



**Variabilidad morfológica y concepción del cuerpo en personas usuarias del servicio de
entrenamiento personal en la ciudad de Medellín**

Juan Fernando Torres Urrea

Trabajo de grado presentado para optar al título de Antropólogo

Asesor

Andrés Felipe García Pineda, Magíster (MSc) en Antropología

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Antropología
Medellín, Antioquia, Colombia
2023

Cita

(Torres Urrea, 2023)

Referencia

Estilo APA 7 (2020)

Torres –Urrea, J.F. (2023). *Variabilidad morfológica y concepción del cuerpo en personas usuarias del servicio de entrenamiento personal en la ciudad de Medellín* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Tabla de contenido

Resumen	10
Abstract	11
Introducción	12
1. Contextualización de la problemática	19
1.1 Objetivos de la investigación	19
1.1.1 Objetivo General	19
1.1.2 Objetivos Específicos.....	19
1.2 Marco teórico	19
1.2.1 Variabilidad morfológica	19
1.2.2 Actividad física y sedentarismo	20
1.2.3 Obesidad	21
1.2.4 Cuerpo e Imagen corporal.....	22
1.2.5 Fitness	24
2. Desarrollo metodológico	26
2.1 Metodología	26
2.1.1 Tipo de estudio.....	26
2.1.2 Población y muestra.....	26
2.1.3 Instrumentos y recolección de la información	27
2.1.4 Análisis de datos	37
3. Resultados	38
3.1 Componente Cuantitativo.....	38
3.1.1 Descripción sociodemográfica.....	38
3.1.2 Hábitos Alimenticios	42

3.1.3 Actividad Física	51
3.1.4 Fitness	56
3.2 Componente Cualitativo.....	62
3.2.1 Saberes y creencias sobre el cuerpo.....	62
3.2.2 Estilos de vida y hábitos alimenticios.....	65
3.2.3 Actividad física	70
3.2.4 Concepciones acerca del cuerpo fitness.....	73
3.2.5 Cuerpo y Estética	75
4. Discusión.....	81
4.1 Introducción de todo el cuerpo de la	81
4.1.1 Saberes y creencias sobre el cuerpo.....	81
4.2 Estilos de vida y hábitos alimenticios	83
4.2.1 Motivaciones y hábitos alimentarios	83
4.2.2 Patrones de consumo.....	84
4.3 Actividad física	86
4.3.1 Motivaciones para la realización de actividad física	86
4.3.2 Importancia de actividades frente a la mejora en salud	87
4.4 Concepciones cuerpo fitness	88
4.4.1 Percepción de un cuerpo fitness en relación a su autoimagen corporal.....	88
4.4.2 Consideraciones para implementar un estilo de vida fitness	90
4.5 Cuerpo y Estética	91
4.5.1 Concepciones y significados sobre el cuerpo	91
4.5.2 Consideraciones, perspectivas y transformaciones de la actividad física y el cuerpo pasadas y actuales	93
4.5.3 Consideraciones estéticas y saludables del cuerpo	95

5. Conclusiones	98
Referencias	102

Lista de tablas

Tabla 1. Ejes categoriales y tópicos de las entrevistas	28
Tabla 2. Intensidad de la actividad física	30
Tabla 3. Información referente al Fitness.....	31
Tabla 4. Variables a Estudiar.....	32
Tabla 5. Puntos de corte para clasificar la obesidad abdominal con base en la medición de la circunferencia de cintura en adultos de 18 a 64 años	34
Tabla 6. Valoración de pliegues cutáneos	35
Tabla 7. Clasificación sociodemográfica– Rango de edad.....	39
Tabla 8. Clasificación sociodemográfica– Estrato socio-económico.....	40
Tabla 9. Clasificación sociodemográfica– Ocupación	41
Tabla 10. Clasificación sociodemográfica– Estado civil	42
Tabla 11. Distribución de frecuencias por práctica de plan nutricional o dieta	43
Tabla 12. Distribución de frecuencias de personas implicadas en la asesoría nutricional	43
Tabla 13. Distribución de frecuencias para la aprobación o desaprobación de la alimentación saludable.....	43
Tabla 14. Distribución de frecuencias de influencia de la familia al momento de llevar una alimentación saludable	44
Tabla 15. Distribución de frecuencias de concepción de hábitos alimenticios	44
Tabla 16. Distribución de frecuencias para la lectura de la información nutricional de los alimentos	45
Tabla 17. Distribución de frecuencias rangos de tiempo de consumo por comida principal.....	46
Tabla 18. Alimentos perjudiciales para la salud y el funcionamiento adecuado del organismo..	46
Tabla 19. Distribución de frecuencias de consumo de comida rápida	47
Tabla 20. Distribución de frecuencias de los motivos para el consumo de comida chatarra	47

Tabla 21. Frecuencias de consumo de grupos de alimentos semanalmente.....	49
Tabla 22. Frecuencias de consumo de grupos de alimentos semanalmente.....	50
Tabla 23. Distribución de frecuencias en la cantidad semanal en la realización actividad física moderada o intensa.....	51
Tabla 24. Distribución de frecuencia de rangos de tiempo dedicados a la actividad física semanal.....	51
Tabla 25. Distribución de frecuencias percepción de la frecuencia ideal de práctica de actividad física para tener una vida sana.....	52
Tabla 26. Rangos de tiempo dedicado a actividades sedentarias.....	53
Tabla 27. Distribución de frecuencias frente a diagnóstico de enfermedades.....	53
Tabla 28. Distribución de frecuencias frente a la conciencia de la salud.....	54
Tabla 29. Distribución de frecuencias según rango de importancia en listado de actividades para la mejora de la salud.....	55
Tabla 30. Cuerpo fitness.....	56
Tabla 31. Palabras o frases asociadas a un estilo de vida fitness.....	57
Tabla 32. Distribución de frecuencias frente a la aceptación y satisfacción de Sin actividad física su cuerpo.....	57
Tabla 33. Distribución de frecuencias de influencias de redes sociales y figuras publicas.....	58
Tabla 34. Alimento fitness.....	58
Tabla 35. Estilo de vida fitness.....	59
Tabla 36. Distribución de frecuencias frente al consumo de suplementos o medicamentos para controlar el peso corporal.....	59
Tabla 37. Influencias sociales para llevar un estilo de vida fitness.....	60
Tabla 38. Clasificación del IMC según sexo.....	61
Tabla 39. Clasificación % de grasa corporal.....	61

Lista de figuras

Figura 1. Opciones presentadas a cada encuestado para seleccionar la silueta que mejor le representa.....36

Siglas, acrónimos y abreviaturas

AF	Actividad física
ENSIN	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia
ET	Error técnico
F	Mujeres
IAP	Investigación acción participante
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IMC	Índice de masa corporal
M	Varones
OMS	Organización Mundial de la Salud

Resumen

La presente tesis tiene como objetivo estudiar la variabilidad morfológica y la concepción del cuerpo en personas usuarias del servicio de entrenamiento personal en Medellín. Se busca determinar los aspectos sociodemográficos de los usuarios, estudiar su morfología corporal, y conocer su autopercepción del cuerpo en relación a la salud, la alimentación y la estética. Se utilizó una muestra no probabilística de 100 personas, de las cuales 50 son usuarias de planes de entrenamiento personalizado y 50 no practican actividad física. La investigación combina métodos cuantitativos y cualitativos, con el objetivo de estudiar la morfología corporal y la autopercepción del cuerpo en relación con la salud, la alimentación y la estética. Se identificaron diferencias en la concepción del cuerpo entre hombres y mujeres, y se estableció que el estrato socioeconómico influye en la percepción del cuerpo y en la capacidad de llevar un estilo de vida saludable. La actividad física y la alimentación saludable son hábitos que se asocian con una mejora en la salud física, psicológica y social, y que pueden aumentar la autoestima y reducir la ansiedad y la depresión. Los resultados muestran que en general, los encuestados consideran llevar una vida activa y saludable.

Palabras clave: fitness, actividad Física, cuerpo, entrenamiento, concepción de cuerpo, peso corporal, hábitos alimenticios, imagen corporal, variabilidad morfológica, sedentarismo.

Abstract

The objective of this thesis is to study the morphological variability and the conception of the body in users of the personal training service in Medellín. The aim is to determine the sociodemographic aspects of the users, to study their body morphology, and to know their self-perception of the body in relation to health, nutrition, and aesthetics. A non-probabilistic sample of 100 people was used, of which 50 are users of personalized training plans and 50 do not practice physical activity. The research combines quantitative and qualitative methods, with the aim of studying body morphology and self-perception of the body in relation to health, nutrition, and aesthetics. Differences in body conception between men and women were identified, and it was established that socioeconomic status influences body perception and the ability to lead a healthy lifestyle. Physical activity and healthy eating are habits that are associated with improved physical, psychological and social health, and can increase self-esteem and reduce anxiety and depression. The results show that in general, respondents consider themselves to lead an active and healthy life.

Keywords: fitness, physical activity, body, training, body conception, body weight, eating habits, body image, morphological variability, sedentary lifestyle.

Introducción

El panorama mundial está enmarcado por una creciente preocupación por las consecuencias que pueda traer consigo la poca práctica de actividad física o deporte. Los gobernantes en general y los entes estatales encargados de la salud pública en particular, se encuentran alarmados por las cifras que indican la poca actividad física y las consecuencias sociales en términos de bienestar físico que conllevan.

Como se advierte el rápido aumento en la morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2008, 63,1% de los 57 millones de muertes ocurridas en el mundo fueron causadas por enfermedades crónicas no transmisibles (World Health Organization, 2011, p. 1). En países de ingresos medios ocurren cerca del 80,0 % de las muertes por este motivo (Hosseinoor et al., 2012). En América Latina, estas enfermedades son las principales causas de muerte y se espera que su prevalencia continúe aumentando, por ejemplo, se prevé un aumento de 50,0% de los casos de diabetes para el año 2030 (Webber et al., 2012).

De acuerdo con la información reportada en el estudio sobre la carga global de la enfermedad, lesiones y factores de riesgo, la inactividad física y la baja actividad física (AF) se encuentran en el puesto nueve entre los treinta factores de riesgo principales de mortalidad en el mundo para todas las edades y ambos sexos, aportando el 6% del total de las muertes (Bikbov et al., 2014). Según la OMS, cerca de 3.2 millones de personas mueren anualmente debido a la inactividad física; adicionalmente, es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedades cardiovasculares, siendo la causa principal en aproximadamente el 30% de cardiopatías isquémicas, 27% de casos de diabetes mellitus, y entre el 21% y el 25% de cánceres de mama y colon; adicionalmente, las personas inactivas tienen 20% a 30% mayor riesgo de mortalidad comparadas con aquellas que son suficientemente activas (Organización Mundial de la Salud, 2022). Cerca del 23% de los adultos mayores de 18 años en el mundo no cumplen con las recomendaciones de AF sugeridas, evidenciándose para los países de ingresos altos, que el 26% de los hombres y 35% de las mujeres presentan una AF insuficiente, en comparación con países de

ingresos bajos, en los cuales éstas proporciones son de 12% para hombres y 24% para mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Como consecuencia de la falta de AF tenemos el sedentarismo, el cual se considera hoy un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a sus graves implicaciones para la salud. Estudios señalan el sedentarismo y los hábitos de inactividad física como un factor que conlleva graves consecuencias para la calidad de vida y salud de las personas, lo que acompaña la aparición y gravedad de un número importante de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, diabetes, obesidad; y, además, es un catalizador de los estados de ánimo caracterizados por situaciones psicológicas como malhumor, la depresión y el descuido personal.

Actualmente existe una creciente prevalencia de estos en el mundo, sus implicaciones para la salud pública los convierte en un factor de riesgo con gran impacto epidemiológico debido a esto se ha llevado a considerar el problema del sobrepeso como una epidemia del siglo XXI tanto en los países industrializados como en muchos países latinoamericanos como Colombia, México, Argentina, Brasil, Uruguay y Chile (Coutinho, 1999).

Es así como el sedentarismo parece jugar un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de estas enfermedades y con mayor relación en el sobrepeso, por lo cual se considera que el aumento del gasto calórico a través del ejercicio debe hacer parte de todo programa de prevención y tratamiento de la obesidad; sin olvidar que los hábitos alimenticios han cambiado aumentando el consumo de alimentos y bebidas con alto contenido de calorías, azúcar y grasa – comida chatarra- y sumado a esto, las personas tienden a pasar mucho tiempo sentada o acostada y la cantidad de actividad física que hace es limitada (Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales [NIDDK], 2018) y de acuerdo con la promotora de salud certificada en Estados Unidos, y médico cirujano egresada de la Universidad del Zulia, en Venezuela, Samar Yorde (2016), se calcula que entre el 70% y 80% de la población adulta no realiza actividad física regular.

Esta conducta se está convirtiendo en un gran problema de salud pública ya que es considerada una de las causas por las cuales las personas hoy en día presentan una baja calidad de vida tanto física como mental. Por lo que la conducta sedentaria es un factor determinante para el bienestar mental y, por consiguiente, el tratamiento del sobrepeso y la obesidad incluye frecuentemente dieta y ejercicio. Es así como encontramos que el ejercicio tiene un efecto positivo

sobre el peso corporal y los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en personas con sobrepeso y obesidad, en particular cuando se combina con dieta, y que el ejercicio mejora la salud, aunque no se pierda peso (Shaw et al., 2006).

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), para el año 2005 solo el 42,6% de la población adulta cumplió con las recomendaciones de actividad física, para el 2010 se encontró un aumento al alcanzar el 53,5% y para el año 2015 ésta llegó al 51,1%. El estudio nacional por otro lado nos ilustra cómo han venido creciendo factores de riesgo para las personas, tales como el sobrepeso para el año 2005 alcanzaba 32,2%, para el año 2010 aumentó al 34,6% y para el año 2015 se encontró en 37,7%. En el caso de la obesidad también viene en un creciente aumento mientras que en el año 2005 se encontraba en 13,7% para los años 2010 y 2015 fue de 16,5% y 18,7% respectivamente (Borda Villegas et al., 2006). Los factores de riesgo de enfermedades crónicas evidencian que el 52% no realiza actividad física y solo el 35% de la población encuestada efectúa actividad física con una frecuencia de una vez por semana, 21,2% la realiza mínimo 3 veces a la semana (Borda Villegas et al., 2006).

Por su parte, una investigación sobre el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Antioquia, demuestra que un 51% de las mujeres y un 46% de los hombres en Antioquia, son físicamente inactivos. A este problema se le suma el bajo consumo de frutas y verduras, ya que sólo un 3% de la población las consume (Arenas Sosa et al., 2011). Y la proporción en la población urbana de Medellín, es aún más alta, un total de 79%, es decir cuatro de cada cinco personas no le ofrecen a su organismo los estímulos de actividad física necesaria para proteger y conservar su salud. Si bien una buena proporción de la población reporta algún activismo físico durante su vida adulta, esto no le otorga la protección necesaria, especialmente para su salud cardiovascular.

La sociedad actual, y más en el último siglo, ha cambiado sus hábitos como consecuencia de los desarrollos tecnológicos, los cuales ofrecen un sin número de atajos que favorecen la inactividad física y el sedentarismo, los largos recorridos a pie fueron reemplazados por el uso de vehículos, las escaleras por ascensores, y a ello se suma las extensas horas sentados al frente del computador o dispositivos móviles, el televisor y consolas de videojuegos. Blasco (1994) comparte la misma opinión, al afirmar que la tecnología ha permitido liberar al ser humano de las tareas

pesadas que requerían grandes dosis de esfuerzo físico, así como facilitarle los desplazamientos sin tener que caminar.

Por otra parte, tenemos la dieta y la alimentación, aspectos sumamente importantes a en cuanto al cuidado personal y de nuestra salud. Ciertamente los cánones de belleza han ido cambiando a lo largo de las décadas y, con ello, la forma de mantenerse, adelgazar o engordar - según de qué época hablemos-, ha estado definida fundamentalmente por el tipo de dieta a seguir. Además, esta representa una suerte de incorporación de la fisiología a la sociedad.

La dieta es una práctica cultural que regula las cantidades y los tipos de alimentos para categorías designadas de personas; tanto lo que comemos como la forma en que comemos se hallan culturalmente constituidas de conformidad con ciertas prácticas y creencias. Lo que cada sociedad come no es lo mejor que puede comer, sino lo que ha elegido comer; las preferencias alimentarias implican a su vez el cómo se come, el valor que se concede a lo que se come y el cuándo se lo come, de tal manera que las diferentes posiciones sociales y las diferencias de poder intervienen en las posibilidades de elección (Gómez, 1997).

La comida, junto al ejercicio, son los pilares necesarios para llevar una vida saludable. Es por ello que la atención que se le presta a los tipos de alimentos que se ingieren, a los nutrientes que tienen, el número de calorías, la cantidad de carbohidratos, proteínas o grasas (...) se han convertido en una rutina para muchos y, en especial, para los seguidores del fitness y de la actividad física.

En los últimos años, se ha apreciado una variación en los hábitos alimentarios de la sociedad en general. Ya no está tan extendido ese “comer por comer” y, a pesar de que siguen muy vigentes en la actualidad, las malas costumbres de la comida rápida (comer lo que sea, de dónde sea), se están viendo reducidas gracias a los nuevos hábitos y a la creciente preocupación general por saber seleccionar qué nos llevamos a la boca.

Aunque, también es cierto que con el ritmo de vida acelerado presente en la sociedad contemporánea, muchos de los tradicionales platos caseros y las comidas hogareñas están siendo sustituidos por platos más light, más ligeros y rápidos, pero igualmente sanos y beneficiosos para mantenerse en forma o eso es lo que se pretende (Sánchez Fernández, 2015). Y es allí donde entra la tendencia fitness, uno de los sectores que más se ha beneficiado con la preocupación alimentaria.

Es cierto que la demanda de dietas para adelgazar o dietas de apoyo a rutinas de actividades físicas, está aumentado considerablemente desde hace unos años (EFE, 2015). Sin embargo, el fitness no se basa en dietas específicas a corto plazo, sino que busca cambiar los hábitos alimentarios de todo aquel que lo adopta como estilo de vida. Es decir, que aprender a comer sano y a llevar un control de las comidas desemboque en una buena alimentación para toda la vida. Se basa en el equilibrio, surtir al cuerpo de más proteínas e hidratos de carbono de índice glucémico bajo y pocas grasas saturadas, si se es físicamente activo.

Así pues, los productos light o sin azúcar, que tanta demanda provocaron hace unos años, hoy día ya no son los únicos del mercado que se consumen en busca de una alimentación más saludable. En el fitness, cada dieta y cada actividad física cambian en función de la persona, lo importante es aprender a buscar qué es necesario para cada uno, cuántas calorías diarias se gastan, qué ejercicios se van a realizar, qué tipo de alimentos y nutrientes necesita el cuerpo en función de los objetivos que se quieren alcanzar, entre otros. Son muchos factores los que influyen a la hora de diseñar una dieta específica, siempre y cuando no se busque una dieta milagro sino un conocimiento sobre alimentación que sirva a largo plazo (Sánchez Fernández, 2015).

Los anteriores aspectos más la actividad física influyen en una serie de ventajas psicológicas y sociales que apuntan directamente en la salud, un ejemplo de ello es la participación en el deporte o ejercicio físico, que autores como Sonstroem (1984) afirman que ayuda “a construir una autoestima más sólida” (p. 123) o como lo indican Tucker & Maxwell (1992) influyen en una imagen de sí mismo más positiva y de acuerdo con Laforge et al. (1999) una mejora de la calidad de vida. Estas ventajas, probablemente, obedecen a una combinación de la actividad física y los aspectos socioculturales que pueden acompañar esta actividad, ya que al ser físicamente activo se reducen también, las conductas autodestructivas y antisociales sobre todo en la población joven (Biddle et al., 2004).

La salud ha sido un bien preciado para la humanidad y en su búsqueda se han construido diferentes instrumentos además de esta actitud arcaica de reprimir la muerte y de atacar la enfermedad. Enfermedad y muerte son las experiencias humanas que señalan con mayor rigor los límites que existen en ese intento de dominar la naturaleza y con ello al cuerpo como entidad orgánica; y, paradójicamente, la enfermedad llama la atención sobre el cuerpo, aflora una consciencia del cuerpo cuando hay una desarmonía (Gómez, 1997).

Las prescripciones médicas para la salud llevan consigo, implícita o explícitamente, interdictos sobre el comportamiento. Lo dañino e insano ha reemplazado a lo que era a la vez anormal e inmoral. La salud sigue siendo la norma indiscutible e indiscutida que posibilita la imposición, realizada a manera de sugerencias, de publicidad, de campañas ecológicas, sobre la relación con el cuerpo. La racionalidad tiene principios fijados y generalizados que prescriben como debería ser el cuerpo y que castigan a quienes no los atienden. La enfermedad es un juicio de valor sobre las formas de vida y en consecuencia es "subversiva" porque no camina por la ruta de la salud. "La enfermedad aparece, estructuralmente, como una excrecencia que figura entre las posibilidades de la vida humana" (Gadamer, 2017, p. 73).

Los propósitos como el de la estética, la competencia, la salud, el rendimiento o la educación, e incluso la recreación, se hacen taxonomías del cuerpo, se le clasifica; en lugar de fomentar la diferencia como distintivo de la individualidad, se produce "el cuerpo sano" en serie. Se le exigen respuestas medibles en relación con efectos cardiovasculares, hemodinámicos, metabólicos, etcétera y de acuerdo con criterios como carga, intensidad, cualidades condicionales, coordinativas, y se acatan así los dictámenes de la ciencia y la modernidad.

La búsqueda de la salud y de esos ideales estéticos que atraviesan a la sociedad capitalista incluyen en la rutina cotidiana los planes de actividad física, por medio de los cuales se aspira a edificar una fortaleza corporal en contravía de la finitud. Las expresiones motrices son depositarías de propósitos existenciales de la humanidad, en ellas el cuerpo es altamente valorado como fuente de gratificación, de éxito erótico, de ideal estético, de buena salud, emergen a manera de gobierno sobre el cuerpo y constituyen una importante dimensión de la vida social actual (Gómez, 1997, p. 24).

La percepción de la propia imagen y la necesidad de modificarla, en parte puede ser causada de mayor a menor medida por la actividad física, así como por comportamientos alimenticios. En la cultura del consumidor, el cuerpo asume una nueva significación social e individual, moviliza nuevos valores, se convierte en el sitio de las estrategias personales de salud. Los programas para trotar, adelgazar y mantenerse en forma están ideados para promover la salud como base de la vida buena (Prado Martínez et al., 2007).

Dicho esto, la presente investigación pretende evaluar cómo la variabilidad morfológica del público a estudiar se articula y afecta con la concepción y percepción que se tiene de cuerpo y salud

además de establecer si es afectado por fines no estéticos, sino de salud. Es decir, ¿Cuál es la variabilidad morfológica en los usuarios de servicios de entrenamiento personal y cuál es su concepción de cuerpo y salud, relacionado con esta?

1. Contextualización de la problemática

1.1 Objetivos de la investigación

1.1.1 Objetivo General

Estudiar la variabilidad morfológica y la concepción del cuerpo en personas usuarias del servicio de entrenamiento personal en la ciudad de Medellín.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Determinar mediante encuesta los aspectos sociodemográficos relacionados con el sexo, la edad, el nivel educativo, profesión, ocupación y el estrato socioeconómico de los usuarios.
- Estudiar la morfología corporal de los usuarios del servicio de entrenamiento personal en la ciudad de Medellín mediante la obtención de indicadores de robusticidad y composición corporal.
- Indagar por la autopercepción del cuerpo con relación a la salud, alimentación y la estética, en los usuarios, validando la concordancia o discrepancia con los resultados antropométricos.

