet, poor physical activity, poor physical/mental health, and poor living conditions [23,35]. We did not find a link between lack of regular physical/sports activity and feeling too fat or feeling too thin. This could be explained by the compulsory activities at school. So feeling too fat and feeling too thin can result in a number of problems that severely affect adolescent health and school achievement. These findings call for adolescent-centred prevention involving the adolescents themselves, their families, physicians, and schools."	(Chau, y otros, 2013, p. 13)
3	The characteristics of the study population are presented in Table 1. Sixty-percent of the study population was younger than 45 years of age, and slightly more than half was female. Most participants only achieved a high school education or less, 38% spoke English. A total of 16% of the population met current guidelines for engaging in both leisure-time strengthening and aerobic physical activity, increasing to 25% among individuals with high English language use.	(Echeverría, y otros, 2013, p. 609 y 610)
4	Our study contributes in threeways to the study of Latino health. First, we linked current conceptual debates surrounding language use (a commonly used acculturation measure and proxy for "culture") and SEP with an empirical approach to determine the extent to which these factors contribute to population-level health patterns among Latinos. Second, we empirically demonstrated that language use and education were independently associated with smoking and physical activity and remained so after adjustment for relevant confounders. Third, these measures also jointly increased the probability of smoking and physical inactivity beyond their independent association.	(Echeverría, y otros, 2013, p. 610)

Apéndice 9. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde el postulado de alimentos. Elaboración propia.

Número	Cita, artículo original	Referencia
1	“The intervention diet – small modifications and healthier eating – became a clear favourite for Gainers but Losers continued to choose the more structured diets as well. Neither group favoured the most restrictive diet (calorie control). Mela (13) argues that rigid adherence to a strict diet is less successful than a flexible approach, while Read et al. argue that focusing on each day can aid self-control (14). The intervention diet recommended that participants monitor their energy intake and output but left decisions on food intake to individuals. The results suggest that Losers were able to maintain greater control over their diet, even with elements of flexibility.”	(Owen, Pettman, Haas, Viney, & Misan, 2010, p. 251)
2	“The emergence of cost as an issue for Group B at 16 weeks and then for Group A at 12 months was consistent with the loss of resources at the end of the intervention and/or follow-up period, and suggests a potential barrier to continuation of lifestyle changes for those who are cost-sensitive. The foods provided as part of the intervention were of high quality and easy to use but they were also expensive. This may have contributed to increased sensitivity to cost and represents a potential barrier to individuals maintaining a diet. Gainers were more cost-sensitive than Losers, but there were some difference in participant characteristics (more single/divorced Losers) that may also have contributed to this (15). Further research is needed to determine the nature of perceived cost constraints and whether they reflect, at least in part, heavier reliance on external rather than internal resources to manage lifestyle change.”	(Owen, Pettman, Haas, Viney, & Misan, 2010, p. 251)
3	“The emphasis in messages on physical activity was to increase the level of physical activity by whatever means are appropriate to a higher level than at present (8). A number of healthy foods (highquality grain bread, cereal, canned tuna and unsalted peanuts) were made available each week free of charge to participants who wished to consume them. Following the 16 weeks, Group A then attended monthly group support sessions over a further eight months whereas Group B had no follow-up. A full description of the intervention is available elsewhere(9).”	(Owen, Pettman, Haas, Viney, & Misan, 2010, p. 251)
4	“The significant correlations between child and parental BMI confirms previous studies [24,25]. Although the correlation cannot distinguish between genetic and shared family environment and behaviors, it does point out that the predominant factor influencing child BMI is parental BMI. However, significant correlations between BMI and most of the FNPA constructs (breakfast/family meal, model nutrition, high calorie beverages, TV in the bedroom, parent physical activity, child physical activity, sleep schedule, and overall construct score) were also observed. This suggests that the constructs assessed in the FNPA tool capture aspects of the home/shared family environment and behaviors that also influence child BMI. It is noteworthy that the overall construct score had higher correlations with child's BMI (-.17) than any of the individual items. This finding highlights the importance of capturing a diverse array of family environments and behaviors when trying to assess child risk for overweight.”	(Ihmels, Welk, Eisenmann, & Nusser, 2009, p. 13 y 14)

Apéndice 10. Citas textuales, de las nociones presentadas por los autores, de actividad física y estructura social relacionados en la evidencia empírica desde los postulados trabajo y alimentos. Elaboración propia.

Número	Cita, artículo original	Referencia
1	“Perceived barriers concerning PA and fruit and vegetable intake will be assessed, by asking for the most important barrier to engage in these behaviours. The question on barriers to engage in PA has the following answer categories: not enough time/too busy, do not enjoy sports, too expensive, tired, fear of injury, no facilities at home, no facilities in direct environment, lack of a partner to exercise with, health problems, unsafe environment, and no barriers. The question on barriers concerning fruit and vegetable intake has the following categories: not enough time/too busy, not tasty, too expensive, no facilities at work to buy fruit and/or vegetables, no availability in the shops in the home environment, and no barriers.”	(Robroek, Burdorf, & Bredt, 2007, p. 8)
2	“With the health check as starting point for the WHPP, it is aimed to increase participation. The Health Portal's critical features are aimed to counteract loss to follow-up, and increase adherence to the intervention programme, compliance with lifestyle recommendations, and sustainability of a healthy lifestyle. Because of the long-term followup, sustainability of healthy behaviour will be facilitated.”	(Robroek, Burdorf, & Bredt, 2007, p. 10)
3	“In conclusion, this study evaluates a promising intervention on healthy behaviour and results will provide insight into cost-effectiveness and the effective elements of WHPP.”	(Robroek, Burdorf, & Bredt, 2007, p. 10)

Apéndice 11. Clasificación de la producción científica hallada, de acuerdo al abordaje de los autores desde las diferentes nociones de los DSS, de acuerdo a los postulados de Marmot, Wikilson y colaboradores. Elaboración propia.

Literatura académica que aborda el gradiente social

Estudio	Pertinencia del Estudio
1. Memari, A. H., Panahi, N., Ranjbar, E., Moshayedi, P., Shafiei, M., Kordi, R., & Ziaee, V. (2015). Children with Autism Spectrum Disorder and Patterns of Participation in Daily Physical and Play Activities. <i>Neurology Research International</i> , 2015, 1-7. Doi:10.1155/2015/531906	AF en niños con autismo, encuesta realizada a los padres de familia sobre intensidad y frecuencia. Los resultados del presente estudio indican que la mayoría de estos niños, no tienen una participación adecuada AF, que puede estar influida por una parte por el nivel de pobreza y por otra la condición de discapacidad y falta de oportunidades.
2. Strugnell, C., Renzaho, A., Ridley, K., & Burns, C. (2014). Reliability and validity of the modified child and adolescent physical activity and nutrition survey (CAPANS-C) questionnaire examining potential correlates of physical activity participation among Chinese-Australian youth. <i>BMC Public Health</i> , 14(1), 1-18. Doi:10.1186/1471-2458-14-145	AF de acuerdo a la diversidad cultural, validación de encuesta aplicada para examinar las influencias psicológicas y sociales que pesan sobre la participación de la actividad física en jóvenes. Uno de los principales hallazgos, relaciona que los padres de los estudiantes de antecedentes asiáticos en Australia son influyentes en el estudiante, en cuanto a la motivación para el rendimiento académico. Se observó una relación negativa con la actividad física, es decir, que los adolescentes que perciben que sus padres vieron que la educación es más importante que la AF, se dedican a una menor práctica de AF.
3. Hsu, F., Ip, E., Miller, M., Rejeski, W., Katula, J., Fielding, R., . . . Blair, S. (2010). Evaluation of the late life disability instrument in the lifestyle interventions and independence for elders pilot (LIFE-P) study. <i>Health And Quality Of Life Outcomes</i> , 8(115), n/a. doi:10.1186/1477-7525-8-115	El instrumento de discapacidad edades avanzadas (LLDI) fue desarrollado para evaluar las limitaciones en las funciones instrumentales y de gestión utilizando una muestra pequeña y restringida. En este artículo se examinaron las propiedades de medición de la LLDI utilizando datos de las intervenciones de estilo de vida y la independencia de los ancianos estudio piloto (LIFE-P). Se realizó un ensayo clínico donde se hizo seguimiento de la práctica de AF y las intervenciones exitosas de educación sanitaria de envejecimiento y se compararon después de 12 meses. El análisis indica, que el nivel de información de los roles sociales proporcionados por cada uno de los cuatro elementos fue consistente, lo que demuestra que las actividades mencionadas son de igual importancia en la captura de actividades de la vida finales. Sin embargo, los artículos en el segundo factor – papel personal tienden a proporcionar diferentes niveles de información. Por ejemplo, la mayoría de los participantes parecen ser capaces de ocuparse de los negocios domésticos de primera necesidad, como se refleja en el parámetro de baja dificultad tema y baja la información del elemento de negocios del hogar.
4. Hormes, J., Lytle, L., Gross, C., Ahmed, R., Troxel, A., & Schmitz, K. (2008). The body image and relationships scale: Development and validation of a measure of body image in female breast cancer survivors. <i>Journal Of Clinical Oncology</i> , 26(8), 1269-1274. doi:10.1200/JCO.2007.14.2661	Una medida de autoinforme de la imagen corporal en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama: la Imagen Corporal y Escala de Relaciones (BIRS), fue desarrollado para hacer frente a las actitudes acerca de la apariencia, la salud, física la fuerza, la sexualidad, las relaciones y el funcionamiento social después del tratamiento. Los BIRS tuvieron una confiabilidad test-retest y consistencia interna. Se encontraron tres factores principales: (1) la salud y la fuerza, (2) las barreras sociales, y (3) el aspecto y la sexualidad. Las correlaciones de las subescalas con medidas estandarizadas de constructos relacionados fueron significativas y en las direcciones previstas. Los análisis sugieren asociaciones entre menos actividad física y más deterioro de los factores 1 y 3, el estado pre menopáusico en el primer diagnóstico y más deterioro en el factor 2, y una menor edad en el momento de la administración de la encuesta y más deterioro en el factor 3.
5. Lavielle S, P., Pineda A, V., Jáuregui J, O., & Castillo T, M. (2014). Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolescente. <i>Revista de Salud Pública</i> , 16(2), 161-172.	El estudio se realiza para determinar la asociación de las conductas sedentarias y falta de actividad física en adolescente con características de la familia y/o aspectos sociodemográficos. Se encuestó a una muestra aleatoria de adolescentes acerca de la frecuencia de actividad física y conductas sedentarias; estado de salud, índices antropométricos; estructura, dinámica y funcionalidad familiar. Las conductas sedentarias y la falta de actividad física están más determinadas por factores sociodemográficos que por aspectos familiares. Estas conductas tienen influencia en la salud de los adolescentes.
6. Kantomaa, M. T., Tammelin, T. H., Demakakos, P., Ebeling, H. E., & Taanila, A. M. (2010). Physical Activity, Emotional and Behavioural Problems, Maternal Education and Self-Reported Educational Performance of Adolescents. <i>Health</i>	Este estudio examinó si la actividad física, la salud mental y la posición socioeconómica se asociaron con el rendimiento académico general y futuros planes educativos de adolescentes de 15-16 años. Se utilizó una muestra de 7002 niños y niñas de la cohorte de nacimientos norte de Finlandia 1986. Los datos fueron recogidos por una encuesta postal en 2001-02. Los modelos de regresión logística multivariable se estimaron y se ajustan para la estructura

<p><i>Education Research</i>, 25(2), 368-379. doi:10.1093/her/cyp048</p>	<p>familiar y todas las variables en los modelos. En este estudio, la actividad física, problemas de conducta y posición socioeconómica se asociaron con el rendimiento educativo de los adolescentes.</p>
<p>7. Cutts, B. B., Darby, K. J., Boone, C. G., & Brewis, A. (2009). City structure, obesity, and environmental justice: An integrated analysis of physical and social barriers to walkable streets and park access. <i>Social Science & Medicine</i>, 69, 1314-1322. doi:10.1016/j.socscimed.2009.08.020</p>	<p>Se utilizaron sistemas de información geográfica (GIS) para evaluar la relación entre la distribución de las poblaciones vulnerables a la obesidad, la proximidad a los parques y calles transitables en Phoenix, Arizona, EE.UU. Aunque estudios previos han utilizado SIG para evaluar la distribución del acceso a las oportunidades para la actividad física, ninguno ha analizado el acceso a parques y calles transitables a la vez. Los resultados sugieren que, los beneficios de los ambientes pueden ser compensados por las características sociales. El hallazgo más constante indica, una fuerte relación negativa entre el porcentaje de la población menor de 18 años de edad que viven en un área y la probabilidad de que la estructura del ambiente construido apoye la actividad física.</p>
<p>8. Nelson, T., Benson, E., & Jensen, C. (2010). Negative attitudes toward physical activity: Measurement and role in predicting physical activity levels among preadolescents. <i>Journal Of Pediatric Psychology</i>, 35(1), 89-98. doi:10.1093/jpepsy/jsp040</p>	<p>El estudio consiste en describir el desarrollo y validación de una medida de las actitudes negativas hacia la física actividad y examinar la asociación entre estas actitudes y la actividad física entre la percepción subjetiva de preadolescentes. Se utilizó una muestra de 382 alumnos de quinto y sexto (media age/410.8) completado medidas de las actitudes hacia la actividad física y la actividad física auto-reportada. los datos del índice de masa corporal para los participantes, se recogieron como parte de un criterio de evaluación de salud escolar. Los resultados apoyaron la fiabilidad y validez concurrente de la medida de las actitudes negativas y se encontró una asociación significativa entre las actitudes negativas y la actividad física. Los resultados sugieren que las actitudes negativas hacia la actividad física se pueden medir de forma fiable y puede ser un importante objetivo para los esfuerzos de intervención para aumentar la actividad física entre los niños y adolescentes.</p>
<p>9. Godin, G., Sheeran, P., Conner, M., Bélanger-Gravel, A., Gallani, M. J., & Nolin, B. (2010). Social structure, social cognition, and physical activity: A test of four models. <i>British Journal Of Health Psychology</i>, 15(1), 79-95. doi:10.1348/135910709X429901</p>	<p>Este estudio investigó la influencia combinada de factores estructurales sociales (Por ejemplo, ingresos) y cogniciones en la predicción de los cambios en la actividad física. Cuatro modelos fueron probados: (a) los efectos directos (factores estructurales sociales influyen en el comportamiento de controlar cogniciones), (b) la mediación (cogniciones mediar influencia social estructural), (c) la moderación (factores sociales estructurales de relaciones cognición comportamiento moderado), y (d) mediación moderación (cogniciones median los efectos moderadores de la situación estructural social). Una muestra aleatoria de 1.483 adultos completado las medidas de auto informe de actividad física al inicio del estudio ya los 3 meses de seguimiento. Medidas de edad, sexo, educación, ingresos, privación material y social, la intención, el control del comportamiento percibido (PBC), y la estabilidad también se tomaron. Los hallazgos sugieren el valor de centrarse en las cogniciones en lugar de las variables estructurales sociales cuando se modelan los determinantes de la actividad física.</p>
<p>10. Spengler, J. O., Connaughton, D. P., & Maddock, J. E. (2011). Liability Concerns and Shared Use of School Recreational Facilities in Underserved Communities. <i>American Journal Of Preventive Medicine</i>, 41, 415-420. doi:10.1016/j.amepre.2011.06.031</p>	<p>Este estudio, investigo la percepción del riesgo y la responsabilidad asociada temas entre los administradores de las escuelas en comunidades marginadas, sin embargo, se reflejó el miedo de la responsabilidad, que se cree, es una barrera clave para el acceso comunitario. Se realizó una encuesta nacional de administradores de las escuelas en las comunidades marginadas (n 360, la respuesta tasa del 21%), se llevó a cabo en 2009 y fue analizada en 2010. Percepciones de responsabilidad en el contexto de acceso de la comunidad, fueron evaluados a través de la estadística descriptiva. En conclusión, a los encuestados les preocupa la responsabilidad, son frecuentes en este grupo de administradores de la escuela, en particular si hubieran estado involucrados en el pleito anterior, y aunque indicaron que estaban al tanto de las leyes que proporcionan protección de responsabilidad, donde el uso de las instalaciones se produce después de las horas de clase. La reducción de estas preocupaciones será importante, si las escuelas han de convertirse en lugares para los programas recreativos que promuevan la actividad física fuera de las horas regulares de la escuela.</p>
<p>11. Clarke, P. J., Ailshire, J. A., House, J. S., Morenoff, J. D., King, K. M., & Langa, K. M. (2012). Cognitive function in the community setting: the neighbourhood as a source of 'cognitive reserve'?. <i>Journal of Epidemiology and</i></p>	<p>Este estudio pone a prueba la hipótesis de, que la estructura socioeconómica, está relacionada con la función cognitiva a través de la disponibilidad física de barrio y de los recursos sociales (por ejemplo, servicios de recreación, centros comunitarios y bibliotecas), que promueven actividades cognitivamente beneficiosas, como el ejercicio e integración social. Se realizó una encuesta, con una muestra representativa de adultos residentes en</p>