1.2 Marco teórico

1.2.1 Variabilidad morfológica

Desde la Antropología física, la morfología hace referencia “a las formas externas de los objetos: tamaños, grosor, color y cualquier otra característica observable y susceptible de ser medida” (Antropología Wiki, 2020, párr. 1). En este sentido, la variabilidad morfológica está enmarcada en las dimensiones totales del cuerpo como peso, talla, perímetros, diámetros y dentro de esta tenemos un componente corporal ligado a la masa grasa, muscular, ósea y residual.

Para la presente investigación, esta variabilidad estará enfocada en el cambio del peso, los porcentajes de grasa y el índice de masa corporal (IMC): a). El peso corporal entendido como la

cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona, un dato que inicialmente nos permite estimar características relacionadas con la salud de la persona. Para el caso de la Clínica Universidad de Navarra, es un “parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del individuo” (Clínica Universidad de Navarra [CUN], 2021, párr. 1). b) El porcentaje de grasa corporal se utiliza para determinar la masa grasa, a través de la medición de los pliegues, esta medida ayuda a identificar el sobrepeso, o infrapeso y distinguir la masa muscular de la materia grasa que está presente en nuestra composición corporal. (International Society for Advancement of Kinanthropometry). c). De acuerdo con la (Organización Mundial de la Salud, 2021, párr. 3) el índice de masa corporal (IMC) “es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla utilizado para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos” (2021, párr. 3). Su valor se conoce dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

1.2.2 Actividad física y sedentarismo

Dentro de este marco de la variabilidad morfológica y la concepción de cuerpo en las personas que adquieren un servicio de entrenamiento personal, es necesario entender los conceptos ligados a actividad física y sedentarismo, ya que son diferentes las concepciones de estas en los contextos actuales y son el pilar fundamental para entender el porqué de los servicios de entrenamiento.

Se entiende por Actividad Física (AF) cualquier movimiento corporal que involucra la contracción muscular y el gasto de energía por encima del nivel basal. La OMS además define la actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía” (Organización Mundial de la Salud, 2021, párr. 2). Dentro de estos movimientos incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y transportarse, las tareas domésticas y las actividades recreativas. Cabe aclarar que la expresión actividad física no se debe confundir con ejercicio, ya que esta es una subcategoría de actividad física, la cual está planeada previamente, estructurada, repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico (Landsteiner Scientific., 2020).

De otro lado, tenemos el término de inactividad física el cual es fácilmente confundido con el término sedentarismo. La inactividad física es definida como el no cumplimiento de las recomendaciones mínimas internacionales de AF para la salud de la población, es decir, ≥ 150 min de actividad física de intensidad moderada o vigorosa por semana, o bien, lograr un gasto energético ≥ 600 MET/min/semana (Cristi-Montero & Rodríguez, R, 2014).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud expone que la actividad física está relacionada con la salud y calidad de vida desde una forma de mejorar la autopercepción, la satisfacción de las necesidades del individuo y los beneficios que esta trae desde lo biológico, psicosocial y cognitivo, adicional es además de ser un factor para la prevención de enfermedades crónicas (Vidarte Claros et al., 2011)

La Asociación de Medicina Deportiva de Colombia (AMEDCO) conceptualiza la actividad física como cualquier movimiento corporal voluntario de contracción muscular, con gasto energético mayor al de reposo (Gutiérrez Poveda et al., 2002); además, esta actividad es entendida como un comportamiento humano complejo, voluntario y autónomo, con componentes y determinantes de orden biológico y psico-sociocultural, que produce un conjunto de beneficios de la salud, ejemplificada por deportes, ejercicios físicos, bailes y determinadas actividades de recreación y actividades cotidianas, las cuales se consideran como un derecho fundamental, conceptualización que evidencia la integración de elementos contextuales que en la actualidad se consideran de gran importancia durante el abordaje de la actividad física (Wilmore, 1990).

1.2.3 Obesidad

La obesidad según la OMS se define como “una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2017, párr. 1), para los adultos se especifica así: “sobrepeso: IMC igual o superior a 25, Obesidad: IMC igual o superior a 30” (Organización Mundial de la Salud, 2017, párr. 3).

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, la cual está directamente influenciada por la interacción entre la genética y el ambiente. Algunos factores relacionados con el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad dependen del estilo de vida, patrones de alimentación poco saludables y bajos niveles de actividad física. Además, no solo es interesante conocer la

pérdida de peso, sino también las causas genéticas que influyen en los denominados fenotipos relacionados con la obesidad que incluyen lípidos plasmáticos, glucemia, marcadores de inflamación, presión arterial, etc., que pueden dar lugar incluso al concepto de persona obesa metabólicamente sana y viceversa (Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales [NIDDK], 2018); lo que finalmente influye en una variable de calidad de vida y de cognición.

Con base en lo anterior, identificamos que los factores que condicionan el sobrepeso u obesidad son multifactoriales, sin embargo, los que más han sido analizados son los biológicos, conductuales, genéticos y ambientales. Dentro de los factores biológicos encontramos antecedentes de obesidad en familiares de primer grado, por ejemplo, si uno de los padres es obeso, el riesgo de ser obeso en la edad adulta se triplica; así mismo, en los hijos de madres con diabetes gestacional o diabética, madre obesa retraso de crecimiento intrauterino (Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales [NIDDK], 2018).

Entre los factores socioculturales figura el mayor consumo de alimentos hipercalóricos poco nutritivos con alto contenido de grasas, azúcares y sal; la menor actividad física en el hogar, la escuela y el medio laboral, así como en la recreación y en los desplazamientos. La diversidad de los niveles de riesgo y de los correspondientes resultados de salud para la población se puede atribuir en parte a la variabilidad en tiempo e intensidad de los cambios económicos, demográficos y sociales. La mala alimentación, la insuficiente actividad física y la falta de equilibrio energético que se observan son motivo de especial preocupación (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Así pues, la obesidad es el resultado de la interacción de factores genéticos, ambientales, psicológicos, sociales y culturales que conducen a un desequilibrio energético positivo y como consecuencia a una excesiva acumulación de grasa corporal (Ministerio De Salud y Protección Social, 2016).

1.2.4 Cuerpo e Imagen corporal

En las diferentes culturas el cuerpo obtiene diversas significaciones y valores, en la cual cada individuo moldea o construye su cuerpo de acuerdo con imaginarios basados en la sociedad en la que habita. Este cuerpo es atravesado por factores sociales tales como el estrato social, lo

laboral, académico, entre otros. Por ejemplo, en los niveles socioeconómicos más altos las personas sueñan con las formas del cuerpo y su estética, mientras que en los niveles más básicos lo ven como una herramienta de producción e idealizan el cuerpo de los niveles altos.

El cuerpo al ser atravesado y mediado por la cultura ha tenido diferentes connotaciones y realidades históricas de las sociedades, es así como en una clásica definición de cultura se excluye el soma (palabra de origen griego cuyo significado común es el del cuerpo, para referirse a la realidad biológica y fisiológica de los seres vivos) al considerarlo patrimonio del mundo natural. El cuerpo no es una condición exclusivamente individual, la sociedad lo ha estado marcando, se ha convertido en un valor que penetra todas las esferas de la cultura. La concepción del cuerpo humano está en estrecha relación con la concepción de la realidad y con la manera de actuar de cada cultura frente a esta realidad (Gómez, 1997).

No obstante, Bulus Rossini (2013) hace referencia a que el cuerpo ya no es abordado principalmente como valor de uso ni como valor de cambio (es decir, como fuerza de trabajo), sino como valor de exhibición, y en tanto tal se le extrae una nueva plusvalía. El cuerpo es y funciona como un agente comercial/relacional de primera magnitud. Todos somos cada vez más conscientes de que cuestiones tan importantes de la vida real como puedan ser los lazos de amistad, las posibilidades de encontrar trabajo, el acceso a puestos de responsabilidad y poder o la propia autoestima, están íntimamente relacionadas con el capital físico que disponemos y el modo en que lo gestionamos.

La cultura de consumo actual le da al cuerpo una importancia tal que la imagen personal es concebida como un capital que condiciona el éxito o fracaso en la vida, y su cuidado y control emergen como algo necesario (Barbero, 1998). Muchos de los productos que el mercado desea promocionar se asocian a sujetos de ambos sexos, con cuerpos que responden a una estética corporal hegemónica (delgadez extrema y juventud eterna, a cualquier costo). Cultura de consumo concebida como el conjunto de creencias, valores, normas, formas de ser, etc., imperantes en el mundo globalizado de nuestros días, gracias, sobre todo, a las tecnologías de la comunicación y a las necesidades de las grandes corporaciones transnacionales financiero-industriales (Tylor, 1871, citado en Barbero, 1998).

Ahora bien, en el caso de la imagen corporal, la Fundación Imagen y Autoestima, la definen como “la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico. Es cómo la

persona se ve a sí misma y cómo se percibe cuando se mira al espejo, es decir, cómo la persona cree que es” (Fundación Imagen y Autoestima, 2013, párr. 1).

Por su parte, autores como Tornero, Sierra y Vera exponen que es “un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste” (Tornero Quiñones et al., 2009, p. 1), es decir, es la suma de experiencias subjetivas que experimentamos.

Dentro de la imagen corporal, existen aspectos que comprenden el trastorno de la misma, que es donde se halla el problema en cuestión. Estos aspectos se basan en la distorsión perceptual, los errores cognitivos y las emociones (Baile et al., 2003). Para Baile, el término ‘distorsión perceptual’ podría servir como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, mientras que la ‘insatisfacción corporal’ hace referencia a la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativas hacia el tamaño y forma del cuerpo.

1.2.5 Fitness

Dentro de este contexto, el Fitness comprende un grupo de prácticas corporales, tecnologías espaciales y discursos estéticos, médicos para la producción de estas prácticas corporales. Así mismo, marcas de productos transnacionales han venido usando el término fitness para el mercadeo de sus productos, desde alimentos, hasta tecnologías digitales. En inglés la palabra fit, se puede traducir como ‘adecuado’, ‘correcto’ o ‘justo’, entre otras; en tal medida estar fit o fitness implicaría estar en forma, es decir coincidir con los patrones estéticos culturalmente definidos como los más adecuados (Paredes, 2011).

A pesar de ello, en el fitness hay una serie de productos y alimentos que todos los integrantes de este colectivo comparten. Estos productos estrella ayudan a ‘comer limpio’, es decir, son productos naturales, que no están procesados y, por lo tanto, conservan sus nutrientes.

Dentro de este contexto encontramos el cuerpo del Fitness el cual está representado por el ‘Fitbody’, que es el cuerpo que se vende en las revistas y promociona el mercado, y se muestra como un cuerpo eternamente joven, bello y feliz. Representa la eficiencia y el rendimiento que aparece como tópico universal esencial de las narrativas médico deportivas y publicitarias del

Fitness (Landa, 2015) en las que prevalece un cuerpo físico-anatómico y fisiológico (Crisorio, 1995). El proceso de cambio corporal en un cuerpo percibido como organismo se explica a través de los ejercicios físicos que inciden/estimulan/desarrollan las capacidades corporales del que entrena.

El Fitness, desde esta lógica, articula novedosas tecnologías disciplinarias de control y gobierno de conductas e instituye un cuerpo-tecnología, producto de diagramáticas mercantiles sobre las que estructura la organización del gimnasio, sus prácticas modificadas y la demanda de los consumidores. En dicho mapa de relaciones en el que prevalecen imágenes normalizantes y excluyentes se establece un modelo ideal de cuerpo que representa la belleza, la juventud, la salud, la disciplina y la adaptabilidad al medio entre otras valoraciones.

En este mismo sentido Kogan (2005), desde una experiencia etnográfica en gimnasios, presenta una reflexión sobre lo que denomina ‘cultura del fitness’ que es aquella que emerge en espacios como el gimnasio, un lugar privilegiado para el sujeto postmoderno caracterizado por su devenir constante, no solo simbólicamente, sino también físicamente, ya que es el cuerpo o las prácticas sobre éste, lo que le permiten al sujeto ser, pero ser cambiante, fluido y deslocalizado. Y desde un punto de visto antropológico sería posible hablar del fitness como una dimensión estética del ser humano, relacionado con los aspectos de estilo de vida que se encuentran hoy en día en ciertos grupos poblacionales, lo que fundamenta parte esencial de esta investigación y del público objetivo.

2. Desarrollo metodológico

2.1 Metodología

2.1.1 Tipo de estudio

La presente investigación es de corte cuanti-cualitativo, complementado con un estudio mixto. El componente cuantitativo comprende los conceptos y métodos de la epidemiología descriptiva y el componente cualitativo los fundamentos teórico-metodológicos que se plantean desde la etnografía. Dentro de estos, las entrevistas semi-estructuradas marcan el punto de partida para luego implementar la acción participante con el fin de tener un mayor acercamiento a la población y así obtener datos más confiables o una información de primera mano. Para ello, la investigación acción participante (IAP) propone una cercanía cultural con lo propio que permite superar el léxico académico limitante; busca ganar el equilibrio con formas combinadas de análisis cualitativo y de investigación colectiva e individual y se propone combinar y acumular selectivamente el conocimiento que proviene tanto de la aplicación de la razón instrumental cartesiana como de la racionalidad cotidiana y del corazón y experiencias de las gentes comunes, para colocar ese conocimiento sentipensante al servicio de los intereses de las clases y grupos mayoritarios explotados, especialmente los del campo que están más atrasados (Fals Borda & Rodrigues Brandao, 1987).

2.1.2 Población y muestra

El estudio comprende la ciudad de Medellín, localizada en el Valle de Aburrá, en el centro del Departamento de Antioquia. Junto con otros nueve municipios conforma el Área Metropolitana.

Medellín tiene una población de 2.508.452 habitantes (2017), mientras que dicha cifra, incluyendo el área metropolitana, asciende a 3.821.797 personas (2016). Posee una temperatura promedio de 22°C, el clima, la latitud y altitud de la ciudad dan como resultado un clima subtropical monzónico, templado y húmedo (ExpoSolar Colombia, 2017).

Para el caso específico de esta investigación, se eligió una muestra no probabilística de 100 personas habitantes de Medellín, entre los 18 y 50 años de edad que viven en los diferentes sectores y barrios de la ciudad, todas con factores socioeconómicos y culturales diversos; esta se dividió en 2 segmentos, uno de 50 personas usuarias de planes de entrenamiento personalizado y otras 50 que no son usuarias de este servicio y tampoco practican actividad física.

2.1.3 Instrumentos y recolección de la información

2.1.3.1 Componente Cualitativo. Este componente, con un enfoque descriptivo e interpretativo, tomó como modelo el análisis cultural hermenéutico que tiene como base la etnografía propuesta por el antropólogo norteamericano Clifford Geertz (1988), la cual se basa en la descripción profunda de las culturas como “textos” vividos. La base para el abordaje de las preguntas y objetivos de investigación será el método etnográfico, teniendo en cuenta que su propósito es, según Sautu (2005) es estudiar la vida social y cultural de una comunidad, vecindario, grupos humanos lo más naturalmente posible y en profundidad, tal como se plantea en este componente del estudio.

2.1.3.2 Observación etnográfica. “La etnografía es un método de investigación cualitativa que busca describir las personas, sus costumbres y su cultura” (De la Barrera Medina & Moreno Codina, 2017, p. 51), se abordó para describir las concepciones que tienen las personas respecto a su cuerpo, salud, y motivaciones para practicar actividad física en este caso el servicio de entrenamiento personal.

Adicionalmente desde la entrevista etnográfica, que se define como “una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree” (Spradley, 1979, p. 9). Las entrevistas fueron semiestructuradas a partir de los siguientes tópicos: motivación para practicar actividad física (salud, estética o alguna otra razón), por qué el servicio de entrenamiento personal con respecto a la práctica en un gimnasio, concepción del cuerpo, si el servicio de entrenamiento personal genera alguna ventaja o beneficio frente a la obtención de sus objetivos físicos y de salud, modificaciones de la alimentación respecto a sus objetivos de cuerpo (Tabla 1.)

Tabla 1.*Ejes categoriales y tópicos de las entrevistas*

Eje Temático	Tópicos	Pregunta
Saberes y creencias sobre el cuerpo socio demográficamente	<ul style="list-style-type: none"> - Significado de la salud y frente al cuerpo - Percepción del físico de su cuerpo frente a un cuerpo saludable o sano - Diferencias entre hombres y mujeres frente a la concepción de cuerpo y salud 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Existen diferencias frente a la concepción y la morfología del cuerpo entre el sexo, estrato y ocupación?
Estilos de vida y hábitos alimenticios	<ul style="list-style-type: none"> - Motivaciones para seguir planes o recomendaciones nutricionales. - Hábitos de alimentarios concebidos e implementados para mejorar su composición corporal. - Alimentos considerados perjudiciales para la salud y el funcionamiento adecuado del organismo - Influencia de los comerciales en televisión de productos fitness o la imagen que transmiten las y los modelos de la televisión frente a los hábitos de salud y la alimentación - Influencia de las redes sociales para modificar los patrones alimenticios y de AF - círculos sociales y autocuidado - Tiempo y disposición de las comidas. - Ahora que te cuidas a diario y que conoces más sobre esta conducta saludable, ¿le das más importancia al aspecto físico? Tanto al tuyo como al de los demás - Que ha significado para ti el cambio de tus hábitos diarios. Y en tus hábitos de consumo o alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son las motivaciones para asumir conductas alimenticias saludables? - ¿Que entienden las personas por hábitos de alimentación saludables? - ¿Quién impulsa esas motivaciones para practicar un plan nutricional? ¿Puede influir en el tipo de alimentación que usted lleve? - En la encuesta ¿cómo evaluó sus hábitos alimenticios y por qué? - ¿Qué cambios y porque cree que se dan en el significado, el tipo, la distribución y el espacio de consumo de las comidas? - Implicaciones del consumo en el cuerpo - Cuando ha realizado cambios en su alimentación ¿ha sentido cambios en su cuerpo? ¿Qué tipo de cambios?

La investigación etnográfica sobre imagen corporal se centró en la autopercepción del cuerpo con relación a sus ideales de cuerpo u objetivos que buscan obtener mediante el entrenamiento personal. De acuerdo con los resultados de las mediciones antropométricas y el IMC

se procedió con el análisis comparativo entre los datos reales frente a los datos de la percepción individual siguiendo estos parámetros.

2.1.3.2 Componente Cuantitativo

2.1.3.2.1 Información sociodemográfica. Según las variables de interés para este estudio se tomaron aspectos de información general que permitieron caracterizar la población. Se recopiló información demográfica básica como el sexo, la edad, estrato, nivel de estudios, información laboral.

2.1.3.2.2 Hábitos alimenticios. Dentro del cuestionario se incluyó un apartado en el que se indagó, por los hábitos alimenticios y la frecuencia de consumo de alimentos debidamente clasificados. Los grupos de alimentos por los que se preguntó fueron: harinas, frutas y verduras, huevos y leguminosa, frutos secos, carnes rojas y vísceras, carnes blancas, grasas saturadas, grasas polinsaturadas, lácteos, azúcares y comida rápida; adicionalmente se indagó sobre la frecuencia que consumen estos alimentos en el hogar. Se preguntó por el consumo también de alimentos etiquetados bajo los nombres de light, dietéticos, fit o sin azúcar. Además del consumo o no de suplementos nutricionales para la actividad física o control de peso como proteínas, aminoácidos, quemadores de grasa, multivitamínicos.

2.1.3.2.3 Información acerca de la actividad física. Una alternativa más sencilla, fue preguntar por los minutos de actividad física moderada y/o intensa que en promedio se hace diariamente, teniendo en cuenta, según la OMS, que “adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa” (Organización Mundial de la Salud, 2020, p. 4). (Tabla 2)

Tabla 2.*Intensidad de la actividad física*

Intensidad	Actividades	Minutos diarios
Actividad moderada	Caminar a paso rápido; bailar; jardinería; tareas domésticas; caza y recolección tradicionales; participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos; trabajos de construcción generales (p. ej., hacer tejados, pintar, etc.); desplazamiento de cargas moderadas (< 20 kg).	
Actividad intensa	Ascender a paso rápido o trepar por una ladera; desplazamientos rápidos en bicicleta; natación; deportes y juegos exigentes (juegos tradicionales, fútbol, baloncesto); trabajo intenso en el campo con pala, azadón; labores de construcción (obra negra); desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg).	

2.1.3.2.4 Información referente al fitness

Tabla 3.

Información referente al Fitness

Pregunta	Ítems de selección
¿Cómo es para usted un cuerpo <i>fitness</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> - Feliz - Bello - Joven Saludable - Musculoso - Delgado - Ninguna de las anteriores
Señale con una X, la palabras o frases que asocia a un estilo de vida <i>fitness</i> :	<ul style="list-style-type: none"> - Mejoramiento de la condición física - Disciplina - Forma específica de pensar sobre el cuerpo humano - Consumo - Relaciones sociales - Mercantilización del cuerpo - Fisicoculturismo - Buena alimentación - Autoestima - Salud - Belleza
¿Se siente satisfecho con su cuerpo?	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No
¿Cree que las figuras públicas de la televisión y las redes sociales influyen a una vida <i>fitness</i> ? ¿Cuáles?	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No
¿Qué es para usted un alimento <i>fitness</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> - Un alimento bajo en grasa - Un alimento con pocas calorías - Rico en proteínas - Un alimento saludable - Un alimento de origen natural - Ninguna de las anteriores
¿Qué lo impulsaría a llevar un estilo de vida <i>fitness</i> ?	<ul style="list-style-type: none"> - Salud - Apariencia física - Autoestima - Status - Grupo social - Todas las anteriores
¿Consume algún tipo de medicamento o suplemento dietario para perder o ganar peso?	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No
¿Cuál de los siguientes círculos es el que más influencia su percepción o práctica de la actividad física?	<ul style="list-style-type: none"> - Familia - Trabajo - Amigos - Redes sociales - Publicidad

2.1.3.2.5 Valoración antropométrica. Se tomaron medidas físicas para evaluar la composición corporal y establecer factores relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Para la determinación de estos factores se tomaron mediciones de estatura, peso, así como medidas antropométricas, perímetro de cadera, perímetro de la cintura. La medición de los perímetros se hizo con cinta métrica flexible (precisión $\pm 0,1\text{mm}$) y el pliegue cutáneo con un plicómetro Holtain® (precisión $\pm 2\text{ mm}$). La técnica de medición y la estandarización del medidor fueron supervisadas por un antropometrista.

El estudio antropométrico se realizó bajo la normativa del International Biological Program – IBP- (Weiner & Lourie, 1981) , además de un proceso de estandarización de las medidas antropométricas.

Tabla 4.

Variables a Estudiar

Variable	Instrumento
Estatura	Estadiómetro
Peso	Bacula digital calibrada
Perímetros	Cinta métrica retráctil Lufkin
Pliegues Cutáneos	Plicómetro Slim Guide
Pliegues por Bio impedancia	

2.1.3.2.6 Índice de masa corporal (IMC). El índice de masa corporal es un indicador diagnóstico del sobrepeso y la obesidad. Janssen et al. (2002) encontraron que hombres con IMC de 28,4 o más tienen un riesgo relativo de 1,7 y aquellos con IMC menor, entre 25,3 y 28,3, tienen un riesgo relativo de 1,3. No obstante, este indicador tiene el inconveniente de no indagar por la cantidad de grasa ni su distribución en el cuerpo, por lo que es recomendable acompañarlo de otras mediciones que arrojen índices más específicos.

El cálculo del IMC se realizó con base en mediciones de la estatura y el peso en la población de estudio. La medición de la estatura se realizó con tallímetros acrílicos de dos metros de longitud fijados con cinta adhesiva en superficies perpendiculares al piso, como paredes o puertas, solicitando al participante ubicarse de pie sin zapatos, con su cuerpo pegado al tallímetro. Para la

medición del peso se empleó una balanza electrónica ubicada sobre una superficie plana, horizontal y firme como el piso, los participantes se pararon frente a la pantalla de la balanza, en su centro, erguidos, con los talones juntos y las puntas de los pies separadas, los brazos a los lados y el mentón paralelo al suelo. Previamente se verificó que la persona no tenga exceso de ropa para no sobrestimar el peso.

Con las medias de estatura y peso se calculó el Índice de Masa Corporal empleando la siguiente fórmula $IMC = \text{kg}/\text{m}^2$, valor categorizado de la siguiente manera (World Health Organization WHO, 1997)

- Delgadez: $IMC < 18,5$.
- Normal: $IMC = 18,5$ a $< 24,9$.
- Sobrepeso: $IMC = \geq 25$ - $< 29,9$.
- Obesidad: $IMC \geq 30$.

2.1.3.2.7 Perímetro abdominal. La distribución de la grasa en el cuerpo juega un papel importante como factor independiente de riesgo cardiovascular. Numerosos estudios indican una mejor correlación de la grasa abdominal con las complicaciones de la obesidad, tales como, enfermedad cardiovascular, DM II, hipertensión arterial, e hiperlipidemia (Hernández Rodríguez et al., 2018). De este modo, las personas con más grasa en la región abdominal, diagnosticada a partir de la medición de la circunferencia de la cintura, corren un mayor riesgo de enfermedad coronaria que aquellos con mayor cantidad en regiones periféricas, como glúteos y muslos (Hernández Rodríguez et al., 2018). También, se ha encontrado una mayor incidencia de enfermedad coronaria o sus complicaciones en varones y mujeres donde hay un aumento en la relación entre la circunferencia de la cintura y de la cadera con respecto a obesidad global (Hernández Rodríguez et al., 2018).

Para la medición del perímetro de cintura los participantes debían estar de pie, con los pies juntos y las manos a cada lado del cuerpo. Se empleó una cinta métrica retráctil en fibra de vidrio de 6mm de ancho graduada en centímetros, ubicada directamente sobre la piel del participante en el punto intermedio entre la última costilla y la cresta iliaca para medir el perímetro de la cintura.

Estas mediciones se realizaron tres veces y el valor asignado a cada participante correspondió al promedio de las anteriores.

Se emplearon los siguientes puntos de corte en la medición del perímetro abdominal para establecer la prevalencia de obesidad abdominal y clasificar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y alteraciones metabólicas relacionadas con obesidad (Tabla 5), según la medida de la cintura, por sexo, acogiendo las recomendaciones del Instituto Nacional de Estados Unidos que se manejaron en la ENSIN 2010 (Ministerio De Salud y Protección Social, 2016)

Tabla 5.

Puntos de corte para clasificar la obesidad abdominal con base en la medición de la circunferencia de cintura en adultos de 18 a 64 años

Sexo	Circunferencia de la cintura (cm) (como medida de la obesidad central)
Hombres	≥ 90
Mujeres	≥ 80

Nota: Fuente Federación Internacional de Diabetes FID. (Zimmet et al., 2005)

2.1.3.2.8 Pliegues cutáneos. La valoración de los pliegues cutáneos se realizó mediante dos métodos en cada sujeto: bio-impedancia y de modo indirecto por medio de la toma de 4 pliegues cutáneos: bicipital, tricipital, subescapular y suprailiaco. A partir de estas mediciones se estimó el porcentaje de grasa corporal (Durnin & Womersley, 1974) para posteriormente contrastarlo mediante análisis estadísticos.

Tabla 6.*Valoración de pliegues cutáneos*

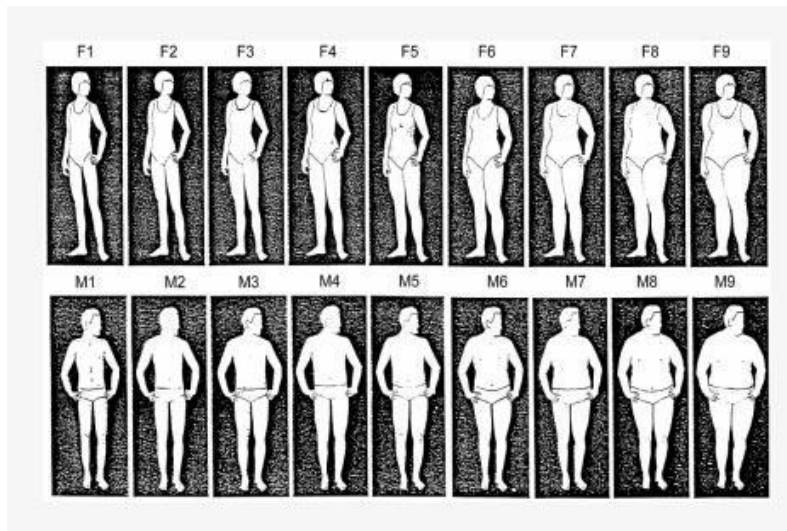
Edad	Ecuación Hombres	Ecuación Mujeres
< 17	$D = 1.1533 - (0.0643 \times L)$	$D = 1.1369 - (0.0598 \times L)$
17-19	$D = 1.1620 - (0.0630 \times L)$	$D = 1.1549 - (0.0678 \times L)$
20-29	$D = 1.1631 - (0.0632 \times L)$	$D = 1.1599 - (0.0717 \times L)$
30-39	$D = 1.1422 - (0.0544 \times L)$	$D = 1.1423 - (0.0632 \times L)$
40 -49	$D = 1.1620 - (0.0700 \times L)$	$D = 1.1333 - (0.0612 \times L)$
> 50	$D = 1.1715 - (0.0779 \times L)$	$D = 1.1339 - (0.0645 \times L)$
(D= Densidad Cuerpo; L= Log es la sumatoria de los pliegues)		
Porcentaje de Grasa (%) = (495 / Densidad Cuerpo) - 450		

2.1.3.2.9 Estudio de las percepciones corporales. De modo complementario, se aplicó el método basado en siluetas del Instituto Europeo de Estudios en Alimentación (IEFS, 1997), el cual se enmarca en la evaluación subjetiva de actitudes y conocimientos que tienen las personas de su cuerpo o el de los demás. Para la aplicación de este método se usaron nueve siluetas específicas para cada sexo y categorizadas en función de la corpulencia referida al IMC, pidiéndole a la persona que seleccionara la figura con que más se identificaba según su percepción. Se establecieron cuatro categorías: delgado (IMC <19,99; siluetas 1-3), normal (IMC 20-24,99; siluetas 4 y 5), sobrepeso (IMC 25-29,99; siluetas 6 y 7) y obeso (IMC >30; siluetas 8 y 9), tanto para mujeres (F) como para varones (M).

Para conseguir clasificar la autopercepción por siluetas, se debe obtener la silueta identificada por el sujeto y la que correspondería al IMC real. Se resta la diferencia entre la silueta real con la silueta percibida, en donde la diferencia puede dar negativa para los que subestiman su peso, positiva para los que sobreestiman su peso y cero para los que se perciben correctamente, tanto para mujeres (F) como para varones (M).

Figura 1.

Opciones presentadas a cada encuestado para seleccionar la silueta que mejor le representa



Nota. Fuente <https://doi.org/10.1038/sj.ph.1900702> (Madrigal, 2000)

2.1.3.2.10 Control de errores de medida y estandarización de técnicas antropométricas.

La estandarización de la toma de las medidas antropométricas y el control de errores de medidas se realizó a partir del control de la tolerancia específica de cada medida y por el cálculo del error técnico de medida. En el primer caso, el criterio de la tolerancia se manejó a partir de la serie de tres repeticiones de toma para cada medida y los promedios. En el caso en que la segunda medida se aleje de la tolerancia permitida, se practicó la tercera medición con la que se descartó la medida más alejada de las tres, y con las dos restantes se calculó y registró el promedio en la ficha de datos antropométricos.

El cálculo del error técnico de medida (ET) se realizó a partir del análisis del error intraobservador e interobservador, con la intención de ajustar la concordancia entre la repetibilidad de las medidas y la precisión y fiabilidad de cada antropometrista y entre antropometristas, para realizar la toma antropométrica con calidad. En la presente investigación, para calcular el error intraobservador se estimó el error técnico (ET) en la realización de la prueba piloto, a partir de la siguiente ecuación.

$$ET = \sqrt{(\sum^n d^2 / 2n)}$$

ET = error técnico

d^2 = diferencia al cuadrado entre dos medidas

n = número de pares de medidas

2.1.4 Análisis de datos

Las encuestas fueron sistematizadas en el programa de SPSS, obteniendo los estadísticos descriptivos y la distribución de frecuencias de los patrones alimentarios y los factores determinantes. Los resultados de la etnografía fueron sistematizados por categoría, para posteriormente compararlos con los de la encuesta, y así, de esta forma hacer un contraste entre los datos obtenidos mediante la evaluación antropométrica y los hallazgos de la etnografía.

3. Resultados

3.1 Componente Cuantitativo

3.1.1 Descripción sociodemográfica

La muestra estuvo conformada por 99 personas de la ciudad de Medellín, de las cuales 49 eran practicantes de actividad física regular y los 50 restantes no tenían hábitos de actividad física.

A continuación, se describen las características sociodemográficas de la población, haciendo un análisis comparativo entre el sexo (hombres o mujeres) y la práctica de actividad física (activos y sedentarios). Dichas características fueron: rango de edad (Tabla 7), estrato socio-económico (Tabla 8), ocupación (Tabla 9) y estado civil (Tabla 10),

En cuanto a las características de la edad en la muestra, con relación a la práctica de actividad física, la mayoría de hombres se encuentran en un rango entre los 28 y 38 años de edad (76,9%). En cambio, el más alto porcentaje de no practicantes de actividad física está en el rango entre 39-49 años (71,4%).

Para el caso de las mujeres practicantes de actividad física se encuentra que, la mayoría (97,1%) poseen edades entre 28 y 38 años, frente a un (50,0%) de no práctica de actividad física, las cuales se encuentra entre los 39 y 49 años de edad (Tabla 7).

Tabla 7.
Clasificación sociodemográfica– Rango de edad

Sexo	Variable	Rango de edad						
		Con actividad física		Sin actividad física		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Hombre	Edad	17-27 años	2	15,40	0	0,00	2	7,40
		28-38 años	10	76,90	2	14,30	12	44,40
		39-49 años	1	7,70	10	71,40	11	40,70
		40- 50 años	0	0,00	2	14,30	2	7,40
		51-61 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00%
	Total						27	100,00%
Mujer	Edad	17-27 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		28-38 años	34	97,10	13	36,10	47	66,20
		39-49 años	1	2,90	18	50,00	19	26,80
		40- 50 años	0	0,00	2	5,60	2	2,80
		51-61 años	0	0,00	3	8,30	3	4,20
	Total						71	100,00%

n = número de personas; %= porcentaje

Para el caso del estrato socio económico (Tabla 8) se observó una mayor frecuencia en la práctica de actividad física para las personas de estrato 3 en hombres (38,5%) y en mujeres (45,7%), seguido del estrato 4 en el caso de los hombres (23,1%) y del estrato 5 en el caso de las mujeres (28,6%). En cuanto a las personas no practicantes de actividad física se observó, una mayor frecuencia en el estrato 4 (28,6%) seguido del estrato 3 (28,6%) para el caso de los hombres, y en las mujeres se observó una mayor frecuencia en el estrato 3 (44,4%).

Tabla 8.*Clasificación sociodemográfica– Estrato socio-económico*

		Estrato socio-económico						
		Con actividad física		Sin actividad física		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Hombre	Estrato socioeconómico	Estrato 2	2	15,4	2	14,3	4	14,8
		Estrato 3	5	38,5	4	28,6	9	33,30
		Estrato 4	3	23,1	5	35,7	8	29,60
		Estrato 5	2	15,4	3	21,4	5	18,50
		Estrato 6	1	7,7	0	0,0	1	3,70
	Total	13	48,1	14	51,9	27	100,0	
Mujer	Estrato socioeconómico	Estrato 2	3	8,6	4	11,1	7	9,90
		Estrato 3	17	45,7	16	44,4	33	45,10
		Estrato 4	4	11,4	7	19,4	11	15,50
		Estrato 5	10	28,6	7	19,4	17	23,90
		Estrato 6	2	5,7	2	5,6	4	5,60
	Total	36		36		72		

n = número de personas; %= porcentaje.

Para el caso de la ocupación (Tabla 9), la actividad física en los hombres se observó una mayor frecuencia en la población estudiantes (53,8%), seguido de trabajadores independientes (23,1%). Mientras que en el caso de las mujeres se observó un aumento en la actividad física en estudiantes (48,6%) y empleadas (37,1%). En el caso de los sedentarios se encontró que la mayoría, tanto hombres (50,0%) como mujeres (50,0%), se encuentra empleada, seguido de las personas con trabajo independiente, quienes correspondieron al 28,6% de los hombres y el 30,6% de las mujeres.

Tabla 9.*Clasificación sociodemográfica– Ocupación*

		Ocupación						
		Con actividad física		Sin actividad física		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Hombre	Ocupación	Empleado	2	15,40	7	50,0	9	33,30
		Desempleado	1	7,70	0	0,00	1	3,70
		Independiente	3	23,10	4	28,60	7	25,90
		Estudiante	7	53,80	3	21,40	10	37,00
	Total	13	100,00	14	100,00	27	100,00	
Mujer	Ocupación	Empleado	13	37,10	18	50,00	31	43,70
		Desempleado	2	5,70	0	0,0	2	2,80
		Independiente	3	8,60	11	30,60	14	19,70
		Estudiante	17	48,60	7	19,40	24	33,80
	Total	35	100,00	36	100,00	71	100,00	

n = número de personas; %= porcentaje.

En cuanto al estado civil de las personas encuestadas (Tabla 10), se observó que tanto los hombres (84,60%) como las mujeres (88,60%) practicantes de actividad física en su mayoría son solteros, muy similar a la condición de los no practicantes de actividad física que, tanto hombres (64,30%) como mujeres (61,10%), indicaron al momento de la encuesta estar solteros.

Tabla 10.*Clasificación sociodemográfica– Estado civil*

			Estado Civil					
			Con actividad física		Sin actividad física		Total	
			n	%	n	%	n	%
Hombre	Estado Civil	Soltero-a	11	84,60	9	64,30	20	74,10
		Casado-a	2	15,40	4	28,60	6	22,20
		Divorciado-a	0	0,00	1	7,10	1	3,70
		Viudo-a	0	0,00	0	0,0	0	0,00
	Total		13	100,00	14	100,0	27	100,00
Mujer	Estado Civil	Soltero-a	31	88,60	22	61,1	53	74,60
		Casado-a	3	8,60	7	19,4	10	14,10
		Divorciado-a	1	2,90	6	16,7	7	9,90
		Viudo-a	0	0,00	1	2,8	1	1,40
	Total		35	100	36	100	71	100,00

n = número de personas; %= porcentaje.

3.1.2 Hábitos Alimenticios

Para el caso de la frecuencia en la práctica o no de un plan nutricional (Tabla 11), se observó que la mayoría de las personas, tanto practicantes (65,3%) como no practicantes de actividad física (65,3%), no siguen un plan nutricional, frente a practicantes (34,6%) y no practicantes de actividad física (30,0%) que cuentan con un plan nutricional. En relación a esto, para la prescripción o asesoría en los planes nutricionales (Tabla 12) se estableció que la mayoría fueron prescritos por médico o nutricionista (64,7%) para el caso de los practicantes de actividad física y (53,3%) en los no practicantes de actividad física, seguido por sugerencias de amigos o conocidos (23,5%) en los practicantes de actividad física y (26,7%) para los no practicantes de actividad física.

Tabla 11.*Distribución de frecuencias por práctica de plan nutricional o dieta*

Distribución de frecuencias por practica de plan nutricional o dieta						
	Con actividad física		Sin actividad física		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	17	34,69	15	30,0	32	32,3
No	32	65,3	35	65,3	67	67,7
Total	49	100,0	50	100,0	99	100,0

n = número de personas; %= porcentaje.

Tabla 12.*Distribución de frecuencias de personas implicadas en la asesoría nutricional*

Distribución de frecuencias de personas implicadas en la asesoría nutricional						
	Con actividad física		Sin actividad física		Total	
	N	%	n	%	n	%
Médico nutricionista	11	64,7	8	53,3	19	59,4
Entrenador	2	11,8	3	20,0	5	15,6
Amigos o conocidos	4	23,5	4	26,7	8	25,0
Total	17	100,0	15	100,0	32	100,0

n = número de personas; %= porcentaje.

En cuanto a la variable de aprobación o desaprobación de la familia frente a la alimentación saludable (Tabla 13), en las personas practicantes de actividad física se encontró que la mayoría (77,6%) y no practicantes de actividad física (74,0%) cuentan con la aprobación de sus familias, frente a un (22,4%) y (26,0%) que obtienen dicho apoyo, respectivamente.

Tabla 13.*Distribución de frecuencias para la aprobación o desaprobación de la alimentación saludable*

Distribución de frecuencias para la aprobación o desaprobación de la alimentación saludable						
	Con actividad física		Sin actividad física		Total	
	N	%	n	%	n	%
Si	38	77,6	37	74,0	75	75,8
No	11	22,4	13	26,0	24	24,2
Total	49	100,00	50	100,00	99	100,00

n = número de personas; %= porcentaje.

En complemento a lo anterior, la influencia de las familias en llevar una alimentación saludable (Tabla 14), se halló que para las personas practicantes de actividad física (89,8%) y los no practicantes (78%), en donde, la mayoría refiere que es positiva la influencia que tiene la familia directamente en llevar una alimentación saludable, en contraste con la creencia de que la familia no tiene una influencia en llevar una alimentación saludable (10,2%) y (22,0%), respectivamente.

Tabla 14.

Distribución de frecuencias de influencia de la familia al momento de llevar una alimentación saludable

Distribución de frecuencias de influencia de la familia al momento de llevar una alimentación saludable						
	Con actividad física		Sin actividad física		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	44	89,80	39	78,00	83	83,8
No	5	10,2	11	22,0	16	16,2
Total	49	100,00	50	100,00	99	100,00%

n = número de personas; %= porcentaje.

Frente a la concepción de los hábitos alimenticios (Tabla 15), se encontró que los practicantes de actividad física (46,9%) tienen hábitos alimenticios buenos frente a la mayoría de los no practicantes de actividad física (52,0%) quienes refieren tener hábitos alimenticios regulares; como segunda frecuencia con mayor porcentaje se encontró que los practicantes de actividad física (44,9%) presentan hábitos de alimentación regulares y en los no practicantes de actividad física (38,0%) presentan hábitos de alimentación saludables.

Tabla 15.

Distribución de frecuencias de concepción de hábitos alimenticios

Distribución de frecuencias de concepción de hábitos alimenticios						
	Con actividad física		Sin actividad física		Total	
	N	%	N	%	n	%
Muy buenos	1	2,0	1	2,0	2	2,0
Buenos	23	46,9	19	38,0	42	42,4
Regulares	22	44,9	26	52,0	48	48,5
Malos	2	4,1	4	8,0	6	6,1
Muy malos	1	2,0	0	0,0	1	1,0
Total	17	100,00%	15	100,00%	32	100,00%

n = número de personas; %= porcentaje.

Para el caso de lectura de la información nutricional de los alimentos (Tabla 16), se encontró que la mayoría de las personas practicantes de actividad física (53,1%) sí revisan la información nutricional de los alimentos, caso contrario para las personas no practicantes de actividad física, los cuales en su mayoría (56,0%) no revisan la información nutricional de los alimentos.

Tabla 16.

Distribución de frecuencias para la lectura de la información nutricional de los alimentos

Distribución de frecuencias para la lectura de la información nutricional de los alimentos						
	Con actividad física		Sin actividad física		Total	
	n	%	N	%	n	%
Si	26	53,1	22	44,0	48	48,5
No	23	46,9	28	56,0	51	51,5
Total	49	100	50	100	99	100

n = número de personas; %= porcentaje

Frente a los rangos de tiempo empleados en las comidas principales (Tabla 17), se encontró que los practicantes de actividad física (75,5%) y los no practicantes de actividad física (76,0%) emplean menos de 30 minutos para el desayuno; se halló que los practicantes de actividad física (46,9%) y los no practicantes de actividad física emplean entre 20 y 30 minutos en el almuerzo; y para el caso de la cena se estableció que los practicantes de actividad física (42,9%) y los no practicantes de actividad física (49%) emplean para la cena entre 20 y 30 minutos.

Tabla 17.*Distribución de frecuencias rangos de tiempo de consumo por comida principal*

		Distribución de frecuencias rangos de tiempo de consumo por comida principal					
		Con actividad física		Sin actividad física		Total	
		n	%	n	%	n	%
Desayuno	Menos de 20 minutos	37	75,5	38	76,0	75	75,8
	Entre 20 y 30	9	18,4	11	22,0	20	20,2
	Entre 30 y 40	3	6,1	1	2,0	4	4,0
	Total	49	100,0	50	100,0	99	100,0
Almuerzo	Menos de 20 minutos	11	22,4	8	16,0	19	19,2
	Entre 20 y 30	23	46,9	28	56,0	51	51,5
	Entre 30 y 40	12	24,5	13	26,0	25	25,3
	Más de 60	3	6,1	1	2,0	4	4,0
Total	49	100,0	50	100,0	99	100,0	
Cena	Menos de 20 minutos	20	40,8	21	42,0	41	41,4
	Entre 20 y 30	21	42,9	24	48,0	45	45,5
	Entre 30 y 40	8	16,3	5	10,0	13	13,1
	Total	49	100	50	100	99	100

n = número de personas; %= porcentaje.

Para el caso de la percepción de alimentos perjudiciales para la salud y el funcionamiento adecuado del organismo (Tabla 18), la mayoría (98,0%) para el caso de las personas practicantes de actividad física y (92,0%) para las personas no practicantes de actividad física indican que el funcionamiento del organismo y la salud se ven afectados dependiendo del consumo de ciertos alimentos.

Tabla 18.*Alimentos perjudiciales para la salud y el funcionamiento adecuado del organismo*

		¿Cree que hay alimentos perjudiciales para la salud y el funcionamiento adecuado del organismo?			
		Con actividad física		Sin actividad física	
		N	%	n	%
Si		48	98,0	46	92,0
No		1	2,0	4	8,0
Total		49	100,0	50	100,0

n = número de personas; %= porcentaje.

Frente al consumo de comida rápida (Tabla 19), la mayoría de las personas practicantes de actividad física (67,3%) y los no practicantes de actividad física (70,0%) consumen ocasionalmente este tipo de comidas.

Tabla 19.

Distribución de frecuencias de consumo de comida rápida

Distribución de frecuencias de consumo de comida rápida						
	Con actividad física		Sin actividad física		Total	
	N	%	N	%	n	%
Ocasionalmente	33	67,3	35	70,0	68	68,7
Una vez por semana	15	30,6	14	28,0	29	29,3
Nunca	1	2,0	1	2,0	2	2,0
Total	17	100	15	100	32	100

n = número de personas; %= porcentaje.