<p><i>Community Health</i>, 66(8), 730-736. doi:10.1136/jech.2010.128116.</p>	<p>la comunidad en la ciudad de Chicago (N = 949 adultos de 50 años o más) que evaluaron la función cognitiva con una versión modificada de la entrevista telefónica para el estado cognitivo instrumento (TICS). La estructura socioeconómica de barrio se deriva de los indicadores del censo de Estados Unidos. La observación sistemática social se utilizó para documentar directamente la presencia de los recursos del vecindario en los bloques que rodean a cada residencia. Los resultados se obtuvieron utilizando regresión lineal multinivel, la residencia en un barrio de ricos tenían una red de efecto positivo sobre la función cognitiva, después de ajustar por factores de riesgo individuales, para los encuestados. Los efectos de la opulencia barrio operadas, en parte, a través de una mayor densidad de recursos institucionales (por ejemplo, centros comunitarios) que promueven actividades cognitivamente beneficiosas, tales como, la actividad física. La residencia estable en un barrio de personas de edad avanzada se asoció con la función cognitiva superior (posiblemente debido a mayores oportunidades de interacción social con sus compañeros), pero la exposición a largo plazo a estos barrios se relacionó negativamente con la cognición.</p>
<p>12. Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L., & Allegrante, J. P. (2007). Health Behaviour and Academic Achievement in Icelandic School Children. <i>Health Education Research</i>, 22(1), 70-80. doi:10.1093/her/cyl044</p>	<p>Este estudio fue planteado para encontrar la relación entre los comportamientos de salud y rendimiento académico. De acuerdo a que también se ha demostrado que los niños y adolescentes cuyas dietas son nutritivas y cuya participación en la AF es alta, tienden a obtener mejores resultados en diversas medidas de el rendimiento cognitivo y el rendimiento académico. Se analizaron los datos de la encuesta transversal, a partir de 5810 niños de la escuela islandesa para explorar la relación entre los comportamientos de salud seleccionados y el rendimiento académico. Índice de masa corporal, la dieta y la actividad física explican hasta 24% (P <0,01) de la varianza en el ámbito académico, logro cuando el control de género, los padres la educación, la estructura familiar y el absentismo. La varianza explicada aumenta a 27% cuando el estado de ánimo deprimido (P <0,05) y la autoestima (P <0,01) se añaden a la modelo, pero confunde el papel de la actividad física.</p>
<p>13. Suminski, R. R., & Petosa, R. (2006). Web-Assisted Instruction for Changing Social Cognitive Variables Related to Physical Activity. <i>Journal Of American College Health</i>, 54(4), 219-225. doi:10.3200/JACH.54.4.219-226</p>	<p>Los autores examinaron la eficacia de las instrucciones a través de la web, para la promoción del uso de la teoría cognitiva social (SCT) y las estrategias relacionadas con la AF. Reclutaron estudiantes universitarios que asisten a cursos de salud. Los autores crearon 3 grupos (Web asistida, comparación y control) sobre la base de la estructura del curso. El grupo con ayuda de Web recibió información el ejercicio y la forma física y un programa basado en la Web (tratamiento, n =127); 7 secciones recibieron la misma información sobre el ejercicio y la forma física como la condición de tratamiento, pero ningún programa basado en la Web (Comparación, n = 118); y 6 secciones recibieron información en áreas no relacionados (control, n = 178). El programa basado en Web consistía de 9 asignaciones web (1 por semana) que apuntaron clave SCT variables. La satisfacción con el programa basado en la Web fue alta. El uso de estrategias de autorregulación fue significativamente mayor en después de la prueba en el grupo de tratamiento que en los otros grupos. Los conocimientos relativos a los conocimientos que se imparten por las asignaciones Web fue significativamente mayor en el grupo de tratamiento que en el grupo de comparación. Los resultados de este estudio demuestran que un programa de instrucción basado en la web tiene un impacto positivo en conocimientos y habilidades relacionados con las estrategias para el cambio de SCT comportamiento de la AF.</p>
<p>14. De Meij, J., Van der Wal, M., Van Mechelen, W., & Chinapaw, M. (2013). A Mixed Methods Process Evaluation of the Implementation of JUMP-in, a Multilevel School-Based Intervention Aimed at Physical Activity Promotion. <i>14(5)</i>, 777-790. doi:10.1177/1524839912465750</p>	<p>El objetivo del estudio fue investigar los factores que influyen en la adopción, implementación, y el proceso de institucionalización de Jump-in, de promoción de la actividad física en las escuelas de niveles múltiples para optimizar la difusión de la intervención y mejorar su eficacia. Se realizó, el proceso de evaluación respecto, a las limitaciones y el éxito, y factores de fracaso en sociopolítico, de organización, y de usuario, y los niveles de intervención. Fueron incluidos los datos cualitativos y cuantitativos, esta medición se llevó a cabo durante dos años escolares (2006-2008). Este proceso proporciona la evaluación, retos y soluciones, para la gestión de las discrepancias entre los requisitos previos para una innovación efectiva y exigencias de la práctica diaria aplicación. Las principales recomendaciones son: (a) programas estandarizados, guías simplificadas; (B) la aplicación por</p>

	etapas; (C) coaliciones formalizadas, integración de la política, y la sincronización de tareas y protocolos; y (d) una planificación inteligente y control de los instrumentos de comunicación y retroalimentación.
15. Arnardottir, N. Y., Koster, A., Domelen, D. R., Brychta, R. J., Caserotti, P., Eiriksdottir, G., & ... Sveinsson, T. (2016). Association of change in brain structure to objectively measured physical activity and sedentary behavior in older adults: Age, Gene/Environment Susceptibility-Reykjavik Study. <i>Behavioral Brain Research</i> , 296, 118-124. doi:10.1016/j.bbr.2015.09.005	Este estudio se basa en la hipótesis, de que una mayor participación en la actividad física (AF) se asocia con menos atrofia cerebral. Se examinó, en una submuestra (n = 352, edad media 79,1 años), una cohorte del estudio, la asociación de la línea de base y 5 años, cambio en la resonancia magnética (MRI) -derivado volúmenes de la materia gris (GM) y la materia blanca (WM) para el comportamiento activo y sedentarios (SB). Más GM (= 0,11; p = 0,044) y WM (= 0,11; p = 0,030) en la línea de base se asoció con la actividad física total más (TPA). Además, al ajustar los valores basales, el cambio de 5 años en GM (= 0,14; p = 0,0037) y WM (= 0,11; p = 0,030) se asoció con TPA. Los cambios presentados en 5 años en WM, se asoció con el SB (= -0,11; p = 0,0007). Estos datos sugieren que objetivamente PA y SB, se asocian con las medidas actuales y anteriores de la sección transversal de atrofia cerebral, y que su cambio con el tiempo se asocia con PA y SB en direcciones esperadas.
16. Häkkinen, A., Arkela-Kautiainen, M., Sokka, T., Hannonen, P., & Kautiainen, H. (2009). Self-report functioning according to the ICF model in elderly patients with rheumatoid arthritis and in population controls using the multidimensional health assessment questionnaire. <i>Journal Of Rheumatology</i> , 36(2), 246-253. doi:10.3899/jrheum.080027	Este estudio, evaluó, el nivel de discapacidad y el funcionamiento de los pacientes ancianos con artritis reumatoide (AR), se realizaron controles de la población mediante la vinculación de los elementos incluidos en el autoinforme: Multidimensional de Evaluación Cuestionario de Salud (MDHAQ); con los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF). En total, 1439 pacientes con AR (edad media 66 años, hombres 29%) y 957 controles de población (65 años, mujeres 27%) completaron un cuestionario enviado por correo. El nivel de funcionamiento, fue registrado por la versión finlandesa de MDHAQ. Los datos incluidos comorbilidad, la salud subjetiva, nivel de educación, el empleo, los hábitos de ejercicio, auto-informe conjunto dolor / sensibilidad, y, para los pacientes, la duración de la enfermedad, ejecución de movimientos y ejercicios de personas con artritis. Como era de esperar, los pacientes con AR con un nivel de actividad física más alta habían mantenido significativamente mejor funcionamiento.
17. Bourke-Taylor, H., Lalor, A., Farnworth, L., & Pallant, J. F. (2014). Further validation of the Health Promoting Activities Scale with mothers of typically developing children. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 61, 308-315. doi:10.1111/1440-1630.12137	La Escala de Actividades Promoción de la Salud (HPAS) mide la frecuencia con la que participan las madres en actividades de ocio, que promueven la salud y bienestar. Se realiza con una muestra comparativa de madres de niños con desarrollo típico en edad escolar. Método: madres australianas (N = 263) completaron un cuestionario que contiene el HPAS, una medida de la depresión, ansiedad y el estrés (DASS-21) y las cuestiones relativas a su peso, altura, calidad del sueño y demografía. El análisis estadístico evaluó la estructura subyacente, consistencia interna y validez de constructo de la HPAS. La estadística inferencial, se utilizó para investigar la validez de constructo. El análisis factorial exploratorio apoyó la unidimensionalidad de la HPAS. Se mostró una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0,78). Significativamente bajo HPAS puntuaciones se registraron para las mujeres que eran obesas; tenían niveles elevados de depresión, la ansiedad y el estrés; tenido sueño de mala calidad o múltiples compromisos. El marcador HPAS significó en esta muestra (M = 32.2), fue significativamente superior que la encontrada previamente para las mujeres de los niños con una discapacidad (M = 21.6: P <0,001).Conclusiones: La evaluación adicional de la psicométrica HPAS sigue apoyando a los HPAS como un instrumento que mide la frecuencia con la que participan las mujeres.
18. Davis, A., Perruccio, A., Ibrahim, S., Hogg-Johnson, S., Wong, R., & Badley, E. (2012). Understanding recovery: Changes in the relationships of the International Classification of Functioning (ICF) components over time. 75, 1999-2006. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.008	En este trabajo se probó la relación temporal de estos componentes. Las hipótesis fueron: 1) no habría asociaciones entre impedimento físico, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación dentro del tiempo; 2) el estado previo de un componente se asocia con el estado futuro; 3) el estado previo de un componente influiría estado de un segundo componente (por ejemplo, actividad previa y limitaciones, estarían asociadas con las restricciones actuales de participación); y, 4) la magnitud de las relaciones de los componentes variarán con el tiempo. Los participantes de Canadá con reemplazo de cadera o de la articulación de la rodilla (n = 931), una intervención con una mejoría en el dolor predecible y la discapacidad, las medidas de resultado estandarizadas completadas antes de la cirugía y cinco veces en el primer año. Post cirugía. Los deterioros incluidos se relacionaron con, dolor físico, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Relaciones de los componentes de la CIF se evaluaron en sección transversal y longitudinalmente.

	<p>El análisis se ajustó por edad, sexo, índice de masa corporal, la cadera, la rodilla, dolor de espalda baja y estado de ánimo. Todas las puntuaciones de los componentes han mejorado significativamente con el tiempo. Los coeficientes de trayectoria apoyaron la hipótesis de que tanto dentro como a través del tiempo, el deterioro físico se asoció con limitación de la actividad y la actividad, era asociada con la restricción de participación; estado anterior y el cambio en un componente se asociaron con estado actual en otro componente; y, la magnitud de la ruta de coeficientes variada con el tiempo con asociaciones más fuertes entre los componentes a tres meses después de la cirugía que más adelante en la recuperación de la excepción, se asociación entre las restricciones de deterioro y de participación, que era de magnitudes similares en todo momento. Este trabajo mejora la comprensión de las complejidades de la componente de ICF sobre las relaciones en la evaluación de la discapacidad a través del tiempo.</p>
<p>19. Kolehmainen, N., Francis, J., Ramsay, C., Owen, C., McKee, L., Ketelaar, M., & Rosenbaum, P. (2011). Participation in physical play and leisure: developing a theory- and evidence-based intervention for children with motor impairments. <i>Bmc Pediatrics</i>(11), 1-8.</p>	<p>Los niños con deficiencias motoras (por ejemplo, dificultades con el control motor, y el tono muscular o balance) pueden experimentar dificultades significativas en participar en el juego físico y ocio. Las intervenciones actuales son a menudo establecidas de manera inadecuada, carecen de hipótesis explícitas acerca de por qué o cómo podrían trabajar, y tienen pruebas insuficientes acerca de la eficacia. Este proyecto identificará (i) los aspectos clave, de una intervención eficaz para aumentar la participación en el juego físico y de ocio de los niños con deficiencias motoras; y (ii) la forma en que estos aspectos se pueden combinar en una intervención viable y aceptable. El proyecto se basa en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y La salud y la orientación del Consejo de Investigación Médica del Reino Unido para el desarrollo de intervenciones complejas. Habrá cinco etapas: 1) la identificación de los factores biomédicos, personales y ambientales, para predecir la participación de los niños en el juego físico y ocio; 2) el desarrollo de un modelo explícito de los predictores clave; 3) la intervención basada en estrategias para orientar los predictores, y especificando las vías para cambiar; 4) operacionalización de las estrategias en una intervención viable y aceptable; y 5) el modelado de los procesos de intervención y los resultados en cada uno de los casos. El resultado principal de este proyecto será un protocolo detallado para una intervención. La intervención, si se encuentra eficaz, apoyará a los niños con dificultades motoras para alcanzar toda la vida y el bienestar participación en la sociedad. El proyecto también será un ejemplo de metodología para un desarrollo sistemático de no farmacológico intervenciones para los niños.</p>
<p>20. Koivusilta, L. K., West, P., Antero Saaristo, V. M., Nummi, T., & Rimpelä, A. H. (2013). From childhood socio-economic position to adult educational level – do health behaviours in adolescence matter? A longitudinal study. <i>BMC Public Health</i>, 13(1), 1-9. doi:10.1186/1471-2458-13-711</p>	<p>El estudio busca identificar, cómo los comportamientos de salud en la adolescencia temprana y tardía se relacionan con la educación nivel en la edad adulta. El foco principal, estaba, en la interacción entre los comportamientos de carrera en la escuela y la salud adolescencia. Nuestro modelo conceptual incluye la carrera escolar y la salud-comprometedora (HCB) y mejoran la salud (HEB) comportamientos, así como los antecedentes familiares. Dos hipótesis se probaron: 1) el papel primordial de la carrera escolar en dar forma a nivel educativo en la edad adulta (una carrera en la escuela sin éxito en la adolescencia conduce a HCB y no la adopción de HEB y al bajo nivel educativo en la edad adulta); 2) la función principal de los comportamientos de salud (HCB y no la adopción de HEB en la adolescencia conduce a una carrera en la escuela con bajo nivel de educación en la edad adulta). Encuestas enviadas por correo a 12 a 18 años de edad, los finlandeses en 1981-1991 (N = 15.167, la tasa de respuesta del 82%) eran de forma individual vinculado con el Registro de Educación Completado y Grados (28 a 32 años de edad). Se aplicaron ecuaciones estructurales, para estudiar las relaciones de las variables latentes (familia de la SEP, la estructura familiar, la carrera escolar, HCB, HEB) en la adolescencia, al nivel educativo en la edad adulta. Los coeficientes de regresión estandarizados entre la carrera escolar y comportamientos de salud eran igualmente fuertes si la dirección era de carrera en la escuela de HEB (0,21 hasta 0,28 para los 12-14 años; 0,38 hasta 0,40 durante 16-18 años) o de HEB a la carrera escolar (0,21-0,22; 0,28-0,29); y, correspondientemente, de la carrera escolar de HCB (0,23 a 0,31; 0,31-0,32) o de HCB a la carrera escolar (desde 0,20 hasta 0,24; 0,22 a 0,22). El efecto de los antecedentes familiares en el nivel de educación de adultos fue calculado principalmente a</p>