En cuanto al efecto del consumo de comida chatarra (Tabla 20), se encontró que para las personas practicantes de actividad física (61,2%) y los no practicantes de actividad física (60,0%), la apariencia física por si sola presento poca frecuencia en ambas muestras y los motivos de salud tuvieron una frecuencia intermedia (28,6%) y (24,0%) respectivamente, el consumo de comida chatarra esta mediado por las consecuencias en su salud para ambas poblaciones.

Tabla 20.

Distribución de frecuencias de los motivos para el consumo de comida chatarra

Distribución de frecuencias de los motivos para el consumo de comida chatarra						
	Con actividad física		Sin actividad física		Total	
	N	%	N	%	n	%
Apariencia física	2	4,1	1	2,0	3	3,0
Salud	14	28,6	12	24,0	26	26,3
Ambas	30	61,2	30	60,0	60	60,6
Ninguna	3	6,1	7	14,0	10	10,1
Total	49	100,00	50	100,00%	99	100,00%

n = número de personas; %= porcentaje.

Para las personas practicantes de actividad física se encontró que los grupos de alimentos que mayor consumo presentan corresponden al grupo de los huevos con un 44,9%, seguido de las frutas (37,7%) y los cereales (32,7%). Los grupos de alimentos como los lácteos, las grasas, el agua

de panela, las comidas rápidas y los alimentos light se consumen 6 a 7 veces por semana con frecuencias que oscilan entre el 10% y el 30% las cuales se podrían considerar intermedias (Tabla 21). En cambio, todo el grupo de suplementos nutricionales y quemadores de grasa presentan baja frecuencia en el consumo semanal teniendo frecuencias de consumo menores al 10%.

Para las personas no practicantes de actividad física se encontró que los grupos de alimentos que mayor consumo presenta es el grupo de los huevos con un 52,0%, seguido los cereales (30,0%). Los grupos de alimentos como los lácteos, frutas, las grasas, el agua de panela, los suplementos nutricionales y los alimentos light se consumen 6 a 7 veces por semana con frecuencias que oscilan entre el 10% y el 30% las cuales se podrían considerar intermedias. En cambio, todo el grupo de suplementos nutricionales, las comidas rápidas y quemadores de grasa presentan baja frecuencia en el consumo semanal teniendo frecuencias de consumo menores al 10%.

Tabla 21.*Frecuencias de consumo de grupos de alimentos semanalmente*

	Frecuencias de consumo de grupos de alimentos semanalmente															
	Con Actividad Física								Sin Actividad Física							
	1 a 2 veces		3 a 5 veces		6 a 7 veces		No consumo		1 a 2 veces		3 a 5 veces		6 a 7 veces		No consumo	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cereales refinados / procesados (arroz blanco, pan blanco, productos derivados de las harinas o masas obtenidas de cereales)	11	22,4	20	40,8	16	32,7	2	4,1	13	26,0	19	38,0	15	30,0	3	6,0
Frutas	13	26,5	18	36,7	17	37,7	1	2,0	20	40,0	20	40,0	9	18,0	1	2,0
Leches (vaca, cabra, búfala)	13	26,5	13	26,5	13	26,5	10	20,4	14	28,0	12	24,0	13	26,0	11	22,0
Pescado y frutos del mar	28	57,1	6	12,2	3	6,1	12	24,5	28	56,0	11	22,0	3	6,0	8	16,0
Huevos	10	20,4	16	32,7	22	44,9	1	2,0	5	10,0	12	24,0	26	52,0	7	14,0
Poliinsaturadas y mono insaturadas (aceites de canola de maíz o soya, aceite de oliva, aguacate)	17	34,7	16	32,7	9	18,4	7	14,3	16	32,0	15	30,0	14	28,0	5	10,0
Aguade panela	16	32,7	10	20,4	13	26,5	10	20,4	22	44,0	9	18,0	9	18,0	10	20,0
Comidas rápidas o mecató de paquete	26	53,1	12	24,5	6	12,2	5	10,2	23	46,0	14	28,0	3	6,0	10	20,0

n = número de personas; %= porcentaje

Tabla 22.

Frecuencias de consumo de grupos de alimentos semanalmente

Frecuencias de consumo de grupos de alimentos semanalmente																
	Con Actividad Física								Sin Actividad Física							
	1 a 2 veces		3 a 5 veces		6 a 7 veces		No consumo		1 a 2 veces		3 a 5 veces		6 a 7 veces		No consumo	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alimentos Light, fitness, fit, cero azúcar, etc.	14	28,6	9	18,4	10	20,4	16	32,7	19	38,0	9	18,0	6	12,0	16	32,0
Suplementos nutricionales para aumento de peso o masa muscular	11	22,4	3	6,1	1	2,0	34	69,4	12	24,0	4	8,0	2	4,0	32	64,0
Suplementos nutricionales para perdida o control de peso	7	14,3	1	2,0	3	6,1	38	77,6	15	30,0	0	0,0	1	2,0	34	68,0
Suplementos nutricionales energizantes (cafeína, pre entrenamientos, entre otros)	6	12,2	4	8,2	4	8,2	35	71,4	11	22,0	3	6,0	5	10,0	31	62,0
Quemadores de Grasa o pastillas para controlar el apetito	5	10,2	1	2,0	3	6,1	40	81,6	13	26,0	0	0,0	1	2,0	36	72,0

n = número de personas; %= porcentaje

3.1.3 Actividad Física

Para el caso de la frecuencia en la práctica de actividad física (Tabla 23), se encontró que la mayoría de las personas practican entre 3 y 4 veces a la semana (44,9%), seguido de la práctica entre 1 y 2 veces a la semana (30,6%).

Tabla 23.

Distribución de frecuencias en la cantidad semanal en la realización actividad física moderada o intensa

¿Con qué frecuencia semanal realiza actividad física moderada o intensa?		
	n	%
1-2 veces	15	30,6
3-4 veces	22	44,9
5 o más veces	12	24,5
Total	49	100

n = número de personas; %= porcentaje.

En cuanto a la cantidad de tiempo dedicado a la práctica de actividad física (Tabla 24) se encontró que la mayoría de las personas, es decir, 18 personas dedican 2 horas (37%), seguido por 17 personas que dedican alrededor de 1 hora (35%) a la semana y, finalmente, se estableció que solo 10 personas tienen una frecuencia de 3 o más horas (20%) de actividad física en la semana.

Tabla 24.

Distribución de frecuencia de rangos de tiempo dedicados a la actividad física semanal

¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a esta actividad física?		
	n	%
Menos de 1 hora	4	8,2
1 hora	17	35
2 horas	18	37
3 o más horas	10	20
Total	49	100

n = número de personas; %= porcentaje.

Para el caso de lo que consideran que es el ideal de horas empleadas en actividad física (Tabla 25), se encontró que 35 personas (71%) consideran, que para tener una vida sana se debe de practicar actividad física entre 3 y 4 veces a la semana, seguido de 9 personas (18%), las cuales

consideran que para llevar una vida sana se debe de practicar actividad física 5 o más veces en la semana.

Para el caso de la frecuencia en la práctica de actividad física moderada o intensa (actividad física moderada se entendería por aquella que aumenta el ritmo cardíaco y la frecuencia de respiración. Actividad física intensa sería aquella que además de lo anterior produce sudoración) se encontró que la mayoría de las personas practican entre 3 y 4 veces a la semana estas actividades (44,9%), seguido de la práctica entre 1 y 2 veces a la semana (30,6%).

Tabla 25.

Distribución de frecuencias percepción de la frecuencia ideal de práctica de actividad física para tener una vida sana

¿Cuántos días de entrenamiento en la semana considera que son suficientes para tener una vida sana?		
	N	%
1-2 veces	5	10
3-4 veces	35	71
5 o más veces	9	18
Total	49	100

n = número de personas; %= porcentaje.

En cuanto a la cantidad de tiempo dedicado a la práctica de actividad física semanal, se encontró que la mayoría de las personas dedican 2 horas (37%), seguido las que dedican alrededor de 1 hora (35%) a la semana.

Para el caso de lo que consideran que es el ideal de horas empleadas en actividad física, se encontró que consideran, que para tener una vida sana se debe de practicar actividad física entre 3 y 4 veces a la semana (71%), seguido practicar actividad física entre 5 o más veces en la semana (18%).

En cuanto al tiempo que las personas dedican en actividades sedentarias (Tabla 26), se estableció que la mayoría de las personas, 24 personas (49%) para el caso de los practicantes de AF y 24 personas (48%) para las sedentarias o no practicantes de AF, dedican entre 3 a 4 horas diarias; además, se estableció que, la segunda mayor frecuencia se encuentra en el rango de 5 a 6 horas diarias, encontrándose que para las personas practicantes de actividad física, 11 personas (22.4%) y 8 personas (16%) para el caso de las personas no practicantes de AF.

Tabla 26.*Rangos de tiempo dedicado a actividades sedentarias*

¿En promedio, cuántas horas al día ve televisión, está al frente del computador e interactúa con videojuegos?				
	Con actividad física		Sin actividad física	
	n	%	n	%
De 3 a 4 horas diarias	24	49	24	48
De 5 a 6 horas diarias	11	22,4	8	16
De 7 a 8 horas diarias	8	16,3	5	10
De 9 a 10 horas diarias	3	6,1	8	16
Más de 10 horas diarias	3	6,1	5	10
Total	49	100	50	100

n = número de personas; %= porcentaje.

Se establece que para el diagnóstico previo de alguna enfermedad -diabetes, hipertensión, dislipidemias, hipotiroidismo, otra- (Tabla 27), la mayoría de las personas encuestadas, 43 personas (87,8%) para las practicantes de AF y 47 personas (94%) para las no practicantes, indican no haber sido diagnosticados con alguna patología o enfermedad de las mencionadas.

Tabla 27.*Distribución de frecuencias frente a diagnóstico de enfermedades*

En los últimos 6 meses ¿le han diagnosticado o está en tratamiento de alguna de estas enfermedades? (diabetes, hipertensión, dislipidemias, hipotiroidismo, otra)				
	Con actividad física		Sin actividad física	
	N	%	n	%
Si	6	12,2	3	6
No	43	87,8	47	94
Total	49	100	50	100

n = número de personas; %= porcentaje.

Frente a la conciencia en el estado de salud (Tabla 28), se encontró que la mayoría de las personas les preocupa su estado de salud, para los practicantes de AF una frecuencia de 42 personas (84,7%) y para los no practicantes de actividad física, 36 personas (72%). Es importante resaltar que, un porcentaje considerable en los no practicantes de AF refieren no preocuparles su estado de salud -14 personas (28%).

Tabla 28.*Distribución de frecuencias frente a la conciencia de la salud*

¿Le preocupa su estado de salud?					
		Con actividad física		Sin actividad física	
	n	%	n	%	
Si	42	85,7	36	72	
No	7	14,3	14	28	
Total	49	100	50	100	

n = número de personas; %= porcentaje.

Para el caso de la pregunta y el rango en la importancia o no importancia en la práctica de las actividades según el listado (Tabla 29) que estas tienen en la mejora de la salud de los participantes, se encontró que practicar una alimentación balanceada es considerado como una hábito que contribuye de manera significativa en la mejora en la salud, tanto en personas practicantes de actividad física con 39 afirmaciones (79,6%), seguido de 25 afirmaciones (50,0%) para el caso de los no practicantes o sedentarios. Para la práctica de actividad física, 21 personas (42,9%) que hacen AF la realizan y 22 personas (44,0%) que no practicantes AF, consideran que esta es muy importante para la mejora de la salud, seguido de 21 (42,9%) y 13 personas (26,0%), practicantes y no practicantes de actividad física, respectivamente, que consideran que esta es importante en la mejora de la salud.

Tabla 29.

Distribución de frecuencias según rango de importancia en listado de actividades para la mejora de la salud

		Clasifique de 1 a 5 la importancia que tienen para usted, en la mejora de su salud:			
		Con Actividad Física		Sin Actividad Física	
		n	%	n	%
Una alimentación balanceada	Sin importancia	2	4,1	3	6,0
	De poca importancia	0	0,0	0	0,0
	Moderadamente importante	4	8,2	7	14,0
	Importante	4	8,2	15	30,0
	Muy importante	39	79,6%	25	50,0
	Total	49	100,0	50	100,0
La práctica de actividad física (gimnasio, entrenamiento personal, correr, ciclismo)	Sin importancia	2	4,1	2	4,0
	De poca importancia	2	4,1	3	6,0
	Moderadamente importante	3	6,1	10	20,0
	Importante	21	42,9	13	26,0
	Muy importante	21	42,9	22	44,0
	Total	49	100,0	50	100,0
Practicar deporte (futbol, baloncesto, voleibol, entre otros)]	Sin importancia	5	10,2	6	12,0
	De poca importancia	7	14,3	13	26,0
	Moderadamente importante	11	22,4	12	24,0
	Importante	11	22,4	9	18,0
	Muy importante	15	30,6	10	20,0
	Total	49	100,0	50	100,0
Ir a un centro estético (spa, peluquería, centros de belleza)	Sin importancia	27	55,1	19	38,0
	De poca importancia	8	16,3	16	32,0
	Moderadamente importante	8	16,3	8	16,0
	Importante	5	10,2	5	10,0
	Muy importante	1	2,0	2	4,0
	Total	49	100,0	50	100,0
Meditar (yoga, Pilates, mindfulness)	Sin importancia	11	22,4	11	22,0
	De poca importancia	12	24,5	16	32,0
	Moderadamente importante	9	18,4	8	16,0
	Importante	13	26,5	4	8,0
	Muy importante	4	8,2	11	22,0
	Total	49	100	50	100

n = número de personas; % = porcentaje.

Continuando con la actividad de practicar un tipo de deporte, se encontró que 15 (30,6%) personas practicantes de actividad física, consideran que es muy importante la práctica para la mejora en la salud; se encontró también que para los no practicantes de actividad física (26%) consideran que es poco importante esta actividad en la mejora de la salud. De acuerdo con los participantes, se encontró que, en el caso de la práctica de ir a un SPA, consideran que esto no tiene importancia (55,1%) en la mejora de la salud y para el caso de los no practicantes de actividad física (38%), consideran sin importancia esta práctica en la mejora de su salud.

Mientras para la actividad de mindfulness se encontró que para los practicantes de actividad física (26,5%) tiene gran importancia para la mejora en la salud, mientras que para los no practicantes de actividad física (32%) esta actividad es considerada de poca importancia en la mejora de la misma.

3.1.4 Fitness

Frente a lo que consideran las personas frente sobre un cuerpo fitness (Tabla 30), se encontró que: 86 personas (42,6%) consideran que es saludable; 41 personas (20,3%) consideran que es un cuerpo feliz; 37 personas (18,3%) consideran que es un cuerpo bello y 20 personas (9,9%) consideran que es un cuerpo Vigorexico. Estas respuestas en ambas poblaciones del estudio.

Tabla 30. *Cuerpo fitness*

	¿Cómo es para usted un cuerpo fitness?					
	Con actividad física		Sin actividad física			
	n	%	n	%	n	%
Feliz	22	53,7	19	46,3	41	100
Bello	21	56,8	16	43,2	37	100
Joven	11	68,8	5	31,3	16	100
Saludable	42	48,8	44	51,2	86	100
Sometido a cirugías	0	0,0	2	100	2	100
Vigorexico	10	50,0	10	50,0	20	100

n = número de personas; % = porcentaje.

Para el caso de las palabras o frases que consideran las personas asociadas al fitness (Tabla 31), se encontró que la mayor frecuencia en las personas practicantes de actividad física es: Disciplina (43,4%), buena alimentación (42,4%), el mejoramiento de la condición física (41,4%),

la salud (41.4%); mientras que para las palabras o frases que mayormente asocian al fitness las personas no practicantes de actividad física son: Disciplina (42.4%), salud (38.4%) y buena alimentación (34.3%).

Tabla 31.

Palabras o frases asociadas a un estilo de vida fitness

	¿Cuáles palabras o frases que asocia a un estilo de vida fitness?			
	Con actividad física		Sin actividad física	
	n	%	n	%
Mejoramiento de la condición física	41	41,4	33	33,3
Disciplina	43	43,4	42	42,4
Forma específica de pensar sobre el cuerpo humano	21	21,2	11	11,1
Consumo	14	14,1	12	12,1
Relaciones sociales	13	13,1	11	11,1
Mercantilización del cuerpo	11	11,1	8	8,1
Fisicoculturismo	6	6,1	7	7,1
Buena alimentación	42	42,4	34	34,3
Autoestima	29	29,3	32	32,3
Salud	41	41,4	38	38,4
Belleza	31	31,3	24	24,2
Total	49	294,9	50	254,5

n = número de personas; %= porcentaje.

Para el caso de la aceptación y la satisfacción corporal (Tabla 32) se encontró que las personas que practican actividad física (59,2%) y las personas no practicantes de actividad física (70%) aceptan su cuerpo y se sienten satisfechas con su cuerpo.

Tabla 32.

Distribución de frecuencias frente a la aceptación y satisfacción de Sin actividad física su cuerpo

	Distribución de frecuencias frente a la aceptación y satisfacción de su cuerpo			
	Con actividad física		Sin actividad física	
	n	%	n	%
Si	29	59,20	35	70,00
No	20	40,80	15	30,00
Total	49	100	50	100

n = número de personas; %= porcentaje.

Vemos ahora que para el caso de la influencia de redes sociales y figuras públicas (Tabla 33), las personas con actividad física consideran que estas sí tienen una influencia al momento de llevar una vida fitness, con una frecuencia de 42 personas (85,7%) y de igual manera, las personas no practicantes de actividad física lo consideran importante con una frecuencia de 32 personas (64%).

Tabla 33.

Distribución de frecuencias de influencias de redes sociales y figuras publicas

Distribución de frecuencias de influencias de redes sociales y figuras publicas				
	Con actividad física		Sin actividad física	
	n	%	n	%
Si	42	85,70	32	64,00
No	7	14,30	18	36,00
Total	49	100	50	100

n = número de personas; %= porcentaje.

A continuación, encontramos las definiciones en las creencias frente a lo que consideran que es un alimento fitness (Tabla 34): un alimento saludable, 77 personas (31,2%); un alimento bajo en grasa 57 personas (23,1%); un alimento con pocas calorías, 49 personas (19,8); y un alimento rico en proteínas 37 personas (15%). Estas respuestas en ambas poblaciones del estudio.

Tabla 34.

Alimento fitness

¿Qué es para usted un alimento fitness?				
	Si		No	
	n	%	n	%
Un alimento bajo en grasa	26	26,3	31	31,3
Un alimento con pocas calorías	24	24,2	25	25,3
Rico en proteínas	22	22,2	15	15,2
Un alimento saludable	40	40,4	37	37,4
Un alimento de origen natural	12	12,1	15	15,2
Total	49	125,3	50	124,2

n = número de personas; %= porcentaje.

Tabla 35.
Estilo de vida fitness

¿Qué lo impulsaría a llevar un estilo de vida fitness?				
	¿Realiza actividad física semanal?			
	Si		No	
	n	%	n	%
Salud	40	43,0	38	40,9
Apariencia física	32	34,4	25	26,9
Autoestima	31	33,3	23	24,7
Status	4	4,3	2	2,2
Grupo social	6	6,5	3	3,2
Por decisión propia	22	23,7	21	22,6
Total	49	145,2	50	120,4

n = número de personas; %= porcentaje.

Veamos ahora que, para el caso de las motivaciones para llevar una vida fitness (Tabla 35), las principales motivaciones que se encontró fueron: salud con 78 personas (31,6%); apariencia física con 57 personas (23,1%) y autoestima con 54 personas (21,9%). Esto para el caso de ambas poblaciones tanto practicantes de actividad física como los no practicantes de actividad física.

A continuación, frente al consumo de suplementos o medicamentos para el control del peso corporal (Tabla 36), se encontró que 42 personas (85,7%) y 42 (84%) personas, practicantes y no practicantes de actividad física, respectivamente, refieren el no consumo de estos medicamentos o suplementos.

Tabla 36.
Distribución de frecuencias frente al consumo de suplementos o medicamentos para controlar el peso corporal

Distribución de frecuencias frente al consumo de suplementos o medicamentos para controlar el peso corporal				
	Con actividad física		Sin actividad física	
	n	%	n	%
Si	7	14,30	8	16,00
No	42	85,70	42	84,00
Total	49	100	50	100

n = número de personas; %= porcentaje.

Tabla 37.*Influencias sociales para llevar un estilo de vida fitness*

	¿Cuál de los siguientes círculos es el que más influencia su percepción o práctica de la actividad física?			
	Con Actividad Física		Sin Actividad Física	
	n	%	n	%
Familia	13	13,1	14	14,1
Trabajo	6	6,1	5	5,1
Amigos	30	30,3	15	15,2
Redes sociales	14	14,1	10	10,1
Publicidad	6	6,1	2	2,0
Por decisión propia	35	35,4	36	36,4
Total	49	105,1	50	82,8

n = número de personas; %= porcentaje.

Como se observa en el caso de la influencia sociales que tienen para llevar una vida fitness (Tabla 37), se estableció que la mayoría de las personas (35,4%) para las personas practicantes de actividad física y los no practicantes de actividad física (36,4) toman esta decisión por su propia cuenta, presentándose también unas frecuencias significativas en la influencia de los amigos(24,2%) que consideran que esta decisión se ve influenciada por sus amigos, y, finalmente, se estableció que la familia tiene una gran influencia en la decisión de llevar un estilo de vida fitness con 27 personas (14,5%); esto se observó en ambas poblaciones tanto en los practicantes y los no practicantes de actividad física.

Tabla 38.
Clasificación del IMC según sexo

Clasificación IMC Según Sexo		¿Realiza actividad física semanal?			
		Si		No	
		n	%	n	%
Hombre	Normo peso	10	76,9%	9	64,3%
	Sobrepeso	3	23,1%	5	35,7%
	Bajo peso	3	8,3%	0	0,00%
Mujer	Normo peso	27	75,0%	33	91,7%
	Sobrepeso	4	11,1%	3	8,3%
	Obesidad	2	5,6%	0	0,00%
Clasificación IMC Total de la muestra		n	%	n	%
Bajo peso		3	6,1%	0	0%
Normo peso		37	75,5%	42	84,0%
Sobrepeso		7	14,3%	8	16,0%
Obesidad		2	4,1%	0	0,0%
Total		49	100,0%	50	100%

n = número de personas; %= porcentaje.

Tabla 39. *Clasificación % de grasa corporal*

	Clasificación % de grasa corporal			
	Practica Actividad Física Semanal			
	Si		No	
	n	%	n	%
Bajo	2	4,1%	0	0,0%
Recomendado	26	53,1%	18	36,0%
Alto	12	24,5%	24	48,0%
Muy Alto	9	18,4%	8	16,0%
Total	49	100,0%	50	100,0%

n = número de personas; %= porcentaje.

3.2 Componente Cualitativo

3.2.1 Saberes y creencias sobre el cuerpo

3.2.1.1 Diferencias de concepción del cuerpo según características sociodemográficas de las personas del estudio. Para los participantes la concepción que se tiene sobre el cuerpo se ve marcada según el sexo, estrato, ocupación o profesión. La concepción de cuerpo es diferente entre hombres y mujeres, ya que para los primeros el cuerpo debe de proyectar fuerza y seguridad, mientras que el cuerpo de la mujer es concebido como algo más delicado, bello, y, que proyecta feminidad. Se resalta el papel que juegan los medios de comunicación y redes sociales en la construcción y definición del estereotipo del cuerpo ideal.

Es importante resaltar que, estas definiciones son repetitivas entre los dos grupos de participantes, evidenciando una convergencia en la manera de concepción de los cuerpos.

“El cuerpo es visto de diferente forma, pues en el caso de las mujeres es concebido como un cuerpo que refleja feminidad y delicadeza, mientras que en el caso de los hombres se habla de fuerza, además por su funcionalidad y forma es naturalmente diferente.” (Entrevista a hombre de 29 años practicante de AF).

“Los estándares de belleza que se han instalado en las personas, han hecho creer que una mujer tiene que tener el súper cuerpo, con unas medidas estandarizadas, para poder encajar en distintos círculos sociales y acceder a ciertos tipos de trabajo.” (Entrevista a hombre de 30 años).

“La mujer ha tenido una preocupación más marcada por ser delgada, por tener un cuerpo bello e incluso las imágenes publicitarias propician esa imagen” (Entrevista a mujer, 24 años)

“La mujer ha tenido una preocupación más marcada por ser delgada, por tener un cuerpo bello e incluso las imágenes publicitarias han usado más a los cuerpos femeninos para llamar la atención.” (Entrevista a mujer, 26 años)

Algunos de los entrevistados indicaron que la concepción del cuerpo se ve influenciada por el estrato socioeconómico, en cuanto la capacidad económica permite la posibilidad de acceder a

cirugías estéticas, mayor tiempo disponible para el autocuidado, el acceso a la educación y el nivel de consciencia sobre los estilos de vida saludable, especialmente la alimentación.

Las personas con mayor poder adquisitivo afirmaron que podían pagar para tener un estilo de vida que los enruta hacia la construcción de un cuerpo deseado. En cambio, las personas de estratos bajos no tendrían las mismas posibilidades a una alimentación saludable o cuidadosa, especialmente cuando sus ingresos son limitados. Esto nos permite observar cómo se desarrolla la distribución de los recursos económicos en base a dicho poder adquisitivo, y cómo esto permea y estructura la inversión en los estilos de vida saludables.

“En la actualidad hay una concepción de que, para tener un cuerpo sano, un estereotipo ideal y llevar una vida fit debes tener capacidad económica” (Entrevista mujer 30 años practicante de AF)

“Las de clase alta si no les gusta algo de su cuerpo lo pueden cambiar con cirugías o gimnasios, mientras que las otras clases sólo pueden anhelar” (Entrevista mujer, 25 años no practicante de AF)

“Creo que lo económico condiciona mucho lo biológico y lo social desde lo educativo. Lo anterior debido a que, en las clases más pobres, los trabajos con sus horarios y sus condiciones, los partos y en general las condiciones de vida van acabando a las personas sin que éstas puedan acceder a una buena salud” (Entrevista hombre, 30 años no practicante de AF)

“Tener un estilo de vida saludable no sólo depende de las ganas, depende también de las posibilidades de tiempo, de economía, de educación, de conciencia” (Entrevista mujer, 26 años practicante de AF)

“Las personas de clases sociales altas se han preocupado más por mantenerse en forma” (Entrevista mujer, 35 años practicante de AF)

La concepción de cuerpo está mediada por el tipo de ocupación que influye en la intensidad de tiempo que se dedica para poder ejercitar o construir ese cuerpo deseado. No obstante, la difusión mediática que ha tenido el mundo fitness, ha permitido que su campo de incidencia sea más amplio, llegando a personas de múltiples ocupaciones - sean o no calificadas. La relación entre

tiempo disponible y ocupación muestra el patrón entre quienes laboran en un contexto de oficina, los cuales suelen ser más sedentarios, si se compara con quienes realizan labores que implican trabajo o esfuerzo físico fuerte, teniendo estos últimos menos tiempos disponible, según los entrevistados, para ejercitarse.

“Sí, hay ocupaciones que dan más tiempo libre para cuidarte físicamente (entrevista hombre, 32 años)

“La intensidad horaria de los trabajos, entonces hay personas que tienen más tiempo para ejercitarse, mientras que otras a duras penas pueden dormir. Sin duda creo que estamos en una época en la que lo fitness ha invadido la mayoría de espacios y profesiones” (entrevista mujer 24 años practicante de AF)

Por su parte, los medios de comunicación muestran los estereotipos de belleza corporal a los que se asocia con diferentes características sociales, como el éxito, influenciando de manera directa o indirecta como nos perciben las personas y el contexto en el que nos desenvolvemos. En este sentido, las profesiones juegan un papel importante para los interlocutores, ya que depende de estas la forma en la que se visualiza y concibe el cuerpo - a nivel individual como social-, influyendo no solo a nivel estético, sino también en cuanto a las dimensiones ontológicas, debido a que inciden en las percepciones de las realidades, diversificando las visiones del mundo, la manera en cómo este se concibe y, por lo tanto, la forma en la que se habita este en un cuerpo determinado.

“Creo que por los medios de comunicación y la sociedad en general se mete que un buen cuerpo es lo que venden estos medios y ese es el ideal al que quieren llegar.” (Entrevista hombre 32 años)

“Muchas veces la profesión y ocupación que elegimos nos hace ver el mundo con otros lentes y por ejemplo la concepción del cuerpo del bailarín no es la misma de un ingeniero, porque dependiendo de las profesiones, se habita y se vive el cuerpo de manera diferencial.” (Entrevista mujer, 26 años)

“Acá influye la parte económica, ya que un obrero, una ama de casa debido a su trabajo, las cargas horarias de este, y a lo poco remunerado donde muchas veces les toca

conseguir otro trabajo para poder vivir lleva a que el tiempo no alcance para tener un buen cuerpo y mucho menos para pensar en la concepción del cuerpo” (Entrevista hombre, 30 años)

3.2.2 Estilos de vida y hábitos alimenticios

3.2.2.1 Motivación para adoptar un plan nutricional o a transformar los hábitos alimentarios. Las motivaciones que impulsaron a los entrevistados a adoptar determinados hábitos alimentarios, estaban relacionadas principalmente por la buena salud y cuestiones estéticas que les permitan sentirse más seguros con sus cuerpos. En relación a esto, un pilar fundamental es tener una alimentación balanceada que les facilite una buena salud, y, por tanto, se mejore la calidad de vida y el bienestar mental. El aspecto estético fue relevante, especialmente para las mujeres ya que como se ha mencionado en apartados anteriores, ellas sienten una presión social mucho mayor referente al aspecto de su cuerpo en relación a los estándares sociales de belleza, es por esto que se resalta en las intervenciones la interrelación entre el buen aspecto del cuerpo, el uso de la vestimenta y la alimentación; es importante resaltar que los hombres también se ven influenciados, no obstante, el peso social es diferente en este aspecto.

“La salud y sentir mi cuerpo sano, porque cuando cuido más mi alimentación mi colon y todo lo digestivo está mucho mejor entonces evito molestias. Además, que cuando como sano siento que me estoy cuidando en todos los sentidos, pues cómo me alimento físicamente tiene que ver con lo que consumo anímicamente.” (Entrevista mujer 25 años practicante de AF).

“Tener buena salud física y mental y buen estado físico.” (Entrevista mujer 26 años practicante de AF)

“Mirarme a un espejo y que me guste lo que veo y tratar de mejorar lo que ya sé que me hace daño” (Entrevista mujer 29 años practicante de AF)

“Siendo importante para mí verme bien y que la ropa me quede bien, ya que cuando tenemos una mejor figura todo queda más lindo y nos sentimos más seguros.” (Entrevista mujer 34 años)

3.2.2.2 Influencia de la familia en la configuración de hábitos alimentarios. En la configuración de hábitos alimentarios fue predominante el papel de la familia, especialmente en cuanto a las decisiones sobre compra de los productos que componen la canasta familiar, los cuales están estrechamente vinculados de forma directa con la persona encargada de la preparación de los mismos; además, se tienen presiones sociales que modifican el consumo de alimentos en los contextos de los hogares y restaurantes, haciendo que sea más complejo transformar los hábitos alimentarios que han sido establecidos, ya sea por cultura, facilidad de acceso económico, preferencias y/o gustos. Evidentemente, las personas que desean llevar una alimentación diferente a la de su entorno familiar, o al lugar de residencia, se ven en la obligación de comprar sus alimentos y, en muchos casos, hacer sus preparaciones, lo que afecta en cierta medida el proceso de cambios de hábitos, debido a que implica en muchos casos privarse de aquello normalizado en el estilo de vida predominante en el entorno de vivienda en que se encuentra, agregando una dificultad adicional a las ya mencionadas.

“Se acostumbra comer en familia o compartir espacios alrededor de la comida, será mucho más difícil llevar una dieta balanceada cuando las personas a tu alrededor no lo hacen o incluso influyen para que dejes de "preocuparte" por lo que comes y te incitan a comer de forma diferentes” (Entrevista mujer 31 años practicante de AF)

“Sí, lo que se merca en casa, los lugares que se visitan para comer en familia, las elecciones que se hacen también van moldeando los alimentos” (Entrevista mujer 24 años)

“Si vivo con ellos me alimento de lo que se merque en la casa y estos mercados suelen abarcar muchos gustos, o alimentos, que tal vez no consumiría si viviera sola” (Entrevista mujer 23 años)

“Si influye. Cuando la pareja y la familia también quieren llevar ese estilo de vida es más fácil seguirlo. Si no fuera así habría que aprender a privarse en medio de un ambiente de sedentarismo y comida chatarra” (Entrevista mujer 30 años)

3.2.2.3 Aspectos físicos y emocionales que influyen en el tipo de alimentación. Entre los interlocutores, se evidencia el vínculo entre los diferentes estados emocionales, como la tristeza o alegría, y el consumo de ciertos alimentos. En algunos casos, esta conducta es concomitante al

sentimiento y contexto social en el que se encuentra la persona, llegando al punto en que estas determinan qué tipo de alimentos se consumen para reafirmar la situación que se está viviendo.

En relación a estos tipos de alimentación, la decisión en la elección de algunos alimentos va relacionada con su efecto en el cuerpo, por ejemplo, a nivel negativo, la pesadez de los lácteos o el efecto en el cuerpo de los fritos. Además, la elección del consumo de alimentos está condicionada por la carga negativa que estos pueden tener socialmente algunos, percibiendo que pueden causar enfermedades o aumento de peso.

“Para mi emocionales, porque cuando estoy triste quiero comer mucho, cuando estoy feliz también y soy muy ansiosa, y lo que más disfruto en el mundo es la comida” (Entrevista mujer 24 años)

“En mi caso emocionales y de salud. Porque si me gusta como se ve mi cuerpo me siento feliz y si con lo que como mi organismo está sano me siento bien” (Entrevista mujer 30 años)

“Para mí está muy marcado por lo físico, porque ya he identificado lo que le cae mal a mi cuerpo, tanto digestivamente como en la piel y por esto me regulo para comer ciertas cosas como lácteos o grasas.” (Entrevista mujer 25 años)

3.2.2.4 Factores que influyen en el tiempo para el consumo de las comidas principales.

En relación a los factores indicados por los entrevistados sobre los tiempos que emplean para su alimentación durante las comidas principales, se encontró que la mayor influencia se da por actividades laborales y ocupaciones relacionadas con su rutina cotidiana, caracterizadas de modo general por ritmos acelerados de trabajo propios del mundo contemporáneo, la preparación de los alimentos, el consumo por fuera del hogar, principalmente de comida rápida o enlatada, e incluso, la irregularidad en los momentos de ingerir los alimentos por las presiones de los entornos laborales, mostrando un cambio en el comportamiento alimentario que afecta, claramente, la nutrición y los hábitos saludables. Estos factores son de gran relevancia ya que, es posible observar la forma en que los referentes normativos que permiten tomar decisiones en torno a los alimentos y su consumo han variado, haciendo que la alimentación pase a un segundo plano, donde incluso es posible posponerse.

“Eso depende del ritmo de vida que se tenga, por los afanes y eso hay mucha gente que no le dedica tiempo a comer, hay más acelere.” (Entrevista mujer 27 años)

“Siento que las personas se dedican mucho menos, tanto en su ingesta como en la preparación y hay una tendencia a comer en la calle o a la comida muy producida como enlatados por la agilidad. Es difícil sacar un tiempo prudente para comer con calma y sin prisa por las exigencias de rapidez del mundo actual” (Entrevista mujer 26 años)

“lo toman como algo que hay que hacer rápido para poder continuar con sus apretadas agendas e incluso se puede llegar a posponer” (Entrevista mujer 30 años)

“Porque vivimos de afán, todo el mundo tiene obligaciones y cosas que hacer, y ya no le dedican el tiempo primordial a la alimentación” (Entrevista hombre 36 años)

“Porque hoy en día vivimos más de afán, pensamos que el tiempo no alcanza y por eso buscamos optimizar en actividades como comer” (Entrevista mujer 27 años)

“Porque la gente hoy está más preocupada por trabajar que por preocuparse por sí mismo” (Entrevista mujer 30 años)

Las implicaciones que tienen los inadecuados hábitos alimenticios en la salud mental y física se relacionan principalmente con el cansancio constante, la baja autoestima, el declive en la energía, el desarrollo real -o potencial- de enfermedades metabólicas y cardiovasculares, y la depresión del sistema inmune. De hecho, uno de los interlocutores afirmaba como el consumo de huevos industriales afecta su salud, lo cual no sucede con los huevos producidos bajo sistemas de producción campesina tradicional. Esto indica cómo los diferentes tipos de hábitos son percibidos en una primera instancia en el cuerpo, evidenciando cambios en la salud física que, posteriormente, afectan la salud mental, siendo este el caso de las variaciones que suceden respecto al aspecto físico.

“Cuando no como bien o en las horas que son siento un mayor cansancio, puede traer consecuencias en mi salud a futuros como enfermedades cardiovasculares, sobrepeso” (Entrevista mujer 25 años)

“En cuanto a implicaciones en la salud trae problemas con los niveles de colesterol y azúcar en la sangre, problemas de sobrepeso y otras enfermedades asociadas a la mala

alimentación o la mala calidad de lo que se consume, por ejemplo, a mí los huevos industriales me caen muy mal, pero de gallinitas menos explotadas no me caen tan mal.” (Entrevista mujer 27 años)

“Enfermedades, baja autoestima, baja energía del cuerpo, la disposición o sentirse con ánimos o no. Las defensas del organismo disminuyen y se es más propenso a enfermarse” (Entrevista mujer 30 años)

El consumo de alimentos poco saludables, principalmente ricos en grasas, para los entrevistados, se van a ver reflejados en un incremento del peso corporal y la percepción concomitante de síntomas en el cuerpo, resultando desagradables para quienes los padecen. Un ejemplo de dichos síntomas se puede ver en las alteraciones en su piel, mareos, náuseas, malestares digestivos y sensación de pesadez, además de la incomodidad al usar algunas prendas de vestir.

“Sobrepeso, presencia de enfermedades, deterioro en la calidad de vida.” (Entrevista hombre 36 años)

“Me engordo o me siento pesada, con ganas de vomitar, el estómago hinchado y a veces acidez en el estómago” (Entrevista mujer 27 años)

“Cuando como mucha grasa o mucho dulce, me mareo. Y si es un periodo de tiempo largo en que consumo más comida rápida siento un aumento leve de peso que se evidencia en la ropa que me va quedando más estrecha. También me siento más cansada” (Entrevista mujer 26 años)

“Yo siento esto hasta en la piel, cuando como muchas grasas me da acné, mi colon se irrita. Mi cuerpo también reacciona inmediatamente con diarreas o estreñimientos, básicamente mi sistema digestivo es el que lo siente todo. Últimamente cuando como mal también me da dolor de cabeza.” (Entrevista mujer 25 años)

3.2.2.5 Cambios percibidos en el cuerpo al modificar los hábitos alimentarios. Los entrevistados perciben cambios que catalogan como favorables en sus cuerpos cuando se modifican los hábitos alimenticios. Siente un aumento de energía, perciben que su salud en general mejora, hay cambios en su composición corporal que les permite sentirse con más seguridad de su

percepción física, incremento de la claridad mental. No obstante, la principal mejora es la percepción acerca de su imagen corporal, que de manera directa influye en el bienestar mental.

“Me siento con más energía, como liviana y fresca, adelgazo, me siento mejor de ánimos porque me siento más linda” (Entrevista mujer 25 años)

“Me siento con más energía y habilidad mental por la ligereza que aporta esto” (Entrevista mujer 26 años)

“Todo tipo de cambios, bajar de peso con una mejor alimentación, disminución del acné si como menos grasa, mejoras en el colon si no consumo lácteos o alimentos muy grasos, además de sentirme más cómoda por no tener el estómago inflamado constantemente.” (Entrevista mujer 27 años)

“Siento menos problemas estomacales y más energía.” (Entrevista Hombre 37 años)

“Siento que se pierde la grasa, se baja de peso, se siente liviano y el organismo funciona mejor” (Entrevista Hombre 38 años)

3.2.3 Actividad física

3.2.3.1 Percepción de una actividad física moderada o intensa. Al indagar a los entrevistados por la percepción de los efectos de la actividad física moderada e intensa, señalaron que la actividad más suave (moderada) produce un aumento en la frecuencia cardiaca, acompañada de un poco de sudoración, y una menor dificultad para ser realizadas. La actividad física intensa implicó una acentuación de los anteriores estados, con un dolor que se presenta generalmente posterior a las sesiones de práctica y sus efectos se pueden prolongar por varios días.

“Moderada es que uno no se cansa tanto, que se soporta. Y la intensa es que uno se cansa más y amanece molido, magullado y adolorido” (Entrevista a mujer de 27 años)

“Las actividades físicas moderadas son más fáciles de soportar en términos corporales y mentales, las intensas por el agotamiento muchas veces mentalmente se siente incapacidad de seguir.” (Entrevista a mujer de 26 años)

“Para mi hacer cardio es un poco más intenso, y el cuerpo lo percibe muchísimo porque quedo muy cansada, la fuerza puede ser más moderada pero mi cuerpo lo siente más los días siguientes” (Entrevista mujer 36 años)

“Una actividad física moderada es la que me eleva la frecuencia cardiaca, pero una intensa es la que me hace sudar, sentir mucho calor, cansancio en los músculos” (Entrevista mujer 31 años)

3.2.3.2 Motivaciones para la realización de actividad física. Los entrevistados manifestaron que la principal motivación para realizar ejercicio físico era una cuestión estética en primer lugar y, en segundo lugar, para conservar o mejorar la buena salud. En cuanto al primer aspecto, la motivación estética reafirma los anteriores apartados, en los que a nivel social y cultural, ser poseedor de un cuerpo ‘bello’ es alusivo a un cuerpo sano. Así mismo, para el segundo aspecto, obtener o mejorar la salud -física y mental-, es posible de percibir a través del incremento de la vitalidad, la variación en la composición corporal, el aumento en la confianza y la seguridad influyendo positivamente la autopercepción del cuerpo.

“Sentir que estoy en control de mi cuerpo, lo estoy entrenando para que sea capaz de alzar cierta cantidad de peso y a verse de cierta forma” (Entrevista a mujer 26 años)

“Fortalecer mi cuerpo y mi mente, sentirme sana en ambos sentidos. Me otorga disciplina, mejora mi ansiedad y es casi que una práctica meditativa.” (Entrevista a mujer 25 años)

“Me motiva que me siento más corporal en mis días y eso me da seguridad y confianza ante el mundo.” (Entrevista a mujer 26 años)

“Sentirme bien con mi cuerpo y estar con más energía para las actividades diarias” (Entrevista a mujer 36 años)

“Estético definitivamente, aunque se ganan las dos cosas en el proceso.” (Entrevista a mujer 26 años)

“Pienso que las dos cosas son muy actuales, pues tanto lo estético como lo saludable están en un auge impresionante y muchas veces se relacionan, ya que lo saludable está asociado a tener un cuerpo estético según ciertos criterios. Y siento que antes no se hablaba tanto de cuerpos saludables como lo hacen hoy en día y claro que lo estético es un gran motivador porque cada vez hay más presiones y requerimientos culturales en cuanto a esto” (Entrevista a mujer de 23 años)

3.2.3.3 Autopercepción del estilo de vida que lleva. Los entrevistados refieren un estilo de vida por lo general activo, pero este se ve intermitente en su frecuencia por causas como el volumen laboral y trabajos que implican un aumento del sedentarismo, sin embargo, tratan de conservar el hábito de ejercitarse o practicar alguna actividad física que les permita estar activos y tener más dinamismo con su cuerpo en el día a día. Es importante recalcar que, como se ha mencionado anteriormente con el tema alimentario, sucede que por cuestiones laborales los tiempos dedicados a mejorar los estilos de vida, en el caso específico de realizar actividades físicas este se ha disminuido.

“Pues si bien tengo un trabajo que es de oficina, por lo tanto, sedentario, trato de hacer ejercicio unas 4 o 5 veces a la semana para activarme y me gusta hacer distintas cosas para hacerlo más dinámico” (Entrevista a hombre de 37 años)

“Depende del volumen de trabajo, cuando estoy muy ocupado en mi trabajo se me dificulta tener una vida activa en el aspecto del deporte” (Entrevista a hombre de 38 años)

“Ambas soy sincero en que le baje a la actividad que hacía antes y me he vuelto más sedentario, por ello considero que tengo de las dos no abandono del todo el deporte, pero si ha bajado su frecuencia.” (Entrevista a hombre de 29 años)

3.2.3.4 Concepción de actividades físicas o mentales que proporcionan mejoras en la salud de las personas. Los entrevistados diferencian entre las actividades físicas que requieren, principalmente, un esfuerzo físico directo y aquellas que exigen mayor concentración mental, siendo estas últimas las que les permiten sentir mayor recompensa, debido al esfuerzo y la concentración que estas implican para su desarrollo. Así mismo, refieren que posterior a la actividad física sienten un goce por el logro de la práctica, sumado a una paz mental que ratifica el sentimiento de tranquilidad.

“Me gusta trotar, yoga, meditar, estas dos últimas me hacen sentir mucho mejor tanto física como mentalmente. Pero por ejemplo no me gusta hacer pesas, no las siento bien ni en el cuerpo ni en la mente” (Entrevista a mujer de 28 años)

“Compartir con amigos, bailar definitivamente alegra mucho mi alma” (Entrevista a mujer de 27 años)

“Cuando me pongo juiciosa a caminar diario para el trabajo y venzo la pereza porque me activa física y mentalmente” (Entrevista a mujer de 26 años)

3.2.4 Concepciones acerca del cuerpo fitness

3.2.4.1 Percepción de un cuerpo fitness en relación a su autoimagen corporal. Un cuerpo fitness cumple con características de mayor tonificación, músculos marcados, mayor definición y es por principio más delgado; sin embargo, la percepción de la autoimagen corporal no coincide con estos ideales y los entrevistados refieren que no es su deseo tener un cuerpo con estas características, ya que sus objetivos son sólo disminuir peso corporal o la constitución física no posibilita tener dicho tipo de cuerpo.

“Para mí un cuerpo fitness es muy tonificado y con los músculos marcados. Yo no lo soy y ese tampoco es mi deseo” (Entrevista a mujer 26 años, practicante de AF)

“Creo que un cuerpo fitness está más definido si lo comparamos con el mío, aunque el mío me gusta, solo quisiera bajar un par de kilitos” (Entrevista a mujer 36 años, practicante de AF)

“No tengo cuerpo fitness porque tengo muchos gordos, soy muy grande, mis brazos son más grandes de lo que tendría que ser, mi índice de masa corporal es mayor, no soy marcada.” (Entrevista a mujer 24 años, no practicante de AF)

“Tiene mayores exigencias con la actividad física y la alimentación, es más musculoso, delgado y marcado que el mío.” (Entrevista a mujer 25 años, practicante de AF)

3.2.4.2 Consideraciones para implementar un estilo de vida fitness. Los entrevistados consideran que el principal hábito para una vida fitness es llevar una alimentación saludable, donde se eviten comidas con altos contenidos de grasas, azúcares, harinas y carbohidratos, manteniendo los niveles de proteína; además, implementar rutinas de ejercicio específicas con una buena inversión horaria; y, finalmente, complementar con medicamentos o suplementos que mantengan el cuerpo, especialmente los músculos, en buenas condiciones.