	<p>través de la carrera escolar. Sólo una vía débil, que no pasó por la carrera escolar era observado de comportamientos a la educación de adultos. Ambas hipótesis se cumplían con los datos, que, muestran una fuerte interacción mutua del rendimiento escolar y adopción de HCB y HEB en la adolescencia temprana y tardía. Ambas hipótesis reconocieron el papel crucial de la familia. La vía de los comportamientos de salud en la adolescencia a la educación de adultos corre a través de la carrera escolar. La interacción entre los comportamientos y las vías educativas en la adolescencia se sugiere como uno de los mecanismos que conducen a las desigualdades en salud en la edad adulta.</p>
<p>21. Krouse, R., Ransdell, L., Lucas, S., & Pritchard, M. (2011). Motivation, goal orientation, coaching, and training habits of women ultrarunners. <i>Journal of Strength And Conditioning Research</i>, 25(10), 2835-2842. doi: 10.1519/JSC.0b013e318204caa0</p>	<p>Este estudio, detalla la motivación, orientación al objetivo, características demográficas (Por ejemplo, edad, demandas de trabajo, estructura familiar), hábitos de formación (por ejemplo, horas por semana de entrenamiento), y el uso de entrenadores para mujeres ultrarunners. Las participantes (N = 344) fueron reclutadas a través de una lista de servicios y 4 sitios web populares de ultra-running. Las mujeres completaron un cuestionario sobre motivación, orientación de objetivos, entrenamiento y entrenamiento usando survey monkey. La información para el entrenamiento, provenía de su propia experiencia, blogs, sitios web, y el servicio de lista Ultrarunning. Más de tres cuartas partes de los participantes (80%) no utilizaron un entrenador debido al costo, y la percepción de no necesitar entrenador. Con información adicional sobre las mujeres ultrarunners, los entrenadores estarán mejor preparados para trabajar con esta población y los ultrarunners pueden mejorar su aprendizaje sobre las prácticas actuales.</p>
<p>22. Verloigne, M., De Bourdeaudhuij, I., Tanghe, A., D'Hondt, E., Theuwis, L. V., & Deforche, B. (2011). Self-determined motivation towards physical activity in adolescents treated for obesity: an observational study. <i>International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity</i>, 8, 97-107. doi:10.1186/1479-5868-8-97</p>	<p>Dentro del marco de la teoría de la autodeterminación (SDT), el primer objetivo, del estudio fue investigar los principios del SDT en una población de adolescentes obesos mediante el examen de la estructura de factores de la regulación de la conducta. Con el uso del cuestionario de ejercicio-2 (BREQ-2) se investigó, las asociaciones entre AF y motivación en adolescentes obesos. El segundo objetivo fue estudiar las diferencias en la motivación según el nivel educativo de los estudiantes, ya que los adolescentes obesos, con menor nivel de educación son un grupo de sub-riesgo para adolescentes obesos. El tercer objetivo fue, investigar si asistir a un programa de tratamiento de la obesidad, podría conducir a un aumento de la motivación autónoma hacia la AF y ver si el efecto del tratamiento sobre la motivación era diferente en los jóvenes de baja educación. Para el primer objetivo del estudio, la muestra comprendía 177 adolescentes obesos, al comienzo de un estudio de 10 meses en un programa redidencial tratamiento de la obesidad (IMC = $35,9 \pm 6,0$ kg / m², 15,1 \pm 1,5 años, 62% niñas). Un subestudio de 65 adolescentes (estratificados por nivel educativo) se dividieron en estudiantes con bajo nivel educativo (n = 34) versus estudiantes con alto nivel educativo (N = 31), como parte del segundo y tercer objetivo del estudio. La motivación se evaluó, utilizando el BREQ-2 y AF utilizando el cuestionario de AF Flemish. El análisis factorial exploratorio mostró validaciones suficientes con el factor original para 17 de 19 BREQ-2 items. Se encontraron correlaciones positivas significativas entre AF y la puntuación compuesta de autonomía relativa (r = P <0,001), introyectado (r = 0,23, p <0,01), identificado (r = 0,31, p <0,001) y regulación intrínseca (r = 0,38 p <0,001). Los adolescentes con educación superior obtuvieron puntajes más altos en la puntuación compuesta de autonomía relativa, introyectada, identificada y la regulación intrínseca al inicio del tratamiento (F = 3,68, p <0,001). El puntaje compuesto de la autonomía, regulación externa, identificada e intrínseca aumentó significativamente durante el tratamiento para todos los adolescentes (F= 6,65, p < 0,001). La regulación inyectada aumentó significativamente para los adolescentes de menor nivel educativo (F = 25,57, p <0,001). El BREQ-2 puede utilizarse en una población de adolescentes obesos. Los niveles más altos de autonomía. La motivación hacia PA se relacionó con niveles más altos de PA. Los adolescentes tuvieron aumentos tanto en autonomía y formas controladas de motivación durante el tratamiento. Existe una especial atención, a los adolescentes de menor nivel educativo que participaron en el tratamiento, ya que tienen una menor motivación y autonomía al inicio del tratamiento y un aumento de la regulación introyectada durante el tratamiento.</p>
<p>23. Zuazagoitia, A., Grandes, G., Torcal, J., Lekuona, I., Echevarria, P., Gómez, M. A., . . . Ortega-</p>	<p>La calidad de vida (QoL) disminuye, a medida que empeora la insuficiencia cardíaca, que es una de las mayores preocupaciones de estos pacientes. El</p>

<p>Sánchez Pinilla, R. (2010). Rationale and design of a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an exercise program to improve the quality of life of patients with heart failure in primary care: The EFICAR study protocol. <i>BMC Public Health</i>, 10(33), 1-10.</p>	<p>ejercicio físico ha demostrado ser seguro, para las personas con insuficiencia cardíaca. Estudios previos han probado, programa de ejercicios heterogéneos, utilizando diferentes instrumentos de QoL y reportaron efectos inconsistentes sobre la QoL. El objetivo de este estudio, fue evaluar la efectividad de un nuevo programa de ejercicios para personas con insuficiencia cardíaca (EFICAR), adicional al tratamiento óptimo recomendado en atención primaria, para mejorar la calidad de vida, la capacidad funcional y control de los factores de riesgo cardiovascular. Se realizó un ensayo clínico multicéntrico en el que 600 pacientes con insuficiencia cardíaca en la clase II-IV de la NYHA serán asignados al azar a dos grupos paralelos: EFICAR y control. Después de ser reclutados, en seis centros de salud de la Red de Investigación de Prevención Primaria y Promoción de la Salud (RedIAPP), los pacientes son seguidos durante 1 año después del inicio de la intervención. Ambos grupos reciben el tratamiento optimizado según las directrices de la Sociedad Europea de Cardiología. Además, el grupo EFICAR realiza un programa de ejercicios progresivos supervisados de 3 meses con un aerobio (intervalos de alta intensidad) y un componente de resistencia; el programa continúa vinculado con los recursos de la comunidad durante 9 meses. La principal medida de resultado es el cambio en la calidad de vida relacionada con la salud medida por el SF-36 y el Minnesota Living with Heart, cuestionarios de falla al inicio del estudio, 3, 6 y 12 meses. Los resultados secundarios considerados son los cambios capacidad medida por la prueba de caminar de 6 Minutos, estructura cardíaca (péptidos natriuréticos de tipo B), fuerza muscular y la composición corporal. Ambos grupos serán comparados en base a la intención de tratar, utilizando modelos mixtos. El sexo, la edad, la clase social, la co-morbilidad y los factores de riesgo cardiovascular se considerarán potenciales variables de confusión y predicción. Los principales retos de este estudio fueron garantizar la seguridad de los pacientes; Sin embargo, la evidencia apoya la noción de que no hay aumento en el riesgo de descompensación, eventos cardíacos, hospitalizaciones y muertes asociadas con el ejercicio, sino más bien lo contrario. La garantía de seguridad se debe basar en la optimización de la terapia farmacológica estandarizada y educación sanitaria para todos los participantes.</p>
<p>24. Koivukangas, J., Tammelin, T., Kaakinen, M., Mäki, P., Moilanen, I., Taanila, A., & Veijola, J. (2010). Physical activity and fitness in adolescents at risk for psychosis within the Northern Finland 1986 Birth Cohort. <i>Schizophrenia Research</i>(116), 152-158.</p>	<p>Literatura sobre la AF y el estado físico entre los sujetos de riesgo a psicosis, especialmente en adolescentes, es escasa. Este estudio evaluó el nivel de actividad física y la aptitud cardio-respiratoria entre los sujetos en riesgo de psicosis en un nacimiento relativamente grande, en una cohorte. La población de estudio consistió en la Cohorte de Nacimiento del Norte de Finlandia 1986 incluyendo 6987 adolescentes que autodeclararon su actividad física respondiendo a una encuesta postal en 2001-2002 a la edad de 15-16 años. Su capacidad cardiorrespiratoria se midió en una clínica mediante una prueba de cicloergometría submáxima. La vulnerabilidad a la psicosis se definió de tres maneras: tener un padre con antecedentes de psicosis, tener síntomas prodrómicos, psicosis medido por el cuestionario de la pantalla PROD en la edad de 15-16 años o que desarrollaron psicosis después del estudio de campo (en 2002-2005). El registro se usó para averiguar sobre la psicosis de los padres y del individuo. Los individuos que desarrollaron psicosis tenían más probabilidades de ser físicamente inactivos (OR 3.3; CI 95% (1.4-7.9) ajustado por género, situación socioeconómica de los padres, estructura familiar y la actividad física de los padres) y tener un mal estado cardiorrespiratorio (OR 2.2; IC del 95%: 0,6-7,8 Ajustado por el estatus socioeconómico de los padres, la estructura familiar y la actividad física de los padres). En comparación con aquellos que no desarrollaron psicosis. Conclusiones: Los adolescentes que desarrollan psicosis tenían un nivel relativamente bajo de AF en comparación con sus compañeros de edad. Recomendaciones generales para la actividad física Sería importante para los sujetos con riesgo de desarrollar psicosis con el fin de evitar lesiones perjudiciales, efecto de la inactividad física en la salud general.</p>

Estudios que abordan, el gradiente social y el apoyo social

Estudio	Pertinencia del Estudio
<p>1. Sisson, S. B., Sheffield-Morris, A., Spicer, P., Lora, K., & Latorre, C. (2014). Influence of family structure on obesogenic behaviors and placement of bedroom TVs of American children: National Survey of Children's Health 2007. <i>Preventive medicine</i>, 61, 48-53. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.01.010</p>	<p>Se exploró la relación entre estructura familiar y atributos obesogénicos. Se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Salud Infantil 2007 (n = 55.094; 11.6 ±0,04 años; 51,2% de varones) y fue analizada en el otoño de 2012. Las variables predictoras incluyeron el estado civil (de los dos padres biológicos [Referente], madre biparental, madre soltera y otros) y el número de hijos. Las variables de resultado incluidas fueron: la presencia televisión en el dormitorio (BTV), televisión elevada (TV) tiempo de visualización, la insuficiencia de AF, y comidas familiares infrecuentes. El análisis de la estructura familiar reveló qué: un 63% eran familias biológicas, un 11% mezcladas y un 20% de familias monoparentales. 23% por ciento de los niños no tenían hermanos. Cuando las variables de la estructura familiar se consideraron de forma independiente, los niños de familias mezcladas contaron con un odds ratio de (OR): 1,75, intervalo de confianza del 95% (IC) 1,45, 2,10) y los hogares conformados por madre soltera (1,49; 1,28, 1,74) tenían mayores probabilidades de BTV. Los niños de familias mixtas tenían mayores probabilidades de tiempo de visualización de televisión (1,28; 1,08, 1,51). Los hogares monoparentales tenían mayores probabilidades de hacer comidas familiares infrecuentes (1,28, 1,07,1.52). Las familias con ≥ 2 niños eran menos propensas a tener el BTV (0,60; 0,54, 0,66) o el tiempo de visualización de televisores (0,74;0,67, 0,82), y para cenar de forma irregular juntos (0,89; 0,80, 0,99). De acuerdo a los resultados, diversas estructuras familiares se asociaron con comportamientos y ambientes más obesogénicos. La presencia de hermanos disminuyó, pero no eliminó, el riesgo.</p>
<p>2. Ness, M., Barradas, D., Irving, J., & Manning, S. (2012). Correlates of overweight and obesity among American Indian/Alaska Native and Non-Hispanic White children and adolescents: National Survey of Children's Health, 2007. <i>Maternal And Child Health Journal</i>, 16, S268-S277. doi:10.1007/s10995-012-1191-8</p>	<p>Los factores de riesgo para el sobrepeso y la obesidad pueden ser diferente para los indios americanos y nativos de Alaska (AI / AN). Utilizando los datos de la Encuesta de salud infantil, donde se analizó el factor conductual de los niños (participación en equipos deportivos infantiles, AF vigorosa, ver televisión, el uso de la computadora), y en el hogar (AF de los padres, frecuencia de comidas familiares, reglas que limitan la visión de la televisión, y televisión en el dormitorio del niño), contexto (Apoyo de barrio, comunidad percibida y seguridad en la escuela, presencia de parques, aceras y centros recreativos en el barrio), y sociodemográfica (edad del niño, sexo, la estructura de los hogares y el estado de pobreza), Sobrepeso / obesidad (índice de la masa corporal C85, percentil para la edad y el sexo); fueron evaluados en los niños entre 10-17 años de edad no hispanos blancos (NHW) y AI / AN niños que residen en Alaska, Arizona, Montana, Nuevo México, Dakota del Norte, Oklahoma, y Dakota del Sur (n = 5.372). Prevalencia de sobrepeso /Obesidad fue de 29,0% entre los NIH y 48,3% entre los AI / AN niños en esta muestra. Ver más de 2 h de televisión por día (odds ratio ajustado [aOR] = 2,0; 95% Intervalo de confianza [IC] = 1,5-2,8), una falta de vecindario (AOR = 1,9; IC del 95% = 1,1-3,5) y las características socio demográficas se asociaron significativamente con el sobrepeso /Obesidad en la muestra agrupada. Falta de participación en los equipos deportivos se asoció significativamente con sobrepeso / obesidad solamente entre los niños AI / AN (a OR = 2,7; IC del 95% = 1,3-5,2). Las intervenciones culturalmente sensibles dirigidas a predictores individuales, como la participación en equipos deportivos y la televisión junto con los factores de contexto, pueden ser efectivos en el tratamiento del sobrepeso / obesidad infantil. Entre los niños AI / AN. Se necesitan estudios longitudinales para confirmar estos hallazgos.</p>
<p>3. Quarmby, T. D. (2011). Associations between Children's Physical Activities, Sedentary Behaviours and Family Structure: A Sequential Mixed Methods Approach. <i>Health Education Research</i>, 26(1), 63-76. doi:10.1093/her/cyq071</p>	<p>Mediante el método mixto, se exploró el efecto de la estructura familiar en las actividades físicas de los niños y actividades sedentarias. Se realiza la comprensión de cómo la estructura familiar impacta en el tiempo de los niños y en ciertas actividades físicas. Niños de tres centros urbanos integrales escuelas de Midlands, Reino Unido, participaron en los cuestionarios (n° 5 381) y entrevistas semi-estructuradas (n = 5 62). Los resultados indicaron que los niños y las niñas de padres solteros pasan más tiempo en actividades sedentarias durante la semana y el fin de semana (P <0.01). Se identificó que los niños de las familias monoparentales realizaron menos AF, debido a la falta de tiempo, el transporte y las responsabilidades parentales adicionales que crearon un entorno familiar que fomentara el sedentarismo. Niños de familias intactas, registraron</p>