“Tener rutinas muy específicas de alimentación y ejercicio. Además de evitar comidas altas en grasas, azúcares y harinas.” (Entrevista a mujer 25 años, practicante de AF)

“Hacer ejercicio, comer saludable, tomar medicamentos para mantener el cuerpo en forma, no sé si es como ser muy musculoso o tener el cuerpo marcado” (Entrevista a mujer 24 años, no practicante de AF)

“Dedicar una gran cantidad de tiempo a entrenar y cuidar con mucha dedicación la alimentación, manteniendo los niveles de proteína, cuidando los músculos con suplementos y los niveles de grasa y carbohidratos para que estén lo suficientemente balanceados para que se pueda lograr lo que se propone con el cuerpo, aumentar masa muscular o rebajar los niveles de grasa.” (Entrevista a mujer 26 años, no practicante de AF)

3.2.4.3 Requerimientos económicos para llevar una vida fitness. Con referencia a los requerimientos económicos para llevar una vida fitness, los entrevistados tienen dos posturas al respecto. Por un lado, afirman que en la actualidad es más fácil tener un estilo de vida fitness porque hay mayor flujo de información asequible sobre alimentación y entrenamiento. Por otro lado, afirman que estas rutinas son costosas porque los alimentos, especialmente los suplementos proteínicos, tienen generalmente, un valor alto; así como los servicios de profesionales especializados en el tema.

“No creo, se puede tener un estilo fitness hoy en día más fácil porque hay mucha información disponible tanto para entrenar como para alimentarse, de pronto en el tema de los alimentos si puede ser un poco más costoso” (Entrevista a mujer 36 años, practicante de AF)

“Sí y no, porque como está de moda ya hay muchos productos que tienen un alto costo como las proteínas o esas cosas que consumen para entrenar, pero hay otras maneras que no necesariamente son caras” (Entrevista a mujer 24 años, no practicante de AF)

“Sí, alimentarse bien y prepararse bien físicamente es importante hacerlo con un guía profesional que amerita una inversión económica.” (Entrevista a hombre 37 años, practicante de AF)

“No, porque para llevar un estilo de vida fitness no se necesita mucho dinero, solo es tener conocimiento de que alimentos son buenos y malos para tu cuerpo.” (Entrevista a mujer 32 años, practicante de AF)

3.2.4.4 Tipos de vínculos sociales que se establecen al llevar una vida fitness. Las relaciones sociales que se establecen al llevar una vida fitness posibilitan crear lazos con nuevas personas para realizar planes o actividades diferentes a las regulares. Igualmente, la práctica de actividades físicas produce sentimientos de confianza y seguridad que permiten una interacción más fluida con las otras personas, fortaleciendo la interacción social. Sin embargo, estos vínculos no necesariamente corresponden a las personas que se tienen habitualmente en el círculo social más cercano. Algunos interlocutores no relacionan su vida personal con los contextos donde desarrollan actividades físicas.

“Sí, lo que se comparte cuando se mueve el cuerpo en conjunto no tiene comparación con otra clase de vínculos. Además, cuando estoy activa me siento más segura ante las demás personas, como con más consciencia de mi cuerpo lo cual me genera confianza en el trato con el otro.” (Entrevista a mujer 26 años, practicante de AF)

“No, mi vida social no está relacionada con el ejercicio físico que haga.” (Entrevista a mujer 26 años, practicante de AF)

“Sí, porque se pueden conocer más personas o tener un tema más de qué hablar, se generan otro tipo de planes” (Entrevista a mujer 24 años, no practicante de AF)

3.2.5 Cuerpo y Estética

3.2.5.1 Implicaciones estéticas o en la salud de la obesidad. Para los interlocutores la obesidad se trata de un problema de salud con consecuencias que afectan diferentes funciones del cuerpo, en la que factores como la predisposición genética y los patrones de consumo que se imprimen desde la sociedad influyen en la generación de hábitos no saludable.

“Es un problema de salud principalmente, aunque la sociedad influye, pero la genética es muy relevante” (Entrevista a mujer 36 años, practicante de AF)

“Es un problema de salud, porque eso afecta todas las cosas en el cuerpo” (Entrevista a mujer 24 años, no practicante de AF)

3.2.5.2 Perspectiva de la actividad física pasada y actual de las personas. Los entrevistados consideran que hoy en día los sujetos son más sedentarios a causa de las facilidades que la modernidad ha establecido en la cotidianidad, limitando el movimiento físico por las horas que se dedican a medios masivos de comunicación y el acceso más asequible a transportes de motor. No obstante, a pesar de lo anterior, la presión estética que impone la sociedad junto con nuevas iniciativas de actividad física, permite que las personas tomen mayor conciencia sobre la importancia de un balance nutricional y físico en sus vidas.

“Las implicaciones de la modernidad nos ha llevado a ser más sedentarios, pero la estética siempre será un movilizador para que las personas hagan ejercicio, además, hay nuevas iniciativas que incentivan hacer ejercicio físico para obtener una mejor salud física y mental.” (Entrevista a mujer 24 años, no practicante de AF)

“En la actualidad son más sedentarias, por más que haya muchas modas de lo fitness o la bicicleta o los gimnasios proliferen siento que las personas tienen la actividad física alejada de su cotidianidad, siento que el cuerpo está olvidado en muchos sentidos. La gente ya merca por internet y el carro ha hecho que se habite menos la ciudad desde el caminar, y todo esto lo asocio al sedentarismo” (Entrevista a mujer 26 años, no practicante de AF)

“Hay de todo, pero hoy en día la gente está tomando más consciencia y ya hay muchas más formas de hacer ejercicio físico” (Entrevista a mujer 40 años, practicante de AF)

“Sí son más activas porque está de moda y hay más consciencia del ejercicio, como que la gente está buscando el balance de comer rico y después quemarlo” (Entrevista a mujer 25 años, practicante de AF)

3.2.5.3 Concepciones sobre el diseño de un cuerpo ideal. Los entrevistados consideran fundamental la aceptación por el propio cuerpo y el fortalecimiento del amor propio y la autoestima. Así mismo, los cuerpos que evidencian un trabajo constante de actividad física, como el caso de modelos o influencers fitness, suelen llamar más la atención como cuerpos ideales.

“Para mí el cuerpo ideal es que cada uno tiene que se siente a gusto en el mundo, no tengo de ninguna persona en particular” (Entrevista a mujer 40 años, practicante de AF)

“El cuerpo ideal es el que te haga sentir bien, ya que debemos de dejar de seguir estereotipos, es imposible tener el mismo cuerpo de otro, yo creo que primero debemos trabajar en la auto estima y el amor propio” (Entrevista a mujer 36 años, practicante de AF)

“El de Meli Peláez, una influencer fitness, o de la modelo Laura Sánchez porque tiene un cuerpo muy trabajado” (Entrevista a mujer 26 años, no practicante de AF)

3.2.5.4 Consideraciones sobre el cuerpo bello y/o sano. Para los interlocutores prima la percepción de comodidad, la seguridad y autoestima sobre los factores físicos, como el peso o el tono muscular. Sin embargo, la belleza y la salud se asumen como elementos vinculados que se interrelacionan, por lo que no es posible separarlos, es decir, un cuerpo sano representa lo bello desde la construcción subjetiva de cada interlocutor, fortaleciendo la salud mental y física de manera complementaria.

“Ambos, para mí es importante sentirme cómoda con mi cuerpo y eso implica mantener mi peso y tonificar mis músculos, pero saberme saludable también es muy importante, mantener mis exámenes de sangre en unos buenos niveles, controlar mi colon irritable y mantener mi cara limpia de acné.” (Entrevista a mujer 27 años, practicante de AF)

“Considero que un cuerpo sano en todos los sentidos se considera así mismo bello también y esto es fundamental.” (Entrevista a mujer 26 años, practicante de AF)

“Ambos para la salud mental y física, por la autoestima, seguridad y si uno se siente bien con el cuerpo todo sale mejor.” (Entrevista a mujer 24 años, no practicante de AF)

3.2.5.5 Consideraciones del cuerpo en la vejez. Los entrevistados esperan que en la etapa de la vejez puedan mantener el estilo de vida saludable con hábitos como el ejercicio y una alimentación adecuada que les permita moverse con energía y agilidad. Es importante resaltar que el objetivo es alcanzar una vejez saludable, en cuanto a la dimensión física y la tranquilidad mental. Por lo tanto, advierten que la actividad debe ser un proceso constante y progresivo para tener una senectud saludable.

“Espero llegar a la vejez saludable, poder moverme con agilidad y tener las capacidades para seguir ejercitándome, obviamente al nivel que deba ser para el momento.” (Entrevista a mujer 36 años, practicante de AF)

“Sano y con energía.” (Entrevista a mujer 40 años, no practicante de AF)

“Pues por ser morena y por mis genes creo que va a estar muy bien, además porque lo quiero seguir cuidando, haciendo ejercicio, alimentándome bien y viviendo una vida de felicidad y tranquilidad” (Entrevista a mujer 25 años, practicante de AF)

3.2.5.6 Transformaciones intergeneracionales en la concepción del cuerpo. En cuanto a las transformaciones intergeneracionales en la concepción del cuerpo, los entrevistados coinciden en que en las generaciones anteriores -como el caso de los abuelos-, tener un cuerpo obeso no era preocupante debido a que la apariencia física no tenía tanta relevancia. Por el contrario, los cambios corporales resultantes de procesos biológicos como el embarazo estaban normalizados por la sociedad.

Sin embargo, no predominaba la obesidad que existe en la actualidad; además, se consideraba que las mujeres eran más atractivas en la medida en que sus piernas, glúteos y pechos fueran más voluptuosos, mientras que ahora, son las mujeres más delgadas las que son vistas con mayor atracción. No obstante, para algunos entrevistados, ahora es evidente la incapacidad para asumir el proceso natural de envejecimiento a pesar del surgimiento de enfoques centrados en el amor propio y las campañas por la eliminación de estereotipos impuestas socialmente,

principalmente a las mujeres, que permiten una concepción social más amplia y subjetiva sobre el cuerpo.

“Los abuelos no exhibían su cuerpo entonces probablemente la estética no haya sido tan preocupante como en las siguientes generaciones. En la época de mi mamá, las mujeres ‘trosas’ eran mejor vistas que las flacas porque tenían mejores atributos, como piernas más gruesas y nalgas y senos más grandes. En mi época ser muy delgada siempre ha sido un gran atractivo, sin embargo, apoyo, agradezco y admiro los nuevos movimientos por la aceptación de la diversidad de figuras y tallas para las mujeres, porque permiten tener otra visión del amor propio, tratan de eliminar los estereotipos y alivianar las cargas estéticas que han sido impuestas a las mujeres.” (Entrevista a mujer 25 años, practicante de AF)

“Antiguamente la parte física no era tan importante y el cuerpo gordo o como fuera no era motivo de preocupación, ahora así. El cuerpo era fundamentalmente para procrear, si una mujer se engordaba después de los hijos era lo esperado y no había la obsesividad que hay hoy en día, y ahora hay incapacidad de aceptar que se envejece.” (Entrevista a mujer 28 años, practicante de AF)

3.2.5.7 Cuerpo saludable. Los entrevistados asumen que un cuerpo saludable es aquel que les permite sentirse fuertes, flexibles y ligeros, y que, además se caracteriza por la ausencia de enfermedades. Un cuerpo saludable implica un equilibrio físico y mental para que funcione de manera adecuada y la persona se sienta bien consigo mismo.

“Primero que todo debe sentirse saludable, ligero, fuerte y ágil y segundo, los exámenes de laboratorio deben reflejar ese equilibrio corporal.” (Entrevista a mujer 36 años, no practicante de AF)

“Que no tenga enfermedades que lo perjudiquen, que funcione armoniosamente y sin tantos dolores físicos. Un cuerpo dispuesto para recorrerse el mundo y ser un aventurero. Un cuerpo fuerte, flexible.” (Entrevista a mujer 26 años, practicante de AF)

“Un cuerpo físicamente sano y que lo proyecta mentalmente, que se siente bien consigo mismo” (Entrevista a mujer 26 años, practicante de AF)

3.2.5.8 Concepciones y significados sobre el cuerpo. Los entrevistados califican al cuerpo como el contenedor de la esencia personal, que permite dar la primera impresión dentro de la sociedad y exterioriza nuestro interior, es decir, refleja las características inherentes que constituyen las particularidades de cada individuo. Así mismo, el cuerpo posibilita el ejercicio creativo y creador, por lo que es tomado como un todo o como un hogar tangible donde confluyen las realidades y subjetividades que componen cada ser humano dentro de la realidad social con los otros.

“Es mi carta de presentación ante el mundo, es como un envase que contiene mi esencia y que hasta hace poco comprendí que debe reflejarme.” (Entrevista a mujer de 26 años)

“El cuerpo es mi todo, lo que soy y lo que tengo. El cuerpo es mi máximo potencial creador y creativo” (Entrevista a mujer de 28 años)

“El cuerpo es mi hogar, el cuerpo es lo que uno come, el cuerpo es la imagen de uno muchas veces. Es la primera impresión hacia alguien, es lo que da seguridad.” (Entrevista a mujer de 35 años)

4. Discusión

4.1 Introducción de todo el cuerpo de la

4.1.1 *Saberes y creencias sobre el cuerpo*

El siguiente apartado contrasta los resultados cuantitativos y cualitativos sobre los saberes y creencias respecto al cuerpo. A partir de las características sociodemográficas de los interlocutores, se estableció que el sexo, la ocupación y el estrato socioeconómico son los factores que determinan y delimitan dichas concepciones.

Los resultados etnográficos evidenciaron la diferencia que existe entre la concepción del cuerpo para hombres y mujeres, denotando que las principales características para cada grupo responden a fuerza y belleza, respectivamente. Esto sucede debido a que las concepciones corporales entre sexos responden a imposiciones sociales que, según Martínez Barreiro (2004) reafirman el carácter funcional en los varones y el interés de proyectar una imagen estéticamente bella en las mujeres. En ellas, además las normas estéticas suelen ser más estrictas e inmóviles que en los varones, por los imperativos culturales que definen un cuerpo deseado (Vigarello et al., 2006, p. 11).

El anterior planteamiento refuerza la idea que las experiencias corporales no son un hecho individual y, por el contrario, son una construcción social que es posible gracias a las interacciones y reflexiones que se dan con otras personas o círculos sociales, donde pueden emerger nuevas percepciones conductas (Esteban, 2004).

En la presente investigación se evidenció el influjo que poseen los medios de comunicación en las percepciones corporales, en cuanto a la creación del prototipo de un cuerpo ideal que se reproduce continuamente en los mass media.

Así mismo, Salazar Duque (2015), establece que las sociedades urbanas están bombardeadas por los medios masivos de comunicación, en especial la televisión y revistas, que transmiten ciertas miradas sobre el cuerpo, fijan los cánones de belleza corporal, ayudan a desear o rechazar ciertas apariencias e influyen en

que muchas personas perciban la necesidad de modificar su cuerpo (Salazar Duque, 2015, p. 35)

En este sentido, se puede afirmar que la concepción corporal se encuentra determinada primordialmente por la interrelación del sexo, los preceptos para cada uno de estos hombres y mujeres y los medios de comunicación de una sociedad determinada, que para el presente trabajo se trata del contexto de la ciudad de Medellín.

Acerca de la ocupación, la mitad (50%) de la población de hombres y mujeres entrevistados no eran practicantes de AF y estos a su vez eran empleados. mientras que el segmento de practicantes de actividad física que equivale a un poco menos de la mitad (48%) de la muestra eran principalmente estudiantes, ejemplificando la relevancia en la relación entre tiempo disponible y ocupación.

No obstante, un factor adicional a tener en cuenta es el tipo de ocupación y el contexto en que esta se ejecuta, ya que como lo mencionan los interlocutores, hay trabajos que facilitan la actividad física o favorecen el sedentarismo por el tipo de labores que se desempeñan; en este sentido Esteban (2004) afirma que “ser modelo o ser deportista o tener una profesión donde el trabajo corporal es el epicentro de la vida implica «ser cuerpo» en una medida en que no lo es en cualquier otra actividad laboral o social.” (Esteban, 2004, p. 254)

Frente al componente del estrato socioeconómico es importante resaltar que se toma este concepto como medida de caracterización de la clase social. Así mismo, Martínez Barreiro (2004), a través de la teoría de distinción, propone la corporalidad como un compendio de los diversos usos según las diferentes condiciones sociales, donde afirma que la clase social se encuentra constituida por “el «capital económico», el «capital cultural» y el «capital social», a través de los cuales determina las distintas prácticas de los estilos de vida diferenciados” (Martínez Barreiro, 2004, p. 141), constatando que preferencias alimentarias, higiénicas y deportivas están organizadas según por dichos capitales, siendo la concepción corporal el resultado de la clase social de pertenencia de los individuos.

Para los hallazgos del presente trabajo se tiene que la mayoría (83%) de la población entrevistada pertenece al estrato 3, quienes manifiestan que las personas que cuentan con recursos económicos limitados tienen mayores dificultades para suplir los requerimientos necesarios de un

estilo de vida saludable, disminuyendo la capacidad de acceso a mejores condiciones de alimentación, las modificaciones corporales, el nivel educativo o una inversión temporal en actividades de autocuidado; mientras que casi la mitad (42,4%) de la población afirman que cuentan con el poder adquisitivo necesario para pagar un estilo de vida enrutado al cuerpo deseado. En este sentido, el modo de vida social y el modo en que se vive el cuerpo, es decir, como se expresa el status, a través de su apariencia, sus dimensiones y el trato que se le da -al cuerpo-, se encuentra estructurado por la posición social que, para el caso de los interlocutores, está ligado al estrato socioeconómico. Dado también, que “todas las agrupaciones de clase tienen su propio *habitus*, sus propias disposiciones que son adquiridas mediante la educación, tanto formal como informal, a través de la familia, la escolarización y similares” (Martínez Barreiro, 2004, p. 141).

4.2 Estilos de vida y hábitos alimenticios

4.2.1 Motivaciones y hábitos alimentarios

Según Martínez Barreiro (2004), la relación entre las prácticas deportivas y el consumo de alimento se da a causa de las nociones que se tienen sobre el cuerpo, es decir, según las categorías mediante las que se juzga un cuerpo sano o bello. En relación a esto se tiene que, dentro del marco de las motivaciones y los hábitos alimentarios un tercio de la población entrevistada (32,3%) lleva un plan nutricional o dieta, de los cuales más de la mitad (59,4%) de estos planes han sido prescritos o diseñados por un médico o nutricionista.

Así mismo, cerca de la mitad (46,9%) de los interlocutores que practican actividad física indicó tener hábitos de alimentación buenos, lo que significa que desde el punto de vista nutricional comen bien (Rosique Gracia et al., 2005); mientras que, entre la mitad (52%) de los interlocutores que no practican actividad física refirieron tener hábitos alimenticios regulares a causa de la estructura social y la organización económica de dicho grupo social, donde es posible evidenciar largas jornadas laborales y formativas, falta de tiempo para organizar la comida o la pérdida de habilidades culinarias, impidiendo el buen desarrollo de modos de vida saludables, como el caso específico de los hábitos alimenticios (Rosique Gracia et al., 2005).

En relación a lo anterior, un factor importante es la configuración de los hábitos alimentarios es la influencia de la familia y a la aprobación de esta en el proceso de la alimentación saludable, para el caso específico de los interlocutores la mayoría (83,8%) indicaron que la influencia familiar es relevante al momento de llevar este tipo de alimentación y tres tercios (75,8%) afirmaron que cuentan con la aprobación de su grupo familiar; Cardona et al (2008) reitera que “el análisis de la familia y su dinámica de organización en relación con la alimentación cobran importancia como la vía de identificación de aquellos factores que tienen una mayor relación con la adopción o no de los cambios presentes en el espacio social” (p. 10). En concreto, los interlocutores declararon que, llevar un estilo de vida es más sencillo cuando la pareja o el grupo familiar lo comparten, ya que se evita abstenerse de consumir alimentos que afectan la salud, además, se amplía la variedad de alimentos, permitiendo un menú variado y rico en nutrientes.

En cuanto al consumo de alimentos, un poco más de la mitad (51,5%) indicaron no leer las tablas nutricionales de los alimentos que consumen, mientras que la gran mayoría (92,0%) de los interlocutores indicaron que existen alimentos perjudiciales para el cuerpo y su funcionamiento. Frente a la percepción de los alimentos perjudiciales para la salud, tanto en los aspectos físicos como emocionales, afirmaron que no tener un horario regular o alimentarse de manera adecuada generó sensación de cansancio, ansiedad o la sensación de felicidad y tristeza aumento en el apetito, dolor de cabeza, acné y, eventualmente, incrementó de peso. Mientras que, frente a la percepción de los cambios en el cuerpo a causa de la modificación de los hábitos alimentarios se tiene que disminuyó el peso corporal, se mejoró el estado del colón y la sensación de comodidad. Al respecto, Estrella Miqueleiz (2017) afirma que los desequilibrios nutricionales se presentan porque el “desarrollo físico y psicológico implica unas necesidades nutricionales concretas y, por otro, por su desconocimiento de una dieta saludable y a la vez su vulnerabilidad a la información que recibe.”(Miqueleiz, 2017, párr. 1).

4.2.2 Patrones de consumo

Con referencia a los patrones de consumo se tiene que, para el tiempo dedicado al consumo de las comidas principales la mayoría (75,8%) de los interlocutores manifestaron que emplean para el desayuno menos de 20 minutos, un poco más de la mitad (51,5%) de los interlocutores emplean

entre 20 y 30 minutos para el almuerzo, y menos de la mitad (45,5) de los interlocutores indicaron que para la cena emplean entre 20 y 30 minutos. Así mismo, en cuanto a los factores que influyen en el tiempo para el consumo de dichas comidas expresaron que, los afanes de las rutinas diarias exigen una optimización en las diferentes actividades, haciendo que se priorice el tiempo en algunas, mientras que en las demás ocurre lo contrario. Como se mencionó anteriormente, los constantes cambios que se dan dentro de la estructura social y económica través de la discriminación social, las largas jornadas laborales y formativas, la promoción del consumo compulsivo, entre otras características, han incidido perjudicialmente en los patrones de consumo (Rosique Gracia et al., 2005).

Otro factor relacionado a lo anterior es el consumo de comidas rápidas, donde más de la mitad (68,7%) de los interlocutores refirió un consumo ocasional de estas, no obstante, dicho consumo se encontró que en más de la mitad (60,6%) de los entrevistados estuvo relacionado con afecciones a la salud y a su apariencia física. Un patrón persistente fue que el exceso de comidas, que contienen grasa o azúcares en exceso, producen un aumento notable de peso corporal, cansancio, problemas gastrointestinales y disminución de la autoestima. En este sentido, se puede observar como la vida moderna ha incorporado dentro de su consumo los alimentos industrializados dentro de la dieta, desplazando en algunas ocasiones la culinaria tradicional; las comidas fuera de casa han sido integradas a la cotidianidad laboral y escolar debido a su característica de autoabastecimiento (Rosique Gracia et al., 2005).