	<p>más tiempo en las actividades cotidianas que los niños de las familias de un padre soltero ($P < 0,01$). Finalmente, los niños cuyos padres son pareja, tenían más oportunidades de, no sólo, participar en estas actividades individuales, sino también en actividades conjuntas con sus padres, reforzando aún más estos comportamientos enfocados a la práctica de la AF.</p>
<p>4. Gay, J. L., & Trevarthen, G. (2013). Location, Timing, and Social Structure Patterns Related to Physical Activity Participation in Weight Loss Programs. <i>Health Education & Behavior</i>, 40(1), 24-31. doi:10.1177/1090198111435987</p>	<p>Menos de la mitad de los adultos en los Estados Unidos cumplen las directrices nacionales para la AF. Los programas de AF inducen a mejoras a corto plazo en la AF. Para desarrollar intervenciones eficaces, los investigadores y patrocinadores podrían considerar el momento, la ubicación y los patrones de estructura social de los participantes. Usando un pretest, posttest en el diseño del estudio, se aplicó una intervención en 329 adultos de un programa de pérdida de peso completado encuestas sobre sus patrones y la participación de la AF. Los hombres preferían levantamiento de pesas, ciclismo y jogging, mientras que las mujeres preferían caminar y practicar aeróbic. Los participantes negros preferían estar activos en el hogar. Además, la participación en una combinación de actividades individuales en un grupo mixto en comparación con las actividades individuales sin participar en un grupo, fue predictiva de la intensidad moderada a vigorosa del posttest y la actividad física total. Proporcionar una variedad de actividades para adultos en ambos lugares, la estructura social puede conducir a la participación sostenida de la AF</p>
<p>5. Hohepa, M., Schofield, G., & Kolt, G. S. (2006). Physical Activity: ¿What Do High School Students Think? <i>Journal Of Adolescent Health</i>, 39(3), 328-336. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.12.024</p>	<p>Se exploraron las opiniones que los estudiantes de secundaria tienen sobre diversos contextos de AF, y sus ideas de potenciales estrategias de promoción de la AF. Participaron 44 estudiantes de escuelas secundarias de Nueva Zelanda, En uno de nueve grupos focales. Todos los grupos estaban separados por género y etnia (maori, neo zelandes, europeo). Un cronograma semiestructurado estandarizado que incluía preguntas clave y mensaje se utilizó. La inducción temática de los datos brutos se llevó a cabo utilizando el enfoque de tabla larga. Los beneficios percibidos de la participación en la AF, se centraron en la diversión, logros y Factores físicos relacionados. Las principales barreras para el compromiso de la AF incluyen la falta de apoyo y baja accesibilidad y disponibilidad de oportunidades de AF. La estructura de las clases de educación física (PE) fueron una barrera observada por las mujeres. La distancia era consistentemente articulada como una barrera para el desplazamiento diario a la escuela. Reflexivo de las barreras planteadas por los participantes, las estrategias auto-identificadas para promover la participación en la actividad física incluyeron modificaciones ambientales tales como: (1) aumentar el apoyo social de sus compañeros, (2) mejorar la disponibilidad y la accesibilidad a las actividades en la escuela y en su vecindario, (3) proporcionar actividades organizadas en la escuela, y (4) la reestructuración de las clases de educación física. En línea con la comprensión actual de las barreras a la participación en la AF, las percepciones de los jóvenes se enfocaron hacia factores ambientales, tanto sociales como físicos, apoyando el desarrollo de intervenciones centradas en el medio ambiente. El potencial de los pares en la escuela, vecindario y casa reportados en nuestro estudio, necesitan ser considerados en el futuro, en las iniciativas dirigidas a la actividad física juvenil.</p>
<p>6. Nicolaou, M., Vlaar, E., Van Valkengoed, I., Stronks, K., Nierkens, V., & Middelkoop, B. (2014). Development of a diabetes prevention program for Surinamese South Asians in the Netherlands. <i>Health Promotion International</i>, 29(4), 680-691. doi:10.1093/heapro/dat018</p>	<p>La diabetes tipo 2 es muy prevalente entre los países de Asia meridional. No sólo es la prevalencia mayor que en otros grupos étnicos, se presenta desde edades tempranas y estos grupos son más propensos a experimentar complicaciones. La evidencia sugiere que las intervenciones de estilo de vida pueden prevenir o retrasar el inicio de la diabetes. Sin embargo, poco es conocido sobre la prevención de la diabetes en los asiáticos del Sur (SA). DH! AAN es un programa de prevención de la diabetes diseñado para Surinamese SA en los Países Bajos. En este artículo, se describen los marcos teóricos y la investigación formativa que orientaron el desarrollo y la adaptación cultural de DH! AAN. La adaptación cultural se basó en el análisis de los factores socio-culturales determinantes de la dieta y la AF, dentro la población de estudio. Esta condujo a la incorporación de elementos de estructura superficial y profunda en la intervención. Asesoría personalizada de dietistas Utilizando la entrevista motivacional (IM), que fue la base para la intervención. Adicionalmente, se buscó generar apoyo social, incluyendo a los miembros de la familia en algunas partes de la intervención y sesiones de grupo para abordar cuestiones relacionadas con hábitos alimenticios. Se discutieron las reflexiones sobre el proceso de desarrollo y las opciones que se toman para la intervención. Los resultados de DH! AAN proveerán información en el uso de MI para este grupo de población. Además, DH! AAN proporcionará pruebas sobre la viabilidad de prevención de la diabetes entre las poblaciones del sur de Asia.</p>

<p>7. Hansen, E., Landstad, B. J., Hellzén, O., & Svebak, S. (2011). Motivation for lifestyle changes to improve health in people with impaired glucose tolerance. <i>Scandinavian Journal Of Caring Sciences</i>, 25(3), 484-490. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00853.x</p>	<p>Se identificaron los factores que podrían tener un significado motivacional cambio de estilo de vida para facilitar la reducción de tolerancia a la Glucosa (IGT) y, en consecuencia, la disminución del riesgo de contraer diabetes tipo 2. 18 que viven en un municipio de Noruega participaron del estudio. El estudio de cribado de salud los definió como personas con IGT. Los participantes participaron en una entrevista semiestructurada que se centró en cuatro aspectos de la vida cotidiana: (1) Estructura y ritmo, (2) salud física, (3) AF y (4) relaciones sociales. Las entrevistas mostraron que los participantes en el estudio, cambiaron sus prioridades en cuanto a la vida diaria. Los resultados indicaron cuatro dominios de factores motivacionales donde apareció como importante para los cambios de estilo de vida. Los participantes atribuyeron gran importancia a su salud física y estaban fuertemente motivados para prevenir el desarrollo de la enfermedad. Mediante la mejora de la estructura y el ritmo cotidianos, reducción del riesgo de enfermedad, nivel de actividad y relación social. La investigación indica, sin embargo, que los cambios duraderos del estilo de vida tiempo y que el apoyo sanitario debe adaptarse a los individuos a la luz de su entorno social. Las personas con IGT parecen beneficiarse del estilo de vida, los cambios a lo largo de las cuatro dimensiones son de significado motivacional: Estructura y ritmo, preocupaciones de enfermedad, niveles de actividad, y relaciones sociales. Esto significa que la atención debe adaptarse más cuidadosamente al individuo.</p>
---	--

Estudio que aborda, el gradiente social y la exclusión social

Estudio	Pertinencia del Estudio
<p>1. Reel, J. J., Petrie, T. A., SooHoo, S., & Anderson, C. M. (2013). Weight pressures in sport: Examining the factor structure and incremental validity of the weight pressures in sport — Females. <i>Eating Behaviors</i>, 14, 137-144. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.01.003</p>	<p>Debido a las presiones dentro del ambiente deportivo, tales como entrenadores, compañeros de equipo, uniformes, jueces, y mujeres atletas, pueden desarrollar prácticas de alimentación poco saludables para perder peso o cambiar su tamaño / forma corporal para volverse más competitivas y cumplir con los ideales de la sociedad y el deporte relacionados con el físico. Sin embargo, hasta el desarrollo de las presiones de peso en el deporte para las mujeres (WPS-F, Reel, SooHoo, Petrie, Greenleaf, y Carter, 2010) no había manera de cuantificar las presiones de peso específicas del deporte con las atletas femeninas. En este estudio, muestra las propiedades psicométricas de la escala, donde, se examinaron más a fondo utilizando una muestra de 414 mujeres atletas colegiales. Muestra 1 [n = 207; M = 19,27 años; SD = 1,16] y Muestra 2 [n = 207; M = 19,19 años; SD = 1,66] las participantes eran de una edad similar y se utilizaron para los análisis exploratorios y de confirmación, respectivamente. Se confirmó una estructura de dos factores y se estableció que la escala, era única para medir de las presiones socioculturales generales que todas las mujeres experimentan. Predecir la internalización de las atletas, la insatisfacción corporal, la intención dietética y la sintomatología bulímica. Específicamente, fueron identificados los siguientes factores: presiones del entrenador y deporte sobre el peso (Factor 1) y presiones con respecto a la apariencia y rendimiento (Factor 2), se encontró que tenían una consistencia interna fuerte y la confiabilidad emergente y el WPS-F válido tiene implicaciones prácticas para la detección e identificación de las presiones deportivas relacionadas con el peso dentro de atletas. WPS-F también sirve para educar a los profesionales del deporte sobre las presiones, los trastornos de la alimentación y las alteraciones de la imagen corporal, que se puede prevenir.</p>

Estudio que aborda el estrés y desempleo

Estudio	Pertinencia del Estudio
<p>Paraschiv-Ionescu, A., Perruchoud, C., Buchser, E., & Aminian, K. (2012). Barcoding Human Physical Activity to Assess Chronic Pain Conditions. <i>Plos ONE</i>, 7(2), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0032239</p>	<p>Las teorías modernas definen el dolor crónico, como una experiencia multidimensional - el resultado de la compleja interacción entre los factores fisiológicos y psicológicos, con impacto significativo en las capacidades física, social y emocional de los pacientes. El desarrollo de herramientas de evaluación fiables capaces de capturar el impacto multidimensional del dolor crónico, ha</p>

	<p>desafiado a la comunidad médica desde hace décadas. Una serie de herramientas validadas se utilizan actualmente en la práctica clínica, sin embargo, todos se basan en auto-informes y por lo tanto son inherentemente subjetivos. En este estudio se muestra que un amplio análisis de la actividad física (AF) en condiciones reales puede captar aspectos de comportamiento que pueden reflejar el funcionamiento físico y emocional. La AF se monitorizó durante cinco días consecutivos en 60 pacientes con dolor crónico y 15 sujetos sanos sin dolor. Para el análisis de los diversos aspectos de comportamientos de actividad relacionadas con el dolor, se definió el concepto de PA 'barcode'. La idea principal era combinar diferentes características de PA (tipo, intensidad, duración) para definir varios estados de la AF. La secuencia temporal de diferentes estados se visualizó como un "barcode", que indica que la información significativa sobre la actividad diaria puede ser contenido en la cantidad y variedad de estados de AF, y en la estructura temporal de la secuencia. Esta información fue cuantificada mediante medidas complementarias, como métricas de complejidad estructural (información y la entropía muestral, Lempel-Ziv complejidad), el tiempo pasado en los estados de AF, y dos puntuaciones compuestas, que integran todas las medidas. La fiabilidad de estas medidas para caracterizar los estados de dolor crónico, se evaluó mediante la comparación de grupos de sujetos con diferente clínicamente la intensidad del dolor. Las medidas definidas de AF mostraron buenas características discriminantes. Los resultados sugieren información significativa, sobre las limitaciones funcionales relacionadas con el dolor, está relacionado por la complejidad estructural de los códigos de barras de AF, que disminuye cuando la intensidad de dolor aumenta. Llegamos a la conclusión de que un análisis exhaustivo de la vida diaria de AF, puede proporcionar una evaluación objetiva de la intensidad del dolor.</p>
--	---

Estudios que abordan el DSS, Primeros años de vida

Estudio	Pertinencia del Estudio
<p>1. Yu, M., Ziviani, J., Baxter, J., & Haynes, M. (2012). Time use differences in activity participation among children 4–5 years old with and without the risk of developing conduct problems. <i>Research In Developmental Disabilities, 33</i>, 490-498. doi:10.1016/j.ridd.2011.10.013</p>	<p>El propósito del presente estudio es determinar si los niños en riesgo de desarrollar problemas de conducta, tienen diferentes patrones de actividad en comparación con aquellos que no están en riesgo. Específicamente los aspectos de uso del tiempo que se refieren a la participación en actividades que proporcionan el esfuerzo físico, la estructura, el descanso y el compromiso social, fueron examinados. El estudio se realizó con 4936 niños de 4-5 años. Los resultados indican que los niños con riesgo de problemas de conducta en desarrollo gastan significativamente más tiempo en: las actividades físicas como " Andar en bicicleta ", y " en compañía de sólo adultos " que los niños no están en riesgo de desarrollar problemas de conducta, pero menos tiempo " con sus compañeros bajo supervisión de un adulto ". Las diferencias de género, también fueron encontradas en las mismas actividades con los niños que participan en más " bicicleta " y actividades " sin compañeros bajo supervisión de un adulto " que las niñas. Los niños pequeños en general participado en más actividades físicas y pasar más tiempo " con sus compañeros mientras que la supervisión por los adultos " en los días de fin de semana, y más tiempo en " actividades estructuradas " y " en la compañía de los adultos" de lunes a viernes. Estos resultados se discuten en relación con el potencial naturaleza riesgos a de elección actividad física y la contribución de la supervisión de un adulto en el contexto de la participación en grupos similares de</p>

	niños en riesgo de desarrollar problemas de conducta.
<p>2. Sollerhed, A., & Ejlertsson, G. (2008). Physical benefits of expanded physical education in primary school: Findings from a 3-year intervention study in Sweden. <i>Scandinavian Journal Of Medicine And Science In Sports</i>, 18(1), 102-107. doi:10.1111/j.1600-0838.2007.00636.x</p>	<p>En este estudio se evaluó, si un programa en la escuela con lecciones ampliadas de educación física, era eficaz para el aumento de la capacidad física de los niños, además para prevenir el aumento de peso excesivo en niños. El estudio se realizó entre los años 2000 y 2003, comprendía 132 niños, 73 niños, y 59 niñas en la línea de base 6-9 años y en el seguimiento 9-12 años, atendiendo a dos escuelas diferentes con un tamaño similar, en una zona rural. La escuela de la norma (N-escuela) siguió el tiempo curricular estipulado, para dos lecciones de educación física a la semana, mientras que la Escuela (I-escuela) aumentó a cuatro lecciones. Cambios positivos en el índice físico (la suma de los resultados en 11 pruebas físicas) se encontraron entre niños en la I-escuela que en la N-escuela. El aumento del IMC se observó en la I-escuela. Las lecciones ampliadas de educación física pueden aumentar el estado físico, tanto en los niños con sobrepeso como, en los niños de peso normal, en particular la aptitud aeróbica. La dosis de actividad física debe ser superior a 40 minutos al día y debe comenzar más temprano en la vida de los niños para aumentar la lucha contra el aumento del IMC.</p>
<p>3. Sterdt, E., Pape, N., Kramer, S., Urban, M., Werning, R., & Walter, U. (2013). Do preschools differ in promoting children's physical activity? An instrument for the assessment of preschool physical activity programmes. <i>J</i> 13(1), 1-10. doi:10.1186/1471-2458-13-795</p>	<p>Los preescolares ofrecen un alto potencial para intervenciones preventivas. Sin embargo, poco se sabe sobre la estructura de los programas en preescolares, para promover la actividad física, aunque casi todos los niños, de tres a seis años pasan un tercio del día en el preescolar. El objetivo de este estudio fue determinar en qué medida las escuelas preescolares implementan medidas sistemáticas de promoción de la AF. En el estudio transversal, se realizó una encuesta de referencia de las políticas de educación preescolar para identificar y evaluar el tipo y el alcance de los programas y oportunidades de AF en los preescolares del Estado de Baja Sajonia, Alemania. Se elaboró un instrumento de evaluación para identificar los centros preescolares con programas sistemáticos de AF (tipo 1) y los programas de AF (tipo 2) basados en los siguientes criterios de calidad: A) política escrita de AF, B) AF semanal para todos los niños; C) al menos un maestro calificado de educación física; D) Instalaciones amigables para el interior y al aire libre (Sala de ejercicios, oportunidades situacionales de AP, áreas exteriores, equipo de juego, etc.), y E) promoción estructurada de AF por lo menos desde dos años. Un tercer tipo de preescolar que promueve AF en los niños en cierta medida se clasificó como "programas de AF limitados en preescolares". 2415 preescolares participaron en la encuesta (tasa de respuesta: 59%). Los resultados muestran que el 26% (n = 554). Mientras que el 3% (n = 64) no tiene un programa de AF. La mayoría (71%, n = 1514) que fueron clasificados sin programa de AF. Los tres tipos de preescolar difirieron significativamente. La mayoría de los preescolares sin programas de AF son niños que asisten como preescolares, medio día. El estudio utilizó un instrumento de evaluación que proporcionaba un amplio conocimiento de la naturaleza, y la implementación de la práctica</p>

	<p>rutinaria de la promoción de AF en preescolares. Los criterios utilizados para evaluar la AF preescolar fueron los diferentes tipos de programas de educación preescolar y las áreas de AF en la que se pueden implementar medidas específicas (formación de profesores, ofertas estructuradas de AP, etc.).</p>
<p>4. Lin, C., Yang, A., & Su, C. (2013). Objective measurement of weekly physical activity and sensory modulation problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. <i>Research In Developmental Disabilities, 34</i>, 3477-3476. doi:10.1016/j.ridd.2013.07.021</p>	<p>Este estudio comparó, la actividad física diaria (AF), Actividad física moderada a vigorosa (AFMV) durante una semana y equivalentes metabólicos (MET) por minuto, entre niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) niños con desarrollo normal. Además, los problemas de modulación sensorial, examinados mediante medidas conductuales y fisiológicas. Veinte niños con ADHD (edades 8.64 ± 2.57, años), y 20 niños varones sin la condición de hiperactividad (edades $9,10 \pm 1,79$ años) participaron en el estudio. Cada niño usaba un monitor de PA, durante 14 horas al día, siete días a la semana. De todos los participantes, se les pidió a los padres que llenaran los registros diarios de actividades de sus hijos, donde se detectaron problemas de modulación sensorial utilizando cuestionarios de perfil sensorial (SP) y Sensory Challenge Protocolo que midió la respuesta electrodérmica (EDR) a sensorial de estímulos repetidos. En comparación con los controles, los niños con TDAH tenían un nivel generalmente más alto de AF ($1,48 \pm 0,10$ frente a $1,60 \pm 0,12$ METs / min, $p = 001$), y tendieron a pasar más tiempo en AFMV. Los días laborables (35,71%) y el fin de semana (57,14%). Sin embargo, al analizar las AF, las diferencias de grupo fueron obvias sólo para ciertas horas. Nuestros datos sugieren que los niños con TDAH eran más hiperactivos en la estructura libre de configuración estructurada. El grupo ADHD mostró problemas de modulación sensorial en el SP, pero no en el EDR. Se encontraron algunas correlaciones entre los problemas de modulación sensorial y la hiperactividad en niños con TDAH.</p>
<p>5. Denison, F., Weir, Z., Carver, H., Norman, J., & Reynolds, N. (2015). Physical activity in pregnant women with Class III obesity : A qualitative exploration of attitudes and behaviours. <i>31</i>(12), 1163-1167. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.006</p>	<p>Se exploraron las barreras y los facilitadores de la actividad física, de las mujeres embarazadas con obesidad tipo III. Se realizó un estudio cualitativo con entrevistas en profundidad, y entrevistas de semiestructuras encuadradas por la teoría del comportamiento planificado. Se realizó un análisis estructurado utilizando un proyecto de marco y se elaboraron mediante la teoría del comportamiento planificado. Se recobró el reclutamiento y el análisis de la desaturación. Los participantes se beneficiaron de un encuentro clínico para mujeres con obesidad tipo III, en este caso ($n = 13$), en los primeros meses hizo un análisis sobre el estilo de vida, cambio de estilo de vida desde programas de promoción. Las mujeres eran conscientes de los beneficios de la actividad física durante el embarazo, y las barreras para hacer frente a la actividad. Se necesitan más investigaciones para explicar la viabilidad y la aceptabilidad de los programas.</p>

Estudios que abordan el apoyo social

Estudio	Pertinencia del Estudio
---------	-------------------------

<p>1. Brockman, R., Jago, R., & Fox, K. (2011). Children's active play: self-reported motivators, barriers and facilitators. <i>BMC Public Health</i>, 11(1), 461-467.</p>	<p>La investigación sugiere que, el juego activo tiene el potencial de una contribución valiosa a la práctica de AF general de los niños, a la vez, que aporta desarrollo cognitivo, y beneficios emocionales. Sin embargo, se sabe relativamente poco acerca de los determinantes del juego activo de los niños del Reino Unido. La comprensión de estos factores, proporciona el primer paso crítico en el desarrollo de intervenciones para Jugar, y por lo tanto la AF en general. Dentro del estudio, se realizaron once grupos focales, con 77 niños de 10-11 años de cuatro escuelas primarias en Bristol, Reino Unido, donde se examinó: i) factores que motivan a los niños a participar en el juego activo; ii) factores que limitan el juego activo de los niños y (iii) factores que facilitan el juego activo de los niños. Todos los grupos de discusión fueron grabados en audio y se transcribieron las grabaciones textualmente. Los niños, expresaron que, fueron motivados a participar en el juego activo, porque lo percibieron agradable, para prevenir el aburrimiento, y tener beneficios de salud física y mental y proporcionar libertad de ejecución. Sin embargo, el juego activo de los niños fue restringido por una serie de factores, incluyendo la lluvia y el miedo de grupos de adolescentes en sus espacios de juego. Algunas características del entorno físico facilitaron el juego, incluyendo la presencia de espacios verdes y callejones sin salida en el barrio. Además, se informó que, el uso de los teléfonos móviles cuando se juega fuera de casa, ayuda a aliviar los temores de seguridad de los padres, por lo tanto, ayuda al juego activo de los niños. Los niños expresan una serie de factores motivacionales y ambientales que limitan y facilitan su juego activo: la consideración de estos factores, debería mejorar la eficacia de las intervenciones diseñadas para aumentar el juego activo.</p>
<p>2. Henriksen, P. W., Ingholt, L., Rasmussen, M., & Holstein, B. E. (2015). Physical activity among adolescents: The role of various kinds of parental support. <i>Scandinavian Journal of Medicine in Sports</i>, In press, 1-6. doi:DOI: 10.1111/sms.12531</p>	<p>Los objetivos de este estudio fueron: (a) examinar la asociación entre diversos tipos de apoyo social de los padres y la AF de los adolescentes y (b) examinar si varios tipos de apoyo social de las madres y los padres, se asociaron de manera diferente con la práctica de AF en las chicas. Los datos provienen de la encuesta de la escuela de Aarhus, donde, incluyó 2100 escolares a los 11, 13 y 15 años de edad. El apoyo social de los padres para AF, se midió sobre el estímulo para hacer AF, haciendo AF conjunto, padres viendo AF, y hablando de AF. La AF se midió, con una frecuencia de mínimo 4 h de AF vigorosa por semana, durante el tiempo libre. Se utilizó, el análisis de regresión logística, para estimar las asociaciones de niñas y niños por separado, ajustado, por grupo de edad, clase social ocupacional de los padres, la estructura familiar y el estatus migratorio. Se clasificó las asociaciones entre los adolescentes en cuanto a la práctica de AF en las cuatro dimensiones del apoyo de los padres para la AF, los patrones de asociación fueron similares para apoyo social de los padres, similares, para niñas y niños. Los procesos sociales en la familia, son importantes para la participación de los adolescentes en AF. Es importante seguir explorando estos procesos sociales para comprender por qué algunos adolescentes son físicamente activos y otros no.</p>
<p>3. Russell, H. A., Rufus, C., Fogarty, C. T., Fiscella, K., & Carroll, J. (2013). 'You need a support. When you don't have that . . . chocolate looks real good'. Barriers to and facilitators of behavioural changes among participants of a Healthy Living Program. <i>Family Practice</i>, 30, 452-458. doi:10.1093/fampra/cmt009</p>	<p>Este estudio, buscó identificar los factores que facilitan o dificultan el cambio de comportamiento entre participantes de una intervención de estilo de vida saludable en un centro de salud urbano carente de servicios. Entre marzo y octubre de 2011, se realizaron cinco sesiones de grupos focales con un total de 23 participantes. Las transcripciones de los grupos focales se analizaron utilizando el Modelo Ecológico Social, como estructura de codificación. Se encontraron, cuatro niveles interconectados de contextos sociales: individual, interpersonal, programático, y comunitario. El apoyo social y la importancia de las relaciones para hacer y mantener los cambios de comportamiento, se encontraron en todos los niveles. Conclusión. El apoyo social y la relación, eran facilitadores clave de los cambios en el estilo de vida saludable y de motivación individual y perseverancia. Aprovechar el poder del apoyo social y la motivación puede ser una forma de futuras intervenciones de cambio de comportamiento para salvar la brecha entre eficacia y efectividad.</p>
<p>4. Folta, S., Nelson, M., Seguin, R., & Ackerman, J. (2012). A qualitative study of leadership characteristics among women who catalyze positive community change. <i>BMC Public Health</i>, 12(1), 1-12. doi:10.1186/1471-2458-12-383</p>	<p>El objetivo de este estudio cualitativo, fue identificar las habilidades de liderazgo y características específicas en mujeres que han creado con éxito el cambio, en los ambientes de nutrición y AF en sus comunidades y más allá. Además, comprender las mejores prácticas para capacitar y educar a las mujeres líderes, en cuanto a la eficacia en la creación de un cambio social. Se realizaron entrevistas, con 16 mujeres líderes en el sector de la salud, de noviembre de 2008 a febrero de 2010. La muestra representó un amplio espectro de líderes de Estados Unidos, identificadas a través de búsquedas en la web, y a través de redes de colegas académicos y profesionales. La mayoría estaba trabajando en mejorar los ambientes de nutrición y actividad física dentro de sus comunidades.</p>