En cuanto a la variedad del consumo de los diferentes grupos de alimentos, se encontró que el consumo de huevo se da en más de la mitad (entre el 45% al 52%) de los practicantes y no practicantes de actividad física con una frecuencia casi diaria (entre 6 a 7 días a la semana), mientras que los grupos de las frutas y los cereales tienen una frecuencia de consumo cercana a un tercio (38% y 33%, respectivamente) entre ambos grupos, para los demás grupos de alimentos el consumo es menor a un tercio (entre 10% y 30%), y respecto a los suplementos nutricionales, quemadores de grasas y comidas rápidas la frecuencia de consumo es mínimo (menor al 10%) en ambos grupos. Un aspecto transversal de los patrones alimentarios son las elecciones alimentarias y el modo en que estas pueden ser determinadas, Guidonet (2016) expresa que el comensal urbano se encuentra constantemente ante el cuestionamiento sobre qué se come y de qué manera,

permitiendo que el individuo tenga un papel mucho más autónomo en sus elecciones y, como se mencionó anteriormente, supere las limitaciones sociales referidas a los tiempos, ritos o compañías.

Ahora bien, como se observó anteriormente, no existe una distinción entre las prácticas alimentarias entre quienes realizan actividad física y quienes no, incluso se puede decir que en algunas circunstancias se aumenta el consumo de alimentos que son considerados como poco sanos; generalmente, las recomendaciones dietarias no corresponden con el consumo alimentario. Estas contradicciones cuestionan el modelo actual de alimentación, y cómo los alimentos consumidos pueden en realidad definir mejor el concepto de modernidad alimentaria (Díaz Méndez & Gómez Benito, 2005).

4.3 Actividad física

4.3.1 Motivaciones para la realización de actividad física

Cuando se indaga por las motivaciones frente a la realización de actividad física, estas se pueden dividir en dos tipos, aquellas que son autodeterminadas y están relacionadas con los estilos de vida activos, donde se cuenta con una regulación identificada e integrada y una motivación intrínseca, esto favorece la actitud frente al ejercicio físico, el autoestima, el esfuerzo, el autoestima y la adherencia a dicha práctica; por otro lado, el segundo tipo se refiere al tipo de motivación no autodeterminada, relacionada con factores menos adaptativos como la regulación externa e introyecta y la desmotivación (Moreno & Cervelló, 2010)

En relación, se tiene que, cerca del total de las personas que realizan actividad física (85%) y quienes no (72%) les preocupa su estado de salud; la principal motivación al momento de realizar ejercicio físico es mejorar su salud, incluso en quienes no practican actividad física con regularidad, ya que la practican con el objetivo de recuperarse de algún tipo de enfermedad o lesión, o en aras de evitarlas.

Dichas motivaciones se encuentran directamente relacionadas con la frecuencia de la práctica de actividad física, en cuanto a tiempo y periodo, referente a esto se tiene que, cerca de la mitad (45%) de la población práctica actividad física moderada o intensa, es decir, que aumente significativamente el ritmo cardiaco y la respiración, con una frecuencia semanal de 3 a 4 veces;

así mismo, el tiempo expresado en horas que se dedica a la actividad física es un poco mayor a un tercio entre una (35%) a dos (37%) horas por frecuencia. En este sentido, la asistencia regular en la práctica de actividad física, según Iso-Ahola & Coleman (1993), se encuentra mediada por motivos de acondicionamiento físico junto con factores como la competencia, la diversión y el relacionamiento social. No obstante, es importante destacar que dichas motivaciones se encuentran mediadas por la edad y el sexo de los entrevistados, diversas investigaciones han establecido que entre las personas jóvenes las principales motivaciones durante el ejercicio se centran en la competición y la imagen corporal, mientras que en personas mayores la tendencia están en la relajación y mejorar la salud (Sicilia et al., 2014)

Del mismo modo, la frecuencia de la práctica de actividad física entre aquellas personas que la realizan más de tres días a la semana, muestran mayores razones de motivación enfocadas en inversión/bienestar, prevención/salud positiva, fuerza/resistencia, agilidad/flexibilidad y desafío que el grupo que manifestó realizar ejercicio con menor frecuencia y el grupo de no ejercicio (Moreno & Cervelló, 2010), indicando que existe un vínculo proporcional entre la frecuencia y la motivación que se tiene para realizar esta.

4.3.2 Importancia de actividades frente a la mejora en salud

En relación con lo ya mencionado anteriormente, los entrevistados muestran una tendencia a preocuparse por su estado de salud, adicional a esto, en la lista de opciones de diversas actividades que pueden mejorar la calidad de la salud de las personas se tiene que, cerca del total (80%) de la población considera que practicar una alimentación balanceada como hábito es una manera significativa en la que se contribuye a mejorar la salud, para el caso de las personas que realizan actividad física, y la mitad (50%) de la población en quienes no realizan actividad física. También, se tiene que, cerca de un tercio (43%) de los entrevistados consideran que practicar alguna actividad física, tanto en quienes lo hacen y quienes no, cumple un papel importante frente a la mejora en la salud. En cuanto a las actividades de mindfulness relacionadas principalmente con la salud mental, se evidenció que aproximadamente un tercio de las personas sedentarias (32%) y de quienes practican actividad física (26%), resultan relevantes para mejorar la calidad de su salud en general.

Según (Lipovetsky et al., 2016), la trascendencia de las prácticas de actividad física se encuentran en el cuidado de la salud y en la búsqueda de bienestar, donde se asocia lo físico con lo psicológico, enfocado en el placer que proporciona la actividad física, que posee elementos de bienes psicofísicos y una mayor motivación, de tipo central, para quien la realiza. Igualmente, para Lupton (1995) “la actividad física se constituye en un medio para la transformación personal, una manera para manejar presiones externas e internas, y en un vehículo para la agencia y la autoexpresión” (Citro, 2011, p. 143), integrando el concepto de *embodiment*, donde el conjunto de experiencias que están relacionadas con poner el cuerpo en movimiento propone una aproximación del cuerpo comprendido como un sustrato existencial de la cultural (Citro, 2011)

Por otro lado, las actividades de ocio y recreación reguladas aportan mejoría en la salud, ya que a través de estas las personas experimentan mayor felicidad, aumentan la motivación, se sienten con mayor control y menos tensión, lo que finalmente, reduce la sensación de estrés (Ballesteros et al., 2016). En cuanto a esto, se evidenció que tanto quienes realizan actividad física como en quienes no, que cerca de la mitad (49%) dedican un promedio de tres a cuatro horas diarias a actividades de ocio y recreación. Para Iso-Ahola (1997), la participación en este tipo de actividades ayuda a sobreponerse a necesidades e insatisfacciones propias de la cotidianidad, permitiendo disminuir la sensación de fatiga, debido a que se trata al tiempo de una liberación de tensiones físicas que mejora el flujo emocional (Ballesteros et al., 2016).

4.4 Concepciones cuerpo fitness

4.4.1 Percepción de un cuerpo fitness en relación a su autoimagen corporal

El concepto fitness en la actualidad está vinculado como parte de la práctica social, donde es una elección y decisión personal, que es resultado de un direccionamiento político sobre el cuerpo de la población, el cual está construido a partir de saberes científicos que le brindan legitimidad y de los componentes normativos con los que los individuos se autoevalúan para hacerse responsables de su bienestar corporal (Espinal-Correa & Estrada-Mesa, 2020). En este sentido, lo ‘fitness’ no se encuentra delimitado a la práctica de actividad física, sino al conjunto de cultura saludable donde la alimentación sana por medio de dietas equilibradas, el entrenamiento

personalizado y el culto al cuerpo crean la intrincada identidad social de los individuos, siendo reconocidos a nivel colectivo a través de dichos patrones del estilo de vida (Sánchez Fernández, 2015). Los entrevistados refirieron que las palabras o frases que más asocian al estilo de vida fitness, quienes practican actividad física, son disciplina (43%), buena alimentación (42%), mejoramiento de la condición física (41%) y salud (41%); mientras que, en aquellas personas que no realizan actividad física, las principales palabras o frases que relacionan con dicho estilo de vida son disciplina (42%), salud (38%) y buena alimentación (34%).

Por su parte, David Le Breton (2002) afirma que “(...) las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad.” (p. 13), donde estas representaciones cumplen funciones específicas, como el “nombrar las diferentes partes que lo componen y las funciones que cumplen, hacen explícitas sus relaciones, penetran el interior invisible del cuerpo para depositar allí imágenes precisas” (Le Breton, 2002, p. 13); toda esta dinámica le brinda al cuerpo un rol de tipo social, permitiendo que este sea reconocible por sí mismo y para los otros, siendo el cuerpo el objetivo principal del proyecto personal que se tiene para construir un sentido de pertenencia y una individualidad dentro de la sociedad (Lara, 2020). Entre los entrevistados, quienes realizan actividad física y quienes no, se evidenció que, un cuerpo fitness es considerado por aproximadamente cerca de la mitad (43%) de las personas como saludable, seguido por características de un cuerpo feliz y un cuerpo bello con cifras menores al tercio (20% y 18%, respectivamente).

Acorde con Moreno Sotelo & Perea Acevedo (2012), la forma en la que hombres y mujeres perciben su imagen corporal produce un impacto determinante en cuanto a su salud, el autocuidado y la calidad de vida durante toda su vida. Los procesos de construcción de autoimagen se dan a partir de las experiencias y la interacción social, teniendo como base la construcción cultural que vive cada individuo, y la manera en que este se relaciona con los patrones de apariencia física dominantes; cuando la autoimagen corporal no corresponde a los estándares estéticos de la influencia social, es posible desarrollar trastornos de imagen corporal, aumentando la disociación de apariencia y afectando la salud, como en el caso de la vigorexia, la bulimia y la anorexia. Ahora, más de la mitad (60%) de las personas entrevistadas que realizan actividad física afirman que se sienten satisfechas y aceptan su cuerpo, mientras que aquellos que no realizan dichas actividades tienen una aceptación superior a los dos tercios (70%).

4.4.2 Consideraciones para implementar un estilo de vida fitness

Para Napolitano (2012), el cuerpo dentro del estilo de vida fitness implícitamente está vinculado con la percepción del otro y, como se ha venido mencionando, con lo que es considerado físicamente como bello y estético. En este sentido, al estar la corporalidad atravesada por el sistema de consumo dominante, se introducen procesos de normalización y homogeneización respecto a la condición física, los estilos de vida, el consumo de alimentos con el fin de obtener objetivos en común sobre el cuerpo. Foucault (2004), afirma que “es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado” (Foucault, 2004, p. 140), señalando que el cuerpo es transversal al poder económico y político de la sociedad, haciendo que este sea parte visible de transformaciones. Para la población entrevistada, tanto en los practicantes y los no practicantes de actividad física, se tiene que dentro de la influencia social al momento de mediar en su percepción o en la práctica de actividad física, aproximadamente un cuarto (24%) de los entrevistados afirmaron que el círculo de amigos es donde se genera mayor relevancia.

Continuando con Napolitano (2012), la industria fitness se basa en el culto al cuerpo como un forma de promover el bienestar, la salud y, de cierto modo, la juventud; no obstante, teniendo en cuenta a Le Breton (2002) cuando afirma que “(...) el cuerpo es objeto de un mercado floreciente que se desarrolló durante estos últimos años alrededor de los cosméticos, de los cuidados estéticos, de los gimnasios, de los tratamientos para adelgazar, del mantenimiento de la forma, de la preocupación por sentirse bien o del desarrollo de terapias corporales” (Le Breton, 2002, p. 217); y considerando la realidad actual de la calidad de vida y de la salud de las personas, se tiene que para la World Health Organization (2007), es necesario promover el consumo responsable de los estilos de vida, ya que comportamientos no saludables pueden generar enfermedades a largo plazo; mientras que en el Global Nutrition Report 2015 (Islam & Valdes, 2015), las cifras aseguran que una de cada tres personas en el mundo tiene una dieta poco sana, llegando a comprometer su estado de salud desde el corto hasta el largo plazo. En este sentido, se evidenció en las respuestas de los entrevistados que dentro de las múltiples motivaciones que les impulsarían a llevar un estilo de vida fitness la principal (32%) es la salud, es decir, mejorar el estado de su salud y/o sentirse más sanos, esto para el caso de ambas poblaciones tanto practicantes de actividad física como los no practicantes de actividad física. Agregando a lo anterior, referente a las creencias que tienen los

entrevistados sobre la alimentación, estos estiman que un alimento que se denomina fitness es principalmente (31%) un alimento que es saludable, esto para ambos grupos de poblaciones.

Referente al papel y la influencia que generan los medios de comunicación, las redes sociales y la publicidad, se tiene que estos son fundamentales para la difusión del mensaje de motivación y adopción a todo tipo de población frente al estilo de vida fitness (Tamayo, 2008), impactando en la adopción de hábitos, la forma de consumo, la autoimagen, la percepción de lo saludable, los cánones de belleza, entre otros. Al preguntar sobre la influencia que tienen estos medios y las figuras públicas al momento de realizar actividad física se tiene que para quienes no son practicantes de esta, más de la mitad (64%) respondieron que sí cumplen una influencia directa o indirecta sobre sus consideraciones del estilo de vida fitness; para quienes ya practican actividad física se tiene que la mayoría (86%) sí se ven influenciados. De igual manera, (Dantas et al., 2009), refieren que dentro del estilo de vida fitness se tienen consideraciones que implican amplios aspectos de la vida de las personas, iniciando desde lo social, como ya se mencionó, lo emocional y lo físico, que se trató en los apartados anteriores; todo esto, con el objetivo de brindar un estilo de vida que sea sostenible en el tiempo y brinde un bienestar holístico.

4.5 Cuerpo y Estética

4.5.1 Concepciones y significados sobre el cuerpo

Para comprender las concepciones y significados enmarcados dentro del concepto de cuerpo, es necesario primero tener en cuenta que este es parte de una construcción social que constantemente va siendo modificada según las pautas que se generan dentro de cada grupo social, este proceso es dinámico y se interrelaciona con diferentes funciones y fenómenos colectivos (Sánchez Sánchez, 2017). Retomando a Le Breton (2002), el cuerpo permite la existencia del individuo, ya que posibilita su vinculación con el medio en el que habita y el desarrollo de las múltiples formas de percibir los patrones de comportamiento del contexto socio histórico en el que habita.

Respecto a la idealización del cuerpo, Bourdieu & Mizraji, (2000) consideran que el cuerpo tiene la característica de ser transformado estratégicamente para lograr una representación del

individuo según las formas corporales que han sido legitimadas en la sociedad; estas propiedades asignadas al cuerpo son parte de los procesos de aprendizaje a través de categorías del sistema social inherentes a las clases o grupos sociales en los que se relaciona de alguna manera el individuo.

Así mismo, la representación del cuerpo hace referencia al sujeto, en otras palabras, alude a características de su personalidad, cualidades y defectos, al tiempo que esto vislumbra la representación del estatus y la posición social de los individuos, a través del capital cultural incorporado que implica disposiciones específicas del cuerpo (Bourdieu & Mizraji, 2000).

Entonces, el cuerpo dentro de sus múltiples significados también es un ser sensitivo, donde los comportamientos como ver, escuchar o tocar son adquiridos por medio de los hábitos y las conductas sociales; este mundo subjetivo es posible de percibir dentro de las lógicas objetivas impuestas por la sociedad. Como se ha venido mencionando a lo largo de este apartado, no es posible separar el cuerpo de su contexto, la percepción de este y la mediación que hace la cultura y los procesos de relacionamiento sociales (Sánchez Sánchez, 2017).

Para el caso de los resultados etnográficos, la concepción del cuerpo se centra principalmente en la representación del sujeto, resaltando que este cumple la función de contener las características que determinan la subjetividad propia de cada persona, permitiendo una exteriorización de estas y posibilitando una posición social dentro de un grupo. Igualmente, el cuerpo faculta al individuo a ejercer actividades que le permitan reafirmar su identidad y su postura en el contexto en que se encuentra. Finalmente, el cuerpo concebido como la representación tangible de un opuesto binario entre lo físico y lo simbólico.

Frente a los hallazgos etnográficos se evidenció que existe un vínculo socialmente establecido entre el cuerpo y las características adecuadas que este debe tener para ser llamado un cuerpo ideal; dichas características son legitimadas principalmente por modelos o influencers fitness, es decir, que se encuentran dentro de un grupo social determinado y desarrollan cualidades y habilidades específicas. Sin embargo, se observó que los procesos individuales y colectivos de concepción del cuerpo están marcados por representaciones perceptivas sobre el amor propio y la autoestima que permiten afianzar y legitimar hábitos, como el caso de la actividad física.

4.5.2 Consideraciones, perspectivas y transformaciones de la actividad física y el cuerpo pasadas y actuales

Como se ha venido argumentando, el cuerpo es una construcción social que se da a partir de diferentes dimensiones, una de las principales en las que se fundamenta es el concepto de salud; en concordancia con (Serrano & Biedma, 2009), en el siglo XX la salud estaba delimitada al aumento de la esperanza de vida, solo en las últimas décadas de este siglo y principios del siglo XXI, se da un giro hacia la salud biofísica, teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. A partir de esta definición, se da inicio a nuevas pautas y patrones de comportamiento y consumo para mejorar dicha calidad de vida, haciendo que se vea regulado el cuerpo, tanto social como individualmente. Wright Mills et al., (1986) afirman que, el control de la salud se da como consecuencia del costo que enfrenta la administración estatal al enfrentar los problemas médicos y enfermedades de mediados del siglo XX.

Los hallazgos etnográficos de los interlocutores reafirman lo propuesto por los autores, evidenciando que en la actualidad, ellos mismos esperan que en su etapa de vejez puedan mantener hábitos como el ejercicio regular y la alimentación balanceada, con el fin de tener energía y agilidad para desarrollar sus diferentes actividades cotidianas, en otras palabras, buscan que dicha etapa sea saludable en el sentido de mantener una buena calidad de vida y bienestar, tanto físico como mental; por esta razón es importante tener un estilo de vida saludable que sea sostenible en el tiempo, al ser estos procesos constantes y de resultados progresivos.

En cuanto a la alimentación, la mejor forma en que se puede tener un control social de los individuos es por medio de la dieta; en las sociedades postmodernas es necesario que las personas tengan una alimentación adecuada, que permita socialmente tener una clase trabajadora eficiente (Sánchez Sánchez, 2017). Frente a este aspecto, la intervención institucional del estado se ha centrado en el control y la regulación del consumo, brindando a los individuos la sensación de confort y compromiso con ellos mismos. No obstante, en la actualidad se han disminuido los niveles de hambre, y se han aumentado los problemas alimenticios y las enfermedades relacionadas con la sobrealimentación, con el caso de la obesidad; esto ha generado que las características físicas de las poblaciones generales actuales y pasadas evidencian un aumento en los índices de sobrepeso y obesidad.

La concepción del cuerpo y la percepción de este se han visto modificados por el cambio de sus representaciones, instaurando en la cotidianidad prácticas deportivas gestionadas tanto a nivel económico como social, aumentando el interés y la demanda de bienes y servicios enfocados en la salud, la estética y las dietas. De acuerdo con Lupton (1995), dentro de las sociedades actuales, el ideal corporal es aquel bello y sano, debido a que hay una interrelación entre lo estético y la actividad física. Los patrones de comportamiento enfocados hacia un estilo de vida saludable han sido legitimados por la belleza y normalizados por la salud; no obstante, estos, también marcan ideologías de clase y grupos dominantes.

Bauman (2003), cuando habla de las sociedades postmodernas, las relaciona con el concepto de 'identidades líquidas' para delimitar la forma en que las personas logran crear identidades a través de sus estilos de vida, siendo el cuerpo y la salud un fin para alcanzarlo. Como ejemplo, se refiere al cambio popular de estar sano, en que la salud limitaba lo normal y la enfermedad lo anormal; ahora, la idea per se de enfermedad y salud no están claras por la equivalencia que se le impone a estar sano con verse bien. En otras palabras, el cuerpo forma parte del constructo de estatus social entre la sociedad, junto con los patrones y hábitos de los estilos de vida saludables que forman parte de una nueva construcción de capital cultural, en el que dicho capital determina otras dimensiones, como el trabajo y el tiempo dedicado a este, porque no toda la sociedad cuenta con el privilegio de clase de incluir en su cotidianidad actividades como la actividad física (Sánchez Sánchez, 2017).

Así como la alimentación, la variación en la realización de actividad física se da a partir de la motivación, las razones referentes a mejorar la apariencia física han aumentado junto con mejorar la salud o prevenir enfermedades. Por otro lado, los resultados etnográficos reflejan que la práctica de AF está estrechamente vinculada con las imposiciones estéticas de la sociedad, las nuevas alternativas de ejercicio, mayor información sobre la nutrición y las enfermedades; sin embargo, el sedentarismo es mayor a causa de las facilidades modernas y tecnológicas, los trabajos que limitan el movimiento físico y las comidas ultra procesadas.

Finalmente, los hallazgos etnográficos reflejan lo expuesto por los diferentes autores, en la actualidad el aumento de la obesidad no es un tema que en el pasado era visto como una señal alarmante de salud, mientras que los estándares de belleza veían más atractivas a aquellas personas más voluptuosas, en especial a las mujeres, y cambios corporales a causa de procesos biológicos

estaban normalizados; estos ejemplos permiten observar la manera en que la concepción corporal y la percepción de este está atravesada por las construcciones sociales que responden a contextos socio históricos determinados, imponiendo patrones y hábitos como formas de control y regulación social desde lo individual, es por eso que los interlocutores rescatan el trabajo pedagógico que se viene desarrollando para aumentar el amor propio y la autoestima de las personas.

4.5.3 Consideraciones estéticas y saludables del cuerpo

Las consideraciones sobre el cuerpo están mediadas por la construcción social de este, como se mencionó anteriormente, junto con las relaciones que se tiene con fenómenos como el deporte, la alimentación y la salud, esto constituye en la actualidad los estilos de vida, es decir, patrones de acciones que distinguen a las personas a partir de los conjuntos de prácticas y actitudes que tienen sentido en contextos específicos (Sánchez, 2017). En este sentido, los estilos de vida saludables están centrados en una alimentación sana y la práctica regular de ejercicio físico, significando esto parte los patrones mencionados que permiten una distinción social como se ha venido mencionando durante el desarrollo de este apartado.

La salud es un concepto que ha variado según los momentos socio históricos de las poblaciones, sin embargo, en la actualidad la salud hace referencia a un enfoque holístico del bienestar, donde se incluyen las dimensiones físicas, mentales y sociales con el objetivo de aumentar la calidad de vida de los individuos (World Health Organization, 2007). Según Vigarello et al., (2006), la búsqueda del bienestar y el discurso médico ha generado en las sociedades conductas enfocadas en lograr una mejor salud, esto ha influido en la cotidianidad de las poblaciones a través del consumo de productos y servicios, haciendo a su vez que la comprensión y la relación con el cuerpo se vean modificadas. Respecto a los estilos de vida saludables y la corporalidad, se han impuesto conductas que favorezcan la salud con el objetivo de concebir el cuerpo como la base principal del bienestar de cada persona; dicha legitimidad ha sido posible gracias a la medicina implementada por la instituciones con el fin de estudiar, controlar y regular las conductas corporales individuales y grupales en pro de mantener la estabilidad social; en otras palabras, lo que finalmente se obtiene es el control y regulación de los cuerpos.

Por otra parte, la alimentación también ha sido regulada y controlada en los cuerpos, tanto por las instituciones como por la misma sociedad de consumo, creando una falsa idea de autocontrol y autorresponsabilidad sobre el cuerpo, llegando al punto en que estos sean asimilados desde el placer y la autoexpresión, gracias a que el individuo se siente consciente de los cambios y significados que puede generar en sí mismo (Sánchez Sánchez, 2017)

Los resultados etnográficos evidencian que, un cuerpo saludable es aquel que brinda la sensación de fuerza, flexibilidad y ligereza, añadiendo la ausencia de enfermedades; sin embargo, se resalta que esto implica tener un equilibrio físico y mental, ya que se busca lograr un nivel de salud integral, en el que las personas se sientan capacitadas de realizar diferentes actividades; esto reafirma lo propuesto por los diferentes autores mencionados.