	<p>Las preguntas fueron diseñadas para determinar la trayectoria de carrera de los líderes, motivación, características, definición de éxito y desafíos.</p> <p>El marco de codificación inicial se basó en la estructura de cuestionamiento. Utilizando un enfoque basado en la teoría,</p> <p>Se agregaron temas adicionales al marco a medida que surgieron. Las encuestadas poseían una visión, un fuerte impulso para llevarla a cabo sus programas y una gran capacidad de movilización. Sus definiciones de éxito más a menudo incluyen cambiar las vidas de los demás de una manera sostenible. La persistencia y las habilidades de comunicación fueron importantes para su éxito. Los desafíos incluyeron recaudación de fondos y derivación de su misión original. Conclusiones: Estos hallazgos pueden ser utilizados para ayudar a desarrollar o informar un modelo de liderazgo femenino en salud y mejorar la capacitación de los líderes que promueven la salud en sus comunidades y más allá.</p>
<p>5. Parra, D., Dauti, M., Harris, J., Reyes, L., Malta, D., Brownson, R., & Pratt, M. (2011). How does network structure affect partnerships for promoting physical activity? Evidence from Brazil and Colombia. <i>Social Science & Medicine</i>, 73, 1365-1370. doi:10.1016/j.socscimed.2011.08.020</p>	<p>El objetivo de este estudio, fue describir la estructura de la red y los factores asociados con la colaboración, en dos redes que promueven la AF en Brasil y Colombia. Se conto con la participación de as organizaciones estudiaban y promovían la AF en Brasil (35) y Colombia (53), mediante un proceso de muestreo de bola de nieve de reputación de un paso. Los participantes completaron una encuesta en línea entre diciembre de 2008 y marzo de 2009 para la red de Brasil y entre abril y junio de 2009 para Colombia. Si bien las características estructurales de las redes fueron predictores significativos de colaboración dentro de cada red, los coeficientes y otras características de la red difieren. La red de AF de Brasil, se descentralizó con un mayor número de asociaciones compartidas. La red de AF de Colombia era centralizada y la colaboración fue influenciada por la importancia percibida de las organizaciones de pares. Las organizaciones de la red de AF de Colombia se enfrentaron a más barreras (1,5 contra 2,5 barreras) para colaboración. Los estudios futuros deben centrarse en cómo estas diferentes estructuras de red afectan la implementación y la adopción de intervenciones basadas en la evidencia.</p>
<p>6. Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, v. d., T., E. G., & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. <i>BMC Family Practice</i>, 11, 41-47. doi:10.1186/1471-2296-11-41</p>	<p>Este estudio examinó, qué obstáculos encuentran las enfermeras en el asesoramiento sobre el estilo de vida, a los pacientes con diabetes tipo 2. Basado en esto, se desarrolló, una estrategia de implementación para mejorar el cambio de estilo de vida en la práctica general. Método: En un estudio cualitativo, semiestructurado, se realizaron doce entrevistas en profundidad con enfermeras, sobre prácticas relacionadas con el cuidado de la diabetes. Se estimaron las barreras específicas en el asesoramiento de pacientes con diabetes tipo 2 sobre: dieta, la actividad sexual y el abandono del hábito de fumar. Las enfermeras fueron invitadas a reflexionar sobre las barreras en el paciente, pero sobre todo en sus propios roles como consejeras. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Los datos se analizaron con la ayuda de un marco predeterminado. Las enfermeras sentían la mayoría de las barreras en el nivel del paciente, que tenían un conocimiento limitado de un estilo de vida, su propia conducta y carecían de la motivación para modificar su estilo de vida o la disciplina para mantener un estilo de vida mejorado. Además, las enfermeras reportaron falta de habilidades de consejería y tiempo insuficiente como consejería de estilo de vida efectiva. Conclusiones: El enfoque tradicional de educación en salud sigue siendo predominante en la atención primaria de pacientes con diabetes tipo 2 diabetes. Una estrategia de implementación basada en entrevistas, promueve habilidades en el cambio de comportamiento del estilo de vida. Vamos a capacitar a nuestras enfermeras en el establecimiento de agenda para estructurar la consulta basada en priorizar el cambio de comportamiento y les ayudará a desarrollar mapas sociales que contengan información sobre los programas locales de ejercicio.</p>
<p>7. Macdonald-Wallis, K., Jago, R., Page, A. S., Brockman, R., & Thompson, J. L. (2011). School-based friendship networks and children's physical activity: A spatial analytical approach. <i>Social Science & Medicine</i>, 76(1), 6-12. doi:10.1016/j.socscimed.2011.04.018</p>	<p>Se ha demostrado que, las redes sociales y de amistad, influyen en la obesidad, el tabaquismo y el rendimiento académico, en las intervenciones dirigidas por pares. Han reducido con éxito el tabaquismo en los adolescentes. Sin embargo, el papel de las redes la AF no está clara. Este trabajo investiga, hasta qué punto las redes de amistad influyen en la práctica de AF de los niños, e intenta cuantificar la asociación mediante técnicas analíticas</p> <p>la influencia social. Se recopilaron datos de AF de 986 niños de entre 10 y 11 años de edad, de 40 escuelas de Bristol, Reino Unido. Los datos de 559 niños fueron utilizados para el análisis. Se realizo el uso de acelerómetros y sus counts por minuto (CPM). Los minutos promedio de AF moderada a vigorosa por día (MVPA) se calcularon, como objetivode medición de AF. Los niños nombraron hasta 4 amigos de la escuela, y la amistad basada en la escuela. Se construyeron redes a partir de estas nominaciones. Se evaluaron las redes para evaluar si la</p>

	<p>AF mostraba dependencia espacial (en términos de proximidad social en el espacio social) utilizando la estadística de Moran I. El modelado autorregresivo espacial se utilizó entonces, para evaluar el grado de dependencia espacial, mientras se controlan otros predictores conocidos de actividad. Este modelo se comparó con modelos de regresión lineal para mejorar la bondad de ajuste. Los resultados indicaron autocorrelación espacial tanto de MVPA media ($I \frac{1}{4} .346$) como de CPM medio ($I \frac{1}{4} .284$), lo que indica que los niños agrupados, en grupos de amistad, muestran niveles de actividad similares. Estos resultados demuestran una asociación entre los niveles de AF de los niños y sus amigos de la escuela, e indican que el modelado espacial, es un método informativo para incorporar la influencia de la estructura social escolar en el análisis de la AF.</p>
<p>8. Gellar, L., Druker, S., Osganian, S. K., Gapinski, M. A., LaPelle, N., & Pbert, L. (2012). Exploratory Research to Design a School Nurse-Delivered Intervention to Treat Adolescent Overweight and Obesity. <i>Journal Of Nutrition Education And Behavior</i>, 44(1), 46-54. doi:10.1016/j.jneb.2011.02.009</p>	<p>En la preparación de un estudio piloto para evaluar la eficacia de la intervención de una enfermera escolar, se llevaron a cabo grupos focales para conocer mejor las percepciones de los interesados sobre el diseño y la implementación de la intervención. 15 grupos focales en las escuelas participantes. 100 personas, incluyendo: adolescentes con sobrepeso y obesidad, padres, enfermeras de la escuela secundaria y personal. Se estudiaron las percepciones de las partes interesadas. Los grupos focales fueron grabados y transcritos textualmente. Instancias temáticas relacionadas con los objetivos de investigación fueron identificados, codificados y clasificados en categorías temáticas. Los temas principales discutidos incluyeron temas de adolescentes, apoyo familiar, implementación de intervención, preocupaciones relacionadas, y contenido curricular. Los temas adolescentes incluyeron lidiar con la presión de los compañeros, evitando comer y el apoyo de amigos. Muchos participantes pensaron que debería ser la decisión de los padres. La confidencialidad fue la barrera potencial más comúnmente identificada para la implementación. Recomendaciones: Para el contenido del currículo de nutrición y AF, centrado en estrategias concretas y prácticas. Conclusiones e Implicaciones: Los resultados de esta investigación proporcionaron información sobre las necesidades y percepciones sobre el contenido y la estructura de la intervención de una enfermera escolar para tratar sobrepeso y obesidad. Los hallazgos se utilizaron en el diseño e implementación de protocolos de intervención.</p>
<p>9. Midtgaard, J., Rorth, M., Stelter, R., & Adamsen, I. (2006). The group matters: an explorative study of group cohesion and quality of life in cancer patients participating in physical exercise intervention during treatment. <i>European Journal Of Cancer Care</i>, 25-33. doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00616.x</p>	<p>Este estudio investigó la cohesión del grupo y los cambios en la calidad de vida en 55 pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia que participaron en un programa de ejercicio, en un grupo de 9 h semanales, durante 6 semanas. El estudio utilizó un método de diseño de componentes de triangulación. Se realizaron siete entrevistas en grupo después de la intervención. Las entrevistas revelaron que la cohesión del grupo era una meta dirigida a maximizar potencial de rendimiento de los pacientes. La cohesión del grupo se caracterizó por un «espíritu de cuerpo» especial y los miembros del grupo se sienten como equipos deportivos. El programa hizo posible la unión, permitiendo a los pacientes una oportunidad para dejar que su enfermedad pase a segundo plano. Los datos del cuestionario mostraron mejoras significativas en la salud mental, el funcionamiento social y emocional. Este estudio identificó una conceptualización de la cohesión grupal que constituye una valiosa base para un ensayo controlado aleatorio más amplio para concluir si los cambios observados son el resultado de esta intervención específica.</p>
<p>10. Galantino, M. L., Greene, L., Archetto, B., Baumgartner, M., Hassall, P., Murphy, J. K., & Desai, K. (2012). Clinical article: A Qualitative Exploration of the Impact of Yoga on Breast Cancer Survivors with Aromatase Inhibitor-Associated Arthralgias. <i>Explore: The Journal Of Science And Healing</i>(8), 40-47. doi:10.1016/j.explore.2011.10.002</p>	<p>Se trata de una investigación exploratoria y cualitativa, donde, mujeres con cáncer de mama, participaron en un programa basado en el yoga para entender el dolor en las articulaciones y diversos aspectos de la calidad de vida (QOL). Se utilizó la teoría social cognitiva, que, proporcionó la base para desarrollar una intervención de yoga, a través de fuentes de información sobre la eficacia: (1) cumplimiento del desempeño, (2) experiencia estructurada, (3) apoyo verbal de instructor y grupo, y (4) retroalimentación física. Diez mujeres posmenopáusicas con estadio I-III de cáncer de mama, con artralgia asociada a la IA (AIAA), recibieron yoga dos veces por semana durante ocho semanas durante 90 minutos y se les instruyó para continuar en un programa de yoga basado en el hogar. Se usó la teoría cognitiva (SCT) para estructurar una intervención de yoga, como curso de AF, para controlar el dolor y la función articular. Los participantes completaron las reflexiones de la entrevista sobre su experiencia, donde, recibían llamadas telefónicas semanales. Los datos fueron recolectados y analizados mediante análisis cualitativo. Varios temas emergentes fueron descubiertos: empoderamiento; colaboración; alivio del dolor; aumento de la aptitud física (energía, flexibilidad, y función); alivio del estrés / ansiedad y transferibilidad de Yoga a través de la respiración. Estos temas fueron identificados, a través de la observación del instructor, de las participantes y de acuerdo al registro de las llamadas telefónicas. Las</p>

	<p>participantes estuvieron muy motivadas para mejorar los niveles de aptitud física y reducir el dolor. Este estudio reveló, los beneficios de formas alternativas de ejercicio como el yoga, para proporcionar una estructura, que es transferible en otras situaciones. Información, Implicaciones para los sobrevivientes de cáncer: Los resultados de esta investigación cualitativa, indican que las intervenciones para apoyar BCS con AIAA están garantizados. El yoga parece tener un impacto positivo en estos efectos secundarios de las terapias hormonales. La investigación adicional ayudaría a el desarrollo de otras intervenciones.</p>
<p>11. Syrjala, K. L., Stover, A. C., Yi, J. C., Artherholt, S. B., & Abrams, J. R. (2010). Measuring social activities and social function in long-term cancer survivors who received hematopoietic stem cell transplantation. <i>Psycho-Oncology</i>, 19(5), 462-471. doi: 10.1002/pon.1572</p>	<p>Los sobrevivientes de cáncer informan déficit en el funcionamiento social incluso años después de completar tratamiento. Las medidas comúnmente utilizadas del funcionamiento social proporcionan una comprensión comportamiento social de los sobrevivientes. Este estudio describe las actividades sociales de los supervivientes y Psicométricas del Registro de Actividad Social (SAL) en una cohorte de supervivientes a largo plazo de trasplante de células madre hematopoyéticas (HSCT) para el cáncer. Métodos: 102 (5-20 años) sobrevivientes completaron la SAL, Short-Form-36 Health Survey (SF-36), y otros resultados reportados por el paciente. El análisis de componentes principales, determinó la estructura de factores de la SAL junto con correlaciones y regresiones para establecer validez. El análisis de componentes principales arrojó tres factores en la SAL: "eventos sin contacto"(Por ejemplo, llamadas telefónicas), "eventos regulares" (por ejemplo, cartas jugadas) y "eventos especiales" (por ejemplo, conciertos) que explicó el 59% de la varianza total. La SAL posee buena consistencia interna (A50.82 de Cronbach). SF-36 función social y SAL fueron moderadamente correlacionados (r50.31). En regresiones lineales, la función física y la depresión explicaron 16% de la varianza en la SAL (Po0.001), mientras que la función física, la depresión y la fatiga predijeron el 55% de la variación en la función social SF-36 (Po0.001). Los resultados apoyan el uso de la SAL como una medida de la actividad social en sobrevivientes de cáncer que recibieron HSCT. Aunque la SAL está diseñada para medir comportamientos sociales, SF-función social evalúa la experiencia subjetiva y está más fuertemente asociada con depresión y fatiga. La SAL parece ser una herramienta prometedora para entender el comportamiento déficit social reportado por supervivientes de cáncer a largo plazo.</p>
<p>12. Murillo P, B., Generelo L, E., Julián C, J., Camacho, M., Novais, C., & Maia S, M. (2014). Data for action: the use of formative research to design a school-based intervention programme to increase physical activity in adolescents. <i>Global Health Promotion</i>, 22(3), 45-54. doi:10.1177/1757975914547202</p>	<p>La investigación formativa es un paso crítico para el desarrollo de intervenciones dirigidas al comportamiento, como es el caso de la AF. Este proceso permite obtener información detallada Sobre el contexto de la aplicación del programa. 'Follow the Footstep' es un programa cuasi-experimental y Longitudinal en las escuelas secundarias, cuyo objetivo es aumentar los niveles de AF entre los adolescentes. Para fundamentar el diseño del programa de intervención, se llevó a cabo, un análisis de las percepciones de padres, profesores y alumnos, a través de seis grupos de discusión. El modelo socio-ecológico fue utilizado tanto para llevar a cabo la investigación formativa como para diseñar el programa, incluyendo cinco niveles de influencia en el comportamiento (individual, interpersonal, organizacional, comunitario y política), que son importantes a la hora de adoptar un enfoque de intervención integral. Los autores describen cómo los resultados de la investigación formativa fueron transferidos para guiar el diseño y desarrollo de la intervención. Los resultados indican que, los padres, maestros y estudiantes coincidieron en la necesidad de intervenir involucrando a los adolescentes y su ambiente. El centro escolar es la estructura organizativa clave para implementar esta intervención, apoyados por profesionales y la comunidad.</p>
<p>13. Jenkinson, K. A., Naughton, G., & Benson, A. C. (2012). The GLAMA (Girls! Lead! Achieve! Mentor! Activate!) physical activity and peer leadership intervention pilot project: A process evaluation using the RE-AIM framework. <i>BMC Public Health</i>, 12(1), 55-69. doi:10.1186/1471-2458-12-55</p>	<p>La implementación de nuevas iniciativas e intervenciones de la AF en las escuelas representan desafíos, que al superarse potencialmente pueden facilitar una serie de cambios de comportamiento. El objetivo de este trabajo es describir la evaluación del proceso de las construcciones de diseño específicas usadas en el GLAMA (Girls! Lead! Achieve! ¡Mentor! Activate!) El liderazgo entre compañeros y el proyecto piloto de actividad física. Realizado en una escuela secundaria estatal en Australia, la intervención fue diseñada para proporcionar a los estudiantes oportunidades de desarrollar habilidades de liderazgo, además de una serie de experiencias de AF. Esta evaluación de procesos utilizó el RE-AIM (Alcance, Eficacia, Adopción, Implementación y Mantenimiento), la evaluación de la promoción de la salud, se usa para evaluar tres constructos de diseño de la intervención: la preparación para el liderazgo y la preparación del líder, la</p>

	<p>idoneidad y participación en la actividad, y las barreras para implementación de la intervención y las posibles soluciones para superar estas barreras. Como no era el objetivo de este piloto, no se recogieron datos de cambio de comportamiento de los estudiantes. Los datos se recopilaron utilizando Enfoque de los métodos, incluyendo cuestionarios de los estudiantes, profesores e investigadores informando sobre sus propias observaciones, además, comentarios de los estudiantes. Resultados: Hubo tres consideraciones principales evidentes en más de una dimensión RE-AIM que necesitan ser abordada para ayudar en la futura difusión de GLAMA. En primer lugar, el desarrollo del profesorado, la escuela y los participantes. Esto tiene que ser a través de una variedad de oportunidades de desarrollo profesional para profesores, la integración del programa dentro de las clases, dentro del calendario de la escuela y la promoción del programa a los estudiantes como una oportunidad para desarrollar una gama de habilidades para aplicar a futuros entornos de aprendizaje y de trabajo. En segundo lugar, la transición exitosa de la capacitación de liderazgo a la práctica, es necesaria para asegurar que los líderes puedan motivar, facilitar y activar a sus equipos de trabajo. Por último, la necesidad de una aplicación coherente de elementos competitivos, selección de equipo de trabajo con propósito y puntuación claramente definida y períodos de tiempo para afrontar los desafíos del equipo de trabajo. Conclusiones: Los factores que tienen mayor impacto en el éxito de la intervención son aquellos que provienen de la escuela, incluyendo: la estructura del plan de estudios, la presión para cumplir con el currículo y el contenido de de apoyo a nuevas iniciativas, múltiples programas que ya se ejecutan dentro de la escuela, subsidios de tiempo para maestros, capacitación apropiada para los maestros y apoyo para que los estudiantes participen. Estas barreras deben considerarse al desarrollar todas las intervenciones de la escuela secundaria.</p>
<p>14. Randström, K. B., Asplund, K., & Svedlund, M. (2012). Impact of environmental factors in home rehabilitation - a qualitative study from the perspective of older persons using the International Classification of Functioning, Disability and Health to describe facilitators and barriers. <i>Disability & Rehabilitation</i>, 34(9), 779-787. doi: 10.3109/09638288.2011.619621</p>	<p>El objetivo de este estudio fue explorar las experiencias de los adultos mayores, sobre los factores ambientales que impactan en su actividad y participación en la rehabilitación domiciliaria. Se entrevistaron, personas mayores de 68 a 93 años de edad y que reciben la rehabilitación domiciliaria. Desde el contenido cualitativo, se realizó un análisis en el texto de la entrevista utilizando una estructura predeterminada de la clasificación internacional, donde se incluían aspectos, tales como: funcionalidad, discapacidad y salud (ICF). El texto estaba vinculado a la categoría ICF más cercana. Los enfoques que proporcionaron un ambiente de facilitación eran: el acceso a los productos de tecnologías, transformación del entorno físico, apoyo y relaciones sociales, ajustes de servicios de atención social. Conclusiones: sobresale, la importancia del impacto del entorno social sobre las actividades, la participación podría mejorar la rehabilitación en el hogar y el servicio para las personas mayores. El estudio representa un paso hacia un enfoque holístico utilizando el ICF, que permite a todos los profesionales de la salud describir, planificar y evaluar los servicios de rehabilitación junto con las personas mayores en los sectores de la salud y de la asistencia social.</p>
<p>15. Hardcastle, S., McNamara, K., & Tritton, L. (2015). Using Visual Methods to Understand Physical Activity Maintenance following Cardiac Rehabilitation. <i>Plos ONE</i>, 10(9), 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0138218</p>	<p>Pocos estudios han explorado los factores asociados con el mantenimiento a largo plazo del ejercicio, después de la rehabilitación cardíaca. El presente estudio utilizó auto-fotografía y entrevistas para explorar los factores que influyen en la motivación y la participación continua en la AF. Entre pacientes post rehabilitación cardíaca. Veintitrés entrevistas semi-estructuradas, se realizaron, donde se usaron fotografías o dibujos seleccionados por los participantes con los participantes que había seguido participando en AF durante al menos dos años después de la rehabilitación. Los participantes fueron reclutados en las clases de Sussex en Reino Unido. El análisis de contenido temático reveló siete temas principales: el miedo a la muerte, prevención de enfermedades, incidentes críticos, superación del envejecimiento, influencias sociales, disfrutar de la vida, provisión de rutina y estructura, disfrute y bienestar psicológico. El miedo a la muerte, evitar enfermedades, la superación del envejecimiento y el poder disfrutar de la vida eran fuertes medios de motivación, para continuar participando en el ejercicio. La naturaleza social de la clase de ejercicio, también fue identificada como un facilitador clave de la participación continua.</p>
<p>16. Damush, T., Plue, L., Bakas, T., Schmid, A., & Williams, L. (2007). Barriers and facilitators to exercise among stroke survivors. <i>Rehabilitation Nursing</i>, 32(6), 253-262.</p>	<p>La actividad física después del accidente cerebrovascular puede prevenir la discapacidad y la recurrencia del accidente cerebrovascular; Sin embargo, los impedimentos físicos pueden inhibir el ejercicio posterior al accidente cerebrovascular y posteriormente limitar la recuperación. El objetivo de este estudio fue el de obtener barreras y facilitar el ejercicio después del accidente cerebrovascular. Realizamos tres grupos focales y alcanzamos la saturación de</p>

	<p>contenido de 13 sobrevivientes de ACV, ocho hombres y cinco mujeres, 85% de los cuales eran afroamericanos y 15% blancos, con una edad media de 59 años. Codificamos y analizamos las transcripciones de los grupos focales para temas comunes. Los participantes de todos los grupos informaron tres obstáculos (impedimentos físicos por accidente cerebrovascular, falta de motivación y factores ambientales) y tres facilitadores (motivación, apoyo social y actividades planificadas para llenar el horario vacío) para hacer ejercicio después del accidente cerebrovascular. La actividad física puede proporcionar un propósito y estructura al programa diario de supervivencia del accidente cerebrovascular, que puede ser interrumpido después del accidente cerebrovascular. Además, recibir apoyo social de sus compañeros y proveedores, así como ofrecer programación de ejercicios específicos de un accidente cerebrovascular, puede mejorar la actividad física de los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular, incluyendo aquellos con discapacidades. Tenemos la intención de incorporar estos hallazgos en un programa de ejercicios de autogestión después del accidente cerebrovascular.</p>
--	--

Estudios que abordan el transporte

Estudio	Pertinencia del Estudio
<p>1. Adams, E., Goodman, A., Sahlqvist, S., Bull, F., & Ogilvie, D. (2013). Correlates of walking and cycling for transport and recreation: Factor structure, reliability and behavioural associations of the perceptions of the environment in the neighbourhood scale (PENS). <i>International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity</i>, 10(87), 1-15. doi:10.1186/1479-5868-10-87</p>	<p>Evidencia emergente, sugiere que caminar y andar en bicicleta se usa para diferentes propósitos como el transporte o la recreación, además, puede estar asociada con diferentes atributos del entorno físico. Este trabajo informa sobre el desarrollo, factor y la fiabilidad test-retest de una nueva escala que evalúa las percepciones del medio ambiente en la (PENS) y las asociaciones entre las percepciones del medio ambiente, caminar, transporte y recreación. Se desarrolló una nueva escala de 13 ítems para evaluar las percepciones de los adultos sobre el sector (PENS). Se realizaron tres series de análisis utilizando datos de dos fuentes. Se utilizaron análisis de factores confirmatorios, para identificar un conjunto de variables ambientales de resumen utilizando datos de la IConnect encuesta de referencia (n = 3494); Test-retest de la persona y los elementos ambientales, utilizando datos recogidos en un estudio separado de fiabilidad (n = 166); y la regresión logística multivariable fue utilizado para determinar las asociaciones de las variables ambientales con caminar para el transporte, caminar para la recreación, ciclismo para el transporte y ciclismo para la recreación, utilizando los datos de la encuesta de referencia iConnect (n = 2937). Se hallaron cuatro variables ambientales resumidas (seguridad del tránsito, infraestructura de apoyo, disponibilidad de servicios locales y orden social), un ítem ambiental individual (conectividad de la calle) y una variable general de la calidad del medio ambiente, fueron identificados para su uso en futuros análisis. Las correlaciones intraclase de estas las variables oscilaron entre 0,44 y 0,77 y fueron comparables a las observadas en otras escalas similares. Después del ajuste para demográficos y otros factores ambientales, caminar para el transporte se asoció con la infraestructura de apoyo, disponibilidad de servicios locales y calidad ambiental general; caminar por recreación se asoció con infraestructura de apoyo; Y ciclismo para el transporte se asoció sólo con la conectividad de la calle. Se había limitado la evidencia de cualquier asociación entre los atributos ambientales y el ciclismo para la recreación. El PENS es aceptable como un instrumento corto para evaluar las percepciones del entorno urbano. Se confirman los diferentes atributos del medio ambiente asociados a comportamientos diferentes. La acción política para crear ambientes de apoyo puede requerir una combinación de mejoras para promover la caminata y andar en bicicleta para diferentes propósitos.</p>
<p>2. Mønness, E., & Sjølie, A. N. (2009). An alternative design for small-scale school health experiments: does daily walking produce benefits in physical performance of school children?. <i>Child: Care, Health & Development</i>, 35(6), 858-867. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00917.x</p>	<p>Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, en un experimento de rendimiento físico en una escuela rural del interior de Noruega, todos los escolares participaron de un proyecto, donde se debía caminar en un terreno accidentado fuera de la escuela por 20 minutos, cada día escolar. Se realizaron mediciones de la resistencia estática de la espalda baja, flexibilidad de los isquiotibiales, y resistencia cardiovascular, antes y después de la intervención. Como la intervención y el 'envejecimiento' fueron variables de confusión, se propone el uso especial de los datos de la pre-intervención, 'ajustado por edad', para resolver este problema. Se realiza una comparación con un grupo de control independiente. Se considera que el método de análisis alternativo produce resultados válidos sin tener un grupo de control independiente. Los análisis ajustados por edad mostraron un aumento del 11% en resistencia, aumento del</p>

	8% en la flexibilidad de los isquiotibiales, aumento del 69% en el equilibrio y aumento del 6-13% en el rendimiento cardiovascular. Los métodos estadísticos introducidos muestran que, en una población escolar, las evaluaciones de un experimento pueden hacerse sin un grupo de control independiente. El hecho de utilizar el transporte activo de la caminata durante 20 en el período escolar por 1 año parece mejorar el rendimiento físico.
<p>3. Thommen Dombois, O. B.-F.-D. (2007). Comparison of adult physical activity levels in three Swiss alpine communities with varying access to motorized transportation. <i>Health And Place</i>, 13(3), 757-766. doi:10.1016/j.healthplace.2006.12.002</p>	<p>En este estudio, se compararon los niveles de AF de los residentes de tres comunidades alpinas suizas, con diferentes tipos de transporte motorizado, además se investigó, si los factores sociodemográficos, la estructura de asentamiento o los medios de transporte afectan estos niveles. Entre enero y febrero de 2004 se realizó una entrevista telefónica asistida por computadora con 901 seleccionados al azar, entre, adultos mayores de 18 años viviendo en tres comunidades alpinas suizas. En particular, se recogió, la información sobre la intensidad de AF de moderada a vigorosa y el comportamiento del transporte. Los encuestados fueron categorizados como 'lo suficientemente activos' o 'insuficientemente activos' según la AF autoinformada. Las personas que vivían en la comunidad 1 sin acceso al tráfico motorizado tuvieron una probabilidad significativamente mayor de ser suficientemente activa (prevalencias ajustadas por sexo y edad de la actividad física total suficiente, 43.9% IC del 95%: 38.3% -49.8%), en comparación con los individuos que viven en las otras dos comunidades (comunidad 2: 35.9%, IC del 95%: 30.6% -41.6%, comunidad 3: 32.7%, IC del 95%: 27.5% -38.3%). Las diferencias se debieron a mayores niveles de actividad física moderada. Vigoroso Los niveles de actividad física no difirieron entre las comunidades. Las diferencias comunitarias se explican por medios pasivos de transporte al trabajo y para actividades de tiempo libre. Aunque el medio ambiente encontrado en las tres comunidades alpinas es generalmente propicio para la mayoría de los participantes no alcanzaron los niveles de actividad recomendados. Modo pasivo de transporte al trabajo Y durante el tiempo libre se asoció fuertemente con una actividad física total insuficiente. Caminar y andar en bicicleta para el transporte es, por lo tanto, un enfoque prometedor para promover la mejora de la salud de la AF.</p>
<p>4. Dunton, G., & Schneider, M. (2006). Perceived barriers to walking for physical activity. <i>Preventing Chronic Disease</i>, 3(4), 1-11.</p>	<p>En este estudio, se realizó una encuesta a estudiantes universitarios para medir las barreras para caminar. La estructura de los factores, el test retest y la consistencia interna, la fiabilidad y la validez de las barreras percibidas fueron evaluadas. Un total de 305 estudiantes de pregrado participaron. Los participantes tenían una edad media (\pm DE) de $20,6 \pm 3,02$ años, y el 70,3% eran mujeres. Los participantes respondieron a un cuestionario donde se evaluaron las barreras específicas para caminar, barreras percibidas para el ejercicio vigoroso, caminar para el transporte y la recreación, y la participación en actividades de estilo de vida (como tomar las escaleras o usar ascensor). Los análisis de factores, confirmaron la existencia de tres factores subyacentes a las barreras percibidas a las preguntas sobre la caminata: apariencia (cuatro artículos), calzado (tres artículos), y situación (tres artículos). Aspecto y barreras situacionales, demostraron una fiabilidad y validez, además, relaciones con criterios de AF. Después de que calcularon las barreras para el ejercicio vigoroso, apariencia y barreras situacionales para caminar, se explicaron variaciones adicionales en la AF moderada objetivamente medida. La predicción de caminar para la AF, se condició como una actividad desestructurada y espontánea, esto, puede ser mejorado considerando las barreras situacionales. La evaluación de las barreras específicas para caminar, puede tener implicaciones para las intervenciones dirigidas a medios para realizar actividades físicas.</p>
<p>5. Resnick, P., Janney, A., Richardson, C., & Buis, L. (2010). Adding an online community to an Internet-mediated walking program. Part 2: Strategies for encouraging community participation. <i>Journal Of Medical Internet Research</i>, 12(4), e72p.1-e72p.11. doi:10.2196/jmir.1339</p>	<p>Iniciar una nueva comunidad en línea con un número limitado de miembros que no se han auto-seleccionado para participar en la comunidad es un reto. El espacio debe aparecer activo, para atraer a los visitantes a regresar; cuando el grupo de participantes es pequeño, una gran fracción debe convertirse en los contribuyentes y deben recibir respuestas rápidamente para alentar la participación continua. En este estudio se informa, sobre las estrategias para superar estos desafíos y la experiencia implementándolos dentro de una comunidad en línea, como complemento a un programa de caminata mediado por Internet. La contratación concentrada de estudios aumentó el número de miembros. Habiendo pocos espacios de conversación, en lugar de muchos especializados, el personal de los foros (antes miembros) fueron invitados para visitar el proceso, donde surgieron nuevos temas cuando hubo un dialogo de concertación con estas personas. En retrospectiva, utilizando menos espacios separados y mostrando una estructura de respuesta plana, en lugar de anidada,</p>