Así mismo, dichos resultados también interpelan la relación estética de la corporalidad, ya que se evidenció que la salud y la belleza son elementos vinculados, como se ha visto anteriormente, un cuerpo sano o saludable es aquel que representa lo bello dentro del contexto social y la percepción subjetiva individual de cada interlocutor; sin embargo, se resalta que la prioridad es sentir comodidad, seguridad y mejor autoestima antes que cumplir con un peso o un tono muscular determinado, en otras palabras, frente a lo estético prima fortalecer primero la salud mental, para luego trabajar en mejorar el bienestar físico.

En la actualidad, el cambio de la producción de los alimentos, la demanda laboral, la sobrealimentación y la disminución del tiempo dedicado a la actividad física, ha hecho que enfermedades como la obesidad sea un tema de salud pública; dichas enfermedades relacionadas con el peso forman parte de las construcciones sociales, incluso se ha visto cómo ha variado la percepción de conceptos corporales de la delgadez o la gordura con el paso de los años y la aceleración del consumo (Sánchez Sánchez, 2017). Todo lo mencionado anteriormente ha fomentado el control del consumo de ciertos alimentos y el aumento de la actividad física como mecanismo de disminución del peso corporal; para esto, se implementa la definición médica del Índice de Masa Corporal (IMC) como criterio para definir los límites corporales entre lo saludable (un peso normal) y la enfermedad (obesidad). En la encuesta realizada se evidenció que, más de la mitad (75%) de las personas que realizan AF y para quienes no realizan AF la mayoría (84%) tienen un IMC normal. Igualmente, en los hallazgos etnográficos se reafirma entre los interlocutores la concepción de la obesidad como un problema de salud que afecta el buen

desempeño fisiológico del cuerpo, el cual se da como consecuencia de hábitos no saludables, especialmente en las nuevas generaciones, y, en una menor medida por predisposición genética.

5. Conclusiones

La preocupación por el cuerpo y la salud ha venido en aumento los últimos años, influyendo y modificando la concepción de estos y resaltando la preocupación social sobre las enfermedades crónicas no transmisibles. La concepción del cuerpo y la salud está mediada por el contexto sociodemográfico de la población, para el caso puntual de este proyecto se remite a Medellín en la actualidad, y la manera en que estos comprenden nociones transversales como la actividad física, la alimentación, lo fitness y los estilos de vida.

La concepción de salud concuerda con lo propuesto por la World Health Organization, (2007), cuyo objetivo fundamental es lograr un bienestar físico, mental y social que permita mejorar la calidad de vida, es decir, una comprensión integral. Respecto a la percepción y la autopercepción de la salud en relación al cuerpo, se hace alusión a la sensación de satisfacción con las cualidades físicas y motoras.

La concepción corporal entre hombres y mujeres es diferente, tanto a nivel biológico como social, a ambos se les impone cualidades y características que son reafirmadas por la sociedad a través de los medios de comunicación, las redes sociales y los modelos, generando estereotipos de cuerpos ideales para cada uno de los sexos, eventualmente influyendo en la autoimagen y la salud mental de las personas. De igual manera, el estrato socioeconómico relacionado con la capacidad económica determina el privilegio adquisitivo que se tiene para llevar los estilos de vida deseados o alcanzar los ideales de salud y belleza deseados.

Los estilos de vida saludables hacen referencia a los patrones y hábitos que buscan mejorar el bienestar y la calidad de vida de quienes los emplean, enfatizando en la actividad física y la alimentación saludable, es decir, regular y controlar el cuerpo; en cuanto al estilo de vida fitness, este propone que dichos patrones y hábitos sean sostenibles de manera prolongada.

La realización de actividad física está relacionada con los beneficios físicos, psicológicos y sociales que esta le puede aportar a los practicantes; sin embargo, la motivación principal está enfocada en cómo esta puede mantener la vitalidad y mejorar la salud, ya sea para prevenir enfermedades o recuperarse de alguna afección. Mientras que, mejorar la apariencia física se encuentra en un segundo plano, donde se busca aumentar la autoestima, poseer un cuerpo que responda a los estándares sociales impuestos de lo bello y sano. Al trabajar en estos dos aspectos,

se fortalece la salud mental al mejorar la autoestima, disminuir estados de ansiedad y depresión, y se refuerzan las habilidades sociales.

En cuanto a la autopercepción sobre el estilo de vida que se lleva en relación a los hábitos saludables como la actividad física regular y la alimentación saludable, en general las respuestas afirman llevar una vida activa. No obstante, en cuanto a los parámetros recomendados por la OMS (2007) sobre el tiempo adecuado de realizar semanalmente actividad física frente al tiempo dedicado, este no llega a cumplir los estándares de un estilo de vida saludable, mientras que el tiempo dedicado a realizar actividades de ocio y entretenimiento está por encima de los valores recomendados, evidenciando un desequilibrio en el desarrollo de las actividades cotidianas donde se ve afectado el bienestar.

Por otro lado, el desempeño laboral también llega a ser un limitante y determinante, tanto en la realización de AF como en la alimentación saludable aumentando el riesgo de sedentarismo y sobrealimentación, debido a la restricción horaria para el consumo de comidas, la carga extralaboral y el tipo de rol que se desempeña, esto como resultado del modelo producción y consumo capitalista.

Los hábitos alimenticios saludables se encuentran permeados por motivaciones tener una alimentación balanceada que permita tener una buena salud, tanto física como mental, o que mejore y regule afecciones; en cuanto a lo estético, este tiene mayor influencia en las mujeres que en los hombres, se busca sentirse bien con la apariencia del cuerpo. De igual manera, existe un vínculo entre las emociones y los alimentos que se consumen, estos pueden ser tanto negativos como positivos. Existen casos en donde las personas pueden desarrollar ansiedad y estrés relacionada al consumo de determinados alimentos, ya sea porque socialmente su consumo es cuestionado o, a nivel personal por el efecto posterior que estos pueden generar.

En este mismo orden, el consumo de alimentos se encuentra encadenado a los patrones de consumo familiares, ya que factores como las decisiones de compra y la preparación de los alimentos tienen gran peso en la implementación y mantenimiento de hábitos; además es importante tener en cuenta que dichos patrones son establecidos por el contexto cultural, el acceso económico, los gustos y las preferencias. Sin embargo, al momento de establecer cambios o modificaciones en la alimentación para mejorar hábitos, se tiene que estos en la mayoría de los

casos tienen resultados positivos, en los que se mejora la salud, la composición corporal, la autoimagen corporal y el bienestar mental.

Las implicaciones de malos hábitos alimenticios están relacionados con afecciones a la salud física y mental, los más recurrentes se relacionan con bajos niveles de energía, el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, baja autoestima y trastornos del sistema inmune. Como ejemplo, la obesidad en la actualidad para la salud pública es considerada una epidemia a causa del alto porcentaje de mortalidad, es importante tener en cuenta que sus causas son multifactoriales como factores genéticos, pero se aumenta el riesgo con patrones de alimentación poco saludables y bajos niveles de actividad física. En otras palabras, el consumo de alimentos ricos en grasas, azúcar y sodio de forma regular generan alteraciones que afectan la salud física y mental. Sin embargo, se resalta que, dichas consecuencias son conocidas y no son impedimento para continuar su consumo a pesar del malestar generado en el cuerpo y salud.

Por otra parte, la percepción de un cuerpo ideal que sea sano y bello es una construcción social que se encuentra mediada por las configuraciones subjetivas de cada persona; el trabajo en el amor propio y la autoestima es fundamental pero la concepción de un cuerpo ideal socialmente está mediado por cuerpos donde se resalta el trabajo físico constante, es decir, un cuerpo fitness, tonificado, marcado y delgado, difundidos y explotados a través de los medios de comunicación y las redes sociales.

El estilo de vida fitness se enfoca en un equilibrio entre la actividad física y la alimentación saludable, con rutinas y dietas específicas para cada persona, donde esta pueda sostener a lo largo del tiempo los hábitos para generar cambios o mejoras positivas en su físico y salud. Sin embargo, para el caso de la alimentación y los suplementos de esta, la accesibilidad económica es un poco elevada para las clases bajas y medias, creándose una brecha; mientras que, la actividad física en la actualidad cuenta con más alternativas al gimnasio mejorando y aumentando el acceso a la práctica de AF, llegando incluso a mejorar las relaciones sociales, fortaleciendo los vínculos y aumentando la sensación de confianza y seguridad.

Todo este proceso relacionado con el cuerpo y la salud se ha visto reflejado en los cambios intergeneracionales destacando el aumento en la práctica de actividad física, fortalecimiento de los hábitos saludables de alimentación, aumento del amor propio y la autoestima, disminución de estereotipos relacionados al sexo y mayor interés en el cuidado de la salud actual y a futuro.

Por último, es importante tener en cuenta que la presente investigación inició con un interés por aproximarse desde lo cuantitativo como lo cualitativo a la complejidad del tema, con un carácter exploratorio debido a la poca información que hasta el momento se puede encontrar referente al tema, por lo que se considera el primer paso para abordar nuevos cuestionamientos referentes a las convergencias y divergencias que puede tener la variabilidad morfológica en otro tipo de poblaciones, cómo la concepción del cuerpo y la salud cambia en otros contextos sociodemográficos, o cómo esto se evidencia dentro de los grupos intergeneracionales de una forma más específica.

Referencias

- Antropología Wiki. (2020). Morfología. *Antropología*. <http://bit.ly/3xSHDDy>
- Arenas Sosa, M. María., Patiño Villada, F. A., & Quintero Velázquez, M. Andrés. (2011). *Manual antioqueño de actividad física para la salud*. Gobernación de antioquia.
- Baile, J. I., Raich, R. M., & Garrido, E. (2003). Evaluación de Insatisfacción Corporal en adolescentes: Efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de Psicología*, *19*(2), 187-192.
- Ballesteros, M. S., Freidin, B., Krause, M., & Borda, P. (2016). La práctica de actividad física entre varones y mujeres de clase media en el AMBA: motivaciones, percepción de beneficios y limitaciones para su continuidad. *Educación Física y Ciencia*, *18*(2), 1-20.
- Barbero, J. I. (1998). La cultura de consumo, el cuerpo y la educación física. *Educación Física y Deporte*, *20*(1), 9-30.
- Bauman, Z. (2003). *La modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Biddle, S. J., Gorely, T., & Stensel, D. J. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *Journal of Sports Sciences*, *22*(8), 679-701. <https://doi.org/10.1080/02640410410001712412>
- Bikbov, B., Perico, N., & Remuzzi, G. (2014). Mortality landscape in the Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study. *European Journal of Internal Medicine*, *25*(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2013.09.002>
- Borda Villegas, C., Alvarez, M. C., & Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Eds.). (2006). *Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia, 2005* (Primera edición). Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

- Bourdieu, P., & Mizraji, M. (2000). *Cosas dichas*. Gedisa.
- Bulus Rossini, V. (2013). El culto al cuerpo y los nuevos ascetismos corporales. *10º Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias, 9 al 13 de septiembre de 2013*. Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias, La Plata.
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.3220/ev.3220.pdf
- Citro, S. (Ed.). (2011). *Cuerpos plurales: Antropología de y desde los cuerpos*. Editorial Biblos.
- Clínica Universidad de Navarra [CUN]. (2021). *Diccionario Médico: Peso corporal*.
<http://bit.ly/3SvemYV>
- Coutinho, W. (1999). Consenso latino-americano de obesidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 43*(1), 21-67. <https://doi.org/10.1590/S0004-27301999000100003>
- Crisorio, R. L. (1995). Enfoques para el abordaje de CBC desde la Educación Física. *Serie Pedagógica, 2*, 175-194.
- Cristi-Montero, C., & Rodríguez, R, F. (2014). Paradoja: «activo físicamente pero sedentario, sedentario pero activo físicamente». Nuevos antecedentes, implicaciones en la salud y recomendaciones. *Revista Médica de Chile, 142*(1), 72-78. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000100011>
- Dantas, E. H. M., Bezerra, J. C. P., & Mello, D. B. (2009). Fitness, Saúde e Qualidade de Vida. En *Personal Training & Condicionamento Físico em Academia* (3.ª ed., pp. 297-335). Shape.
- De la Barrera Medina, M. S., & Moreno Codina, T. (2017). De lo cotidiano a la innovación. Contribuciones entre antropología y diseño. En *Tercer Simposio Académico sobre la Enseñanza del Diseño* (pp. 49-57). Universidad Católica Boliviana “San Pablo”.
<https://bit.ly/3xT8lMk>

-
- Díaz Méndez, C., & Gómez Benito, C. (2005). Sociología y alimentación. *Revista Internacional de Sociología*, 63(40), 21-46. <https://doi.org/10.3989/ris.2005.i40.188>
- Durnin, J. V. G. A., & Womersley, J. (1974). Body fat assessed from total body density and its estimation from skinfold thickness: Measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 Years. *British Journal of Nutrition*, 32(01), 77-97. <https://doi.org/10.1079/BJN19740060>
- EFE. (2015). Las dietas, cada vez más presentes entre los españoles. *La Nueva España*. <http://bit.ly/3Zmc40t>
- Espinal-Correa, C. E., & Estrada-Mesa, D. A. (2020). El fitness: Estilo de vida saludable o biopolítica sobre el cuerpo desde la racionalidad neoliberal. *Iatreia*, 33(2), 184-190. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.48>
- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Edicions Bellaterra.
- ExpoSolar Colombia. (2017). *Medellín – Colombia. Ciudad de la eterna primavera. Sede de ExpoSolar Colombia 2017*. ExpoSolar Colombia. <https://feriaexposolar.com/medellin/>
- Fals Borda, O., & Rodrigues Brandao, C. (1987). *Investigación Participativa*. Instituto del Hombre Ediciones de Iá Banda Oriental.
- Foucault, M. (2004). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (2ª reimp. argentina). Siglo Veintiuno.
- Fundación Imagen y Autoestima. (2013). Imagen corporal. Por la promoción de la salud y la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Imagen corporal*. <http://bit.ly/3KFjZSw>
- Gadamer, H.-G. (2017). *El estado oculto de la salud* (Ed. conmemorativa). Gedisa.

-
- Geertz, C. (1988). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.
- Gómez, R. A. (1997). El cuerpo de las arenas sagradas a la profana realidad de las ciencias. *Educación Física y Deporte*, 19(2), 15-27.
- Guidonet, A. (2016). *La antropología de la alimentación* (Primera edición en formato digital). Editorial UOC.
- Gutiérrez Poveda, J., Sarmiento, J. M., & Flórez, A. M. (2002). Manifiesto de Actividad Física para Colombia Asociación de Medicina del Deporte de Colombia – AMEDCO. *Asociación de Medicina del Deporte de Colombia – AMEDCO*. <http://amedco.encolombia.com/componentes-manifiesto.html>
- Hernández Rodríguez, J., Moncada Espinal, O. M., & Domínguez, Y. A. (2018). Utilidad del índice cintura/cadera en la detección del riesgo cardiometabólico en individuos sobrepesos y obesos. *Revista Cubana de Endocrinología*, 29(2), 1-16.
- Hosseinpour, A. R., Bergen, B., Mendis, S., Harper, S., Verdes, E., Kunst, A., & Chatterji, S. (2012). Socioeconomic inequality in the prevalence of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: Results from the World Health Survey. *BMC Public Health*, 474(12). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-474>
- Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales [NIDDK]. (2018). *Factores que afectan el peso y la salud*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. <http://bit.ly/3Z502ZU>
- Islam, N., & Valdes, A. (Eds.). (2015). *Global nutrition report 2015: Actions and accountability to advance nutrition and sustainable development*. International Food Policy Research Institute.

-
- Iso-Ahola, S. E. (1997). A psychological analysis of leisure and health. En *Work, Leisure and Well-Being* (1st ed, pp. 131-144). <http://bit.ly/3xTRZ5Z>
- Iso-Ahola, S. E., & Coleman, D. (1993). Leisure and Health: The Role of Social Support and Self-Determination. *Journal of Leisure Research*, 25(2), 111-128.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., & Ross, R. (2002). Body Mass Index, Waist Circumference, and Health Risk: Evidence in Support of Current National Institutes of Health Guidelines. *Archives of Internal Medicine*, 162(18), 2074. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.18.2074>
- Kogan, L. (2005). Performar para seguir performando: La cultura fitness. *Anthropologica*, 23(23), 153-166.
- Laforge, R. G., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Levesque, D. A., & McHorney, C. A. (1999). Stage of Regular Exercise and Health-Related Quality of Life. *Preventive Medicine*, 28(4), 349-360. <https://doi.org/10.1006/pmed.1998.0429>
- Landa, M. I. (2015). El porvenir de los cuerpos rentables: Un análisis de la práctica del Fitness. En *Educación Física – Estudios críticos de Educación Física* (p. 177-192). Editoriales Al Margen. <https://bit.ly/3IyDSIj>
- Landsteiner Scientific. (2020). *5 beneficios de la actividad física para la salud*. Landsteiner Scientific. <https://bit.ly/3IWZlvV>
- Lara, T. R. (2020). El discurso fitness hecho cuerpo. *Revista Ciencias y Humanidades*, 11(11), 287-313.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad* (1a. ed., 6a. reimp). Nueva Visión. <https://bit.ly/3IXESOv>
- Lipovetsky, G., Charles, S., & Moya, A.-P. (2016). *Los tiempos hipermodernos* (3ª ed). Anagrama.

-
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446221976>
- Madrigal, H. (2000). Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. *Public Health*, 114(6), 468-473. [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(00\)00390-5](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(00)00390-5)
- Martínez Barreiro, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers. Revista de Sociologia*, 73, 127. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v73n0.1111>
- Ministerio De Salud y Protección Social. (2016). *Resolución número 00002465 de 2016*. <https://bit.ly/3xVvaPx>
- Miqueleiz, E. (2017). *Tendencia en las desigualdades socioeconómicas en alimentación no saludable en la población infantil en España (1997-2007)*. 1166-1172. <http://bit.ly/3EGttcw>
- Moreno, J. A., & Cervelló, E. (2010). *Motivación en la actividad física y el deporte*. Wanceulen.
- Moreno Sotelo, S. A., & Perea Acevedo, S. (2012). *La imagen corporal como motivación para la práctica de ejercicio físico y factor de riesgo para la salud de usuarios en gimnasios* [Tesis de Pregrado, Universidad Santo Tomás]. <https://bit.ly/3SyysX>
- Napolitano, M. E. (2012). *Discursos de poder en el fitness: El comercio de los entrenamientos que duelen* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.]. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.467/te.467.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud Resolución WHA55.23*. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3ITEZUr>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Obesidad*. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/health-topics/obesity>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: De un vistazo*. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3KFjgRi>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. Organización Mundial de la Salud. <http://bit.ly/3xSekku>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Actividad física*. Organización Mundial de la Salud.
<https://bit.ly/3KEfc3O>

Paredes, F. J. (2011). *Prácticas, cuerpos y Educación Física: ¿qué tipo de cuerpo se construye en la revista Fitness y Culturismo, y que vinculación hay con la Educación Física?* 15.
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/34299>

Prado Martínez, C., Fernández del Olmo, R., Méndez de Pérez, B., Carmentate Moreno, M., & Aréchiga Viramontes, J. (2007). La actividad física en preadolescentes escolares y sus repercusiones somáticas y fisiológicas. *Estudios de Antropología Biológica*, XIII(2), 1025-1040.

Rosique Gracia, J., Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Grupo de Investigación Medio Ambiente y Sociedad, & Universidad de Antioquia Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas (CISH). (2005). *Dimensiones del cuerpo humano: Procedimientos de medida y análisis de datos en antropometría*. Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Sociales y Humanas.

Salazar Duque, B. (2015). Percepción de la imagen corporal en Embera-Chamí: Dimensiones corporales. *Revista Jangwa Pana*, 14(1), 34-45. <https://doi.org/10.21676/16574923.1564>

-
- Sánchez Fernández, B. (2015). *“Tendencias Fitness” Consumo de productos para la imagen personal* [Tesis de Pregrado, Universidad de Sevilla]. <https://bit.ly/3KEcpYi>
- Sánchez Sánchez, S. (2017). *Deporte, alimentación y salud: Estudio intergeneracional sobre la construcción del cuerpo* [Tesis Doctoral, Universidad de Oviedo]. <https://bit.ly/3IVGnWr>
- Sautu, R. (Ed.). (2005). *Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología* (1. ed). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Serrano, R., & Biedma, L. (2009). Estilos de vida y percepción del estado de salud. En *Deporte, salud y calidad de vida* (pp. 62-86). Fundación La Caixa.
- Shaw, K. A., Gennat, H. C., O'Rourke, P., & Del Mar, C. (2006). Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003817.pub3>
- Sicilia, Á., González-Cutre, D., Artés, E. M., Orta, A., Casimiro, A. J., & Ferriz, R. (2014). Motivos de los ciudadanos para realizar ejercicio físico: Un estudio desde la teoría de la autodeterminación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 83-91.
- Sonstroem, R. J. (1984). Exercise and Self-Esteem: *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 12(1), 123-155. <https://doi.org/10.1249/00003677-198401000-00007>
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. Holt, Rinehart and Winston.
- Tornero Quiñones, I., Sierra Robles, Á., & Vera Torrejón, C. (2009). Imagen corporal y su aplicación en el currículo de Educación Física en la educación secundaria obligatoria. *Revista Digital - Buenos Aires*, 133. <http://bit.ly/41vi5tW>

-
- Tucker, L. A., & Maxwell, K. (1992). Effects of Weight Training on the Emotional Well-Being and Body Image of Females: Predictors of Greatest Benefit. *American Journal of Health Promotion*, 6(5), 338-371. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-6.5.338>
- Vidarte Claros, J. A., Vélez Álvarez, C., Sandoval Cuellar, C., & Alfonso Mora, M. L. (2011). Actividad Física: Estrategia De Promoción De La Salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1). <https://bit.ly/3Zjft00>
- Vigarello, G., Martínez Amoretti, Analía., & Richelet, T. (2006). *Lo sano y lo malsano: Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Abada Editores.
- Webber, L., Kilpi, F., Marsh, T., Rtveldze, K., Brown, M., & McPherson, K. (2012). High Rates of Obesity and Non-Communicable Diseases Predicted across Latin America. *PLoS ONE*, 7(8), e39589. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039589>
- Weiner, J. S., & Lourie, J. A. (1981). *Practical human biology*. Academic Press.
- Wilmore, J. H. (1990). Exercise, fitness, and health: A consensus of current knowledge. *American Journal of Human Biology*, 2(5), 588-589. <https://doi.org/10.1002/ajhb.1310020515>
- World Health Organization. (2007). Documentos básicos. *Basic documents*, 190.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579>
- World Health Organization WHO. (1997). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63854>
- Wright Mills, C., Foucault, M., Pollak, M., Marcuse, H., Habermas, J., Elias, N., Bourdieu, P., Goffman, E., Berstein, B., & Castell, R. (1986). *Materiales de sociología crítica*. La Piqueta.

Yorde, S. (2016). *Soy saludable: Transforma tu cuerpo y tu vida sin ansiedad ni obsesiones* (Primera edición). Aguilar.

Zimmet, P., Alberti, K. G. M. M., & Serrano Ríos, M. (2005). Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: Fundamento y resultados. *Revista Española de Cardiología*, 58(12), 1371-1376.
[https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(05\)74065-3](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(05)74065-3)