	habría hecho que los foros parecen aún más activos. Concursos con pequeños premios en torno a la participación en los foros y en torno a cumplir con los objetivos de caminar generaron mucha discusión; un concurso de carteles por primera vez fue especialmente eficaz para publicar. Los esfuerzos del personal para obtener la participación al formular preguntas tuvo un éxito mixto.
6. Oyeyemi, A. L., Deforche, B., Oyeyemi, A. Y., De Bourdeaudhuij, I., & Van Dyck, D. (2013). Evaluation of the neighborhood environment walkability scale in Nigeria. <i>International Journal Of Health Geographics</i> , 12(1), 1-15. doi:10.1186/1476-072X-12-16	El desarrollo de medidas fiables y culturalmente sensibles de los atributos de la construcción y del medio ambiente, son necesarias para un análisis preciso de los correlatos ambientales de la AF en países que pueden informar las políticas e intervenciones internacionales basadas en la evidencia en la prevención epidemias de inactividad física. Este estudio adaptó sistemáticamente la Escala de Walkability Medioambiental del Vecindario (NEWS) para Nigeria y evaluó aspectos de fiabilidad y validez de la versión adaptada entre los adultos nigerianos. La adaptación de las NEWS fue realizada por expertos africanos e internacionales, y los temas finales fueron seleccionado para NEWS-Nigeria después de una validación cruzada de la estructura de análisis factorial confirmatorio de las NEWS originales. Los participantes (N = 386, mujeres = 47,2%) de dos ciudades de Nigeria completaron las encuestas de NEWS adaptadas con respecto a la densidad residencial percibida, la diversidad de uso de la tierra, la mezcla del acceso a la tierra, la conectividad de las calles, seguridad para caminar y andar en bicicleta, estética, seguridad en el tráfico y seguridad contra el crimen. Actividad autodidacta para el ocio, caminando para diferentes propósitos, y la AF en general se evaluaron con la Prueba Física Internacional cuestionario de actividad (versión larga). Las subescalas NEWS adaptadas tenían moderada a alta confiabilidad test-retest (ICC rango 0,59 - 0,91). La validez era buena, con los residentes de los vecindarios transitables que divulgan densidad residencial perceptiblemente más alta, mayor diversidad de uso de la tierra, mayor conectividad en las calles, mayor seguridad en el tráfico y mayor seguridad contra el crimen, pero menor infraestructura y seguridad para caminar / andar en bicicleta y la estética que los residentes de los barrios pocos transitables. Las correlaciones de validez concurrente fueron de baja a moderada ($r = 0,10 - 0,31$) con densidad residencial, mezcla de uso del suelo, la diversidad y la seguridad del tránsito asociadas significativamente con la mayoría de los resultados de la AF. NEWS-Nigeria demostró propiedades de medición aceptables entre los adultos nigerianos y puede ser útil para la evaluación del entorno construido en Nigeria. Otras adaptaciones y evaluaciones en otros países para crear una nueva versión, que podría utilizarse en toda la región africana.

Estudios que abordan la adicción

Estudio	Pertinencia del Estudio
1. Chau, N., Chau, K., Mayet, A., Baumann, M., Legleye, S., & Falissard, B. (2013). Self-reporting and measurement of body mass index in adolescents: refusals and validity, and the possible role of socioeconomic and health-related factors. <i>BMC Public Health</i> , 13(1), 1-16. doi:10.1186/1471-2458-13-815	La evaluación del índice de masa corporal utilizando la altura y el peso autoinformados (BMIsr) puede encontrar rechazos y subvaloración ó sobrevaloración en el auto- reporte, mientras, que para la evaluación con los datos medidos (BMIm) las negativas pueden ser más frecuentes. Esto podría relacionarse con factores socioeconómicos y relacionados con la salud. Se exploraron estas cuestiones investigando numerosos factores potenciales: género, edad, estructura familiar, ocupación del padre, ingreso, actividad física / deportiva, percepción de peso, rendimiento escolar, comportamientos no saludables, salud física / psicológica, relaciones sociales, el medio ambiente, la violencia sostenida, el abuso sexual y la participación en la violencia. La muestra incluyó a 1559 adolescentes de escuelas intermedias en el noreste de Francia. Completaron un cuestionario incluyendo datos socioeconómicos y relacionados con la salud, altura / peso auto-reportados, altura / peso y percepción de peso (tasa de participación del 94%). Los datos se analizaron mediante modelos de regresión logística. El BMIsr encontró una subnotificación (con un cambio en la categoría de IMC, 11,8%), un reporte excesivo (6,0%) y denuncia de negativas (3,6%). El BMIm encontró una mayor cantidad de rechazos (7,9%). El rechazo de los informes estaba relacionado con la presencia de un solo padre, bajo desempeño escolar, falta de actividad física / deportiva, violencia sostenida, problemas de salud psicológica y relaciones sociales deficientes (sexo / edad ajustada odds ratios 1,95 a 2,91). Además de estos factores, la medida de rechazo se relacionó con la edad avanzada, tener padres divorciados / separados, un padre que es un trabajador manual /Inactivo, ingresos familiares insuficientes, consumo de tabaco / cannabis, participación en la violencia, mala salud física y pobreza, ambiente de vida (1.30 a 3.68). La subnotificación estaba relacionada con el género masculino, la participación en a salud psicológica y el sobrepeso / obesidad (según se evaluó con BMIm) (1,52 a 11). El reporte excesivo estuvo relacionado con Sexo masculino, edad más temprana, consumo de alcohol e insuficiencia ponderal (1,30 a 5,35). La percepción del peso estaba

	<p>vinculada a denuncias de denegación y bajo / sobre-reporte, pero ligeramente ligada a la negativa de medición. Las contribuciones de factores socioeconómicos y relacionados con la salud a las asociaciones de percepción de peso con bajo / sobre-reporte varió de -82% a 44%. Hubo discrepancias sustanciales en las asociaciones entre factores socioeconómicos / relacionados con la salud y sobrepeso / obesidad evaluados con BMI_{Sr} y BMI_m. Conclusiones: BMI_{Sr} y BMI_m se vieron afectados por numerosos sesgos relacionados con la vulnerabilidad que también fueron obesidad factores de riesgo. BMI_{Sr} encontró bajo / sobre-informes que se relacionaron con algunos socioeconómicos y relacionados con la salud factores, percepción de peso y IMC. BMI_m fue más afectado por las negativas que BMI_{Sr} debido a la socioeconómica y factores relacionados con la salud. Se necesitan más investigaciones.</p>
<p>2. Echeverría, S. E., Ram, P. S., Abraido-Lanza, A. F., Janevic, T., Gundersen, D. A., Ramirez, S. M., & Delnevo, C. D. (2013). Clashing paradigms: an empirical examination of cultural proxies and socioeconomic condition shaping Latino health. <i>Annals of Epidemiology</i>, 23, 608-613.</p>	<p>Existe mucho debate sobre el papel de la cultura frente a la posición socioeconómica en la Salud de las poblaciones latinas. Proponemos que ambos pueden importar para la salud y explícitamente probar su independencia y relación sobre el tabaquismo y la AF. Se utilizó el 2010 National Health Interview Survey, una encuesta de población de los EE.UU., para estimar la prevalencia del tabaquismo y la AF por el uso de la lengua (proxy cultural) y la educación entre adultos latinos (n = 4929). Se ajustan modelos de regresión binomial log para estimar las tasas de prevalencia y la prueba de interacción. El uso del inglés y el nivel educativo se asociaron de manera independiente con fumar y AF. Los modelos de efecto conjunto mostraron que los individuos con mayor uso de la lengua inglesa y los bajos niveles de educación eran casi tres veces más propensos a fumar (prevalencia, 2,59; Intervalo de confianza del 95%, 1,83e3,65) que aquellos con bajo uso del idioma inglés y altos Educación (grupo de referencia); aculturación y la alta educación se asociaron conjuntamente con una mayor actividad (relación de prevalencia 2,24, intervalo de confianza del 95%, 1,79 e 2,81). Los proxies culturales como el uso de la lengua y el logro educativo son importantes determinantes de la salud entre los latinos. Su efecto conjunto sugiere la necesidad de considerar simultáneamente Posición socioeconómica de los latinos se considera un mayor riesgo de adoptar comportamientos perjudiciales para la salud.</p>

Estudios que abordan los alimentos

Estudio	Pertinencia del Estudio
<p>1. Owen, K., Pettman, T., Haas, M., Viney, R., & Misan, G. (2010). Individual preferences for diet and exercise programmes: changes over a lifestyle intervention and their link with outcomes. <i>Public Health Nutrition</i>, 13(2), 245-252. doi:10.1017/S1368980009990784</p>	<p>Se investigó, la influencia de una intervención de estilo de vida, en cuanto a preferencias para una serie de programas de ejercicio y dieta, y si estos difieren entre los participantes exitosos y no exitosos. Escenarios hipotéticos que describen los atributos de los programas de dieta y ejercicio, Se desarrollaron utilizando un diseño experimental. Los participantes completaron un cuestionario del programa de intervención 16 semanas y 12 meses donde eligieron uno de tres programas, en cada uno de dieciséis escenarios. Se utilizó el modelo de elección para identificar los atributos que los participantes enfatizaban en cada punto de tiempo. Cincuenta y cinco individuos que presentaron síntomas de síndrome metabólico y que participaron en una intervención de 16 semanas de estilo de vida de prueba. Hubo un claro cambio en las preferencias del programa de estructura flexible sobre la intervención. En la línea de base, el énfasis fue en ejercicio diseñado y supervisado, dietas estructuradas y altos niveles de apoyo, centrándose casi exclusivamente en el apoyo y la supervisión. Perdedores tendían a considerar una gama más amplia de atributos del programa. Después de 16 semanas de preferencias, cambiado hacia el ejercicio autodirigido en lugar de organizado / supervisado y el apoyo era menos importante (esto dependía del tipo de participante y si estaban en el grupo de seguimiento). El costo se hizo significativo para Gainers tras el final de la intervención primaria. El método de preferencias expresadas podría ser una herramienta útil para el potencial de éxito y necesidades específicas. Renuncia de responsabilidad de Gainers, cambio en el estilo de vida del personal del programa puede ser un factor en su mayor sensibilidad a los costos, ya que se centran en recursos externos en lugar de recursos internos.</p>
<p>2. Ihmels, M. A., Welk, G. J., Eisenmann, J. C., & Nusser, S. M. (2009). Development and preliminary validation of a Family Nutrition and Physical Activity (FNPA) screening tool. <i>International Journal Of Behavioral Nutrition & Physical Activity</i>, 6(14), 1-10. doi:10.1186/1479-5868-6-14</p>	<p>Los padres influyen directamente en la conducta de la AF y la nutrición de los niños y también proporcionan los entornos físicos y sociales que están disponibles para sus hijos. Esta investigación, resume el desarrollo de una herramienta de detección fácil de usar, la Evaluación de Nutrición y Actividad Física Familiar (FNPA), diseñada para evaluar los factores ambientales y de comportamiento de la familia que pueden predisponer al niño a sobrepeso. El instrumento FNPA fue desarrollado utilizando constructos identificados en una evidencia completa, el análisis fue realizado en colaboración con la American Dietetics Association. Dos o tres ítems, fueron creados para cada uno de los diez constructos con calificaciones de evidencia de II o superior. Padres de estudiantes de primer grado un distrito escolar urbano (39 escuelas) fueron</p>

	<p>reclutados para completar la herramienta de cribado FNPA y proporcionar permiso para vincular los resultados a los datos del IMC obtenidos de enfermeras capacitadas en cada escuela. En un total de 1085 niños, se realizaron encuestas a partir de la muestra disponible de 2189 niños en el distrito. El análisis de factores fue realizado para examinar la estructura de factores de la escala. Se realizaron análisis de modelos mixtos de la puntuación FNPA para determinar si los patrones en los ambientes domésticos y los comportamientos de los patrones socioeconómicos (SES) y étnicos se relacionaban en el IMC. Correlaciones entre los constructos y otras variables principales, se calcularon para examinar posibles asociaciones entre los diversos factores. Finalmente, la regresión logística se utilizó para evaluar la validez de constructo de la escala FNPA. Los análisis de factores revelaron la presencia de un único factor y esta estructura unidimensional fue apoyada por los análisis de correlación. Las correlaciones entre constructos fueron consistentemente positivas pero el puntaje total tuvo correlaciones más altas con el IMC infantil que las otras construcciones individuales. Las cañificaciones del FNPA siguieron los patrones demográficos esperados y las familias de bajos ingresos presentaron tasas más bajas (menos favorables) que las familias de ingresos moderados o altos. Los niños con una puntuación total en el tercil más bajo (riesgo alto Ambiente familiar y comportamientos) tuvieron un odds ratio (OR) de 1,7 (IC del 95% = 1,07 - 2,80) en comparación con Niños con una puntuación total en el tercil más alto (ambiente y comportamientos familiares más favorables) pero este efecto se redujo cuando el IMC de los padres se incluyó como covariable. Los resultados apoyan la afirmación de que la herramienta FNPA captura, importantes elementos de los comportamientos de ambiente familiar y comportamientos que se relacionan con el riesgo para el sobrepeso del niño.</p>
--	--

Estudio que aborda el trabajo y los alimentos

Estudio	Pertinencia del Estudio
<p>Robroek, S., Burdorf, A., & Bredt, F. (2007). The (cost-)effectiveness of an individually tailored long-term worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: Design of a pragmatic cluster randomised controlled trial. <i>BMC Public Health</i>, 7(259), 1-11. doi:10.1186/1471-2458-7-259</p>	<p>La enfermedad cardiovascular es la principal causa de discapacidad y mortalidad en países. La prevalencia de varios factores de riesgo, sobre todo la baja actividad física y la mala nutrición, muy alto. Por lo tanto, los cambios de comportamiento estilo de vida son de gran importancia. El lugar de trabajo ofrece una estructura para llegar a grandes grupos y hacer uso de una red social natural. Este estudio investiga un programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo con asesoramiento individualizado en actividad física y nutrición, asesoramiento individual para aumentar el cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida y el estilo de vida saludable. Métodos / Diseño: El estudio es un ensayo clínico controlado aleatorizado y pragmático con el sitio de unidad de distribución al azar. Todos los trabajadores recibirán un programa estándar de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Además, el grupo de intervención recibirá acceso a un portal de salud individual compuesto de cuatro características críticas: un asesoramiento personalizado, una función de monitoreo, un entrenador personal y póngase en contacto con los profesionales a petición. Los participantes son empleados que trabajan para empresas en los Países Bajos, ser lo suficientemente alfabetizado como para leer y entender mensajes sencillos basados en Internet en el idioma holandés. Un cuestionario para evaluar los resultados primarios (cumplimiento de las recomendaciones nacionales sobre actividad y en la ingesta de frutas y hortalizas) tendrá lugar al inicio y después de 12 y 24 meses. Este cuestionario también evalúa los resultados secundarios incluyendo la ingesta de grasa, autoeficacia y autopercepción barreras en la actividad física y consumo de frutas y hortalizas. Otros resultados secundarios, incluidos el perfil de riesgo cardiovascular y la aptitud física, se medirán al inicio y después de 24 meses. Aparte de la evaluación del efecto, se llevará a cabo una evaluación del proceso para conocer mejor la participación y la adhesión al programa de promoción de la salud en el lugar de trabajo. Un análisis costo-efectividad y sensibilidad Se llevará a cabo también el análisis. Discusión: La combinación única de características hace que la salud individualizada del lugar de trabajo un programa prometedor para la promoción de la salud. Se plantea la hipótesis de que las características que contrarrestarán la pérdida de seguimiento y aumentarán el cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida y la sostenibilidad de un estilo de vida saludable.</p>