



FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES  
UNIVERSIDAD DE CHILE

**Autoconcepto Físico y Bienestar Psicológico en practicantes de Calistenia de la Región  
Metropolitana**

Matias I. Castro

Memoria para optar al título de psicólogo

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile

Profesor tutor: Ignacio Gallardo

## **Resumen y abstract**

La promoción de la salud en Chile ha establecido diferentes tópicos como prioridad para la población, uno de ellos es la actividad física, que mediante un trabajo intersectorial ha culminado en diferentes iniciativas para difundir, iniciar e implementar la actividad física en los habitantes. Una de estas estrategias han sido las plazas de Calistenia, debido al bajo costo y accesibilidad es que han sido mencionadas como óptimas herramientas promotoras de salud, aunque, su impacto psicológico no ha sido investigado en profundidad. Por consiguiente, esta investigación tiene por objetivo establecer el autoconcepto físico y bienestar psicológico de los practicantes de Calistenia de la Región Metropolitana mayores de 18 años.

A través de un enfoque cuantitativo, este estudio utilizó dos cuestionarios: la adaptación española del cuestionario de perfil de autopercepción física de Fox & Corbin (1989) y las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (1989), adaptada al español por Díaz et al., (2006), en donde participaron 213 practicantes de Calistenia.

Los principales hallazgos de esta investigación son, en primera instancia, que los practicantes de Calistenia en su mayoría son hombres jóvenes con una media de 23 años. Por otra parte, respecto del autoconcepto físico, un hallazgo es que a mayor tiempo de práctica se establecen diferencias significativas en las dimensiones de condición física, apariencia, competencia percibida, fuerza y autoestima. Mientras que, en el bienestar psicológico, a mayor tiempo de práctica se identificaron diferencias significativas en las dimensiones de autoaceptación y crecimiento personal. Se concluye que, los parques de Calistenia y la práctica sostenida de esta disciplina es una óptima estrategia para la promoción de la salud y la actividad física, no solo por su accesibilidad y bajo costo, o sus beneficios físicos, sino también psicológicos, a saber, en autoconcepto físico y bienestar psicológico.

Palabras claves: Promoción de salud, Calistenia, Actividad física, Autoconcepto Físico, Bienestar Psicológico.

Health promotion in Chile has set different topics as a priority for the Chilean population. One of them is physical activity, in which an intersectoral work has culminated in a variety of initiatives to spread, begin, and implement physical activity within the population. Among these initiatives, one of them consists in calisthenics parks. Due to their low-cost maintenance and accessibility, these are known for being optimal tools that promote health; however, the psychological impact of the practice of calisthenics has not been investigated thoroughly. Consequently, the objective of this investigation is to determine and establish the physical self-concept and psychological well-being of calisthenics practitioners over 18 years old from municipalities in the Metropolitan Region.

Through a quantitative focus, this research has used two questionnaires: the Spanish adaptation of the profile questionnaire Physical Self-Perception of Fox & Corbin (1989), and Psychological Well-being Scales of Ryff (1989), adapted to Spanish by Diaz et al., (2006), where 213 practitioners of calisthenics took part in.

The main finding of this research is, in the first instance, that most calisthenics practitioners are young men around 23 years old average. Regarding the physical self-concept, one of these findings state significant differences such as in physical dimensions, appearance, perceived competence, strength, and self-esteem, all of this related to a longer time of practice, as well as the psychological well-being concept, which identified significant differences in the dimensions of self-acceptance and personal growth, also according to a longer time of practice. It is concluded that calisthenics parks and the sustained practice of this discipline are optimal strategies for health promotion and physical activity, not only for being low-cost and accessible or even its physical benefits, but also their psychological effects in physical self-concept and psychological well-being.

Keywords: Health Promotion, Calisthenics, Physical Activity, Physical Self-Concept, Psychological Well-being.

## **Agradecimientos**

A Carmen Araya y Manuel Flores por educarme, permitirme estudiar y creer en mis sueños.

## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	9
<b>1.1 Antecedentes</b> .....	9
<b>1.2 Planteamiento Del Problema</b> .....	20
<b>1.3 Pregunta de investigación</b> .....	27
<b>1.4 Objetivos</b> .....	27
<b>1.5 Hipótesis</b> .....	28
<b>2. Marco teórico</b> .....	28
<b>2.1 Calistenia</b> .....	28
<b>2.1.1 Historia y antecedentes de la calistenia</b> .....	28
<b>2.1.2 Efectos derivados de la Calistenia</b> .....	31
<b>2.2 Actividad física</b> .....	33
<b>2.2.1 Definición y efectos de actividad física</b> .....	33
<b>2.2.2 Políticas Públicas aplicadas a la promoción de la actividad física</b> .....	35
<b>2.3 Promoción de la salud</b> .....	40
<b>2.3.1 ¿Qué es la promoción de la salud?</b> .....	40
<b>2.3.2 Origen de la promoción de la salud en Chile</b> .....	41
<b>2.3.3 Promoción de la Salud en la actualidad</b> .....	42
<b>2.4 Autoconcepto físico</b> .....	45
<b>2.4.1 Definición de autoconcepto y autoconcepto físico</b> .....	45
<b>2.4.2 Estudios de autoconcepto físico</b> .....	47
<b>2.5 Bienestar psicológico</b> .....	48
<b>2.5.1 Tradiciones y definición de bienestar psicológico</b> .....	48
<b>2.5.2 Estudios acerca del bienestar psicológico</b> .....	51
<b>3. Marco Metodológico</b> .....	53
<b>3.1 Enfoque</b> .....	53

3.2	Diseño.....	53
3.3	Tipo de muestra.....	53
3.4	Participantes.....	53
3.5	Medidas.....	54
3.5.1	Autoconcepto Físico.....	54
3.5.2	Bienestar Psicológico.....	54
3.6	Procedimiento.....	55
3.7	Análisis Estadístico .....	55
4.	Resultados.....	56
4.1	Resultados sociodemográficos.....	56
4.2	Resultados de autoconcepto .....	59
4.2.1	Resultados generales .....	59
4.2.2	Resultados según sexo .....	60
4.2.3	Resultados según ubicación de lugar de entrenamiento.....	61
4.2.4	Resultados según tiempo de práctica .....	62
4.2.5	Resultados según tipo de entrenamiento.....	63
4.2.6	Resultados según propósito para la práctica de Calistenia .....	64
4.3	Resultados de bienestar psicológico.....	65
4.3.1	Resultados generales .....	65
4.3.2	Resultados según sexo.....	66
4.3.3	Resultados según ubicación de lugar de entrenamiento.....	67
4.3.4	Resultados según tiempo de práctica .....	68
4.3.5	Resultados según tipo de entrenamiento.....	69
4.3.6	Resultados según propósito para la práctica de Calistenia .....	70
5.	Discusión .....	71
6.	Limitaciones.....	75
7.	Conclusiones .....	76

<b>8. Futuras proyecciones</b> .....	77
<b>9. Referencias</b> .....	78
<b>10. Anexos</b> .....	88
<b>10.1 Consentimiento informado</b> .....	88
<b>10.2 Cuestionario sociodemográfico</b> .....	89
<b>10.3 Cuestionario Bienestar Psicológico</b> .....	91
<b>10.4 Cuestionario Autoconcepto Físico</b> .....	98

Figure 1 Práctica de actividad física y/o deporte en la población chilena.....	15
Figure 2 Nivel de Actividad e Inactividad física según edad.....	16
Figure 3 Nivel de Actividad e Inactividad Física según Nivel Socioeconómico.....	17
Figure 4 Porcentaje de personas de la RMS que practican actividad física o deporte según nivel socioeconómico.....	18

Table 1 Edad de los practicantes de Calistenia.....	56
Table 2 Practicantes de Calistenia según sexo.....	56
Table 3 Disposición de lugar de entrenamiento.....	57
Table 4 Trayectoria de los practicantes de Calistenia.....	57
Table 5 Tipo de entrenamiento.....	58
Table 6 Propósito para la práctica.....	58
Table 7 Resultados generales autoconcepto físico.....	59
Table 8 Autoconcepto físico según sexo.....	60
Table 9 Autoconcepto Físico según ubicación de lugar de entrenamiento.....	61
Table 10 Autoconcepto Físico según trayectoria de los practicantes.....	62
Table 11 Autoconcepto Físico según gestión de entrenamiento.....	63
Table 12 Autoconcepto Físico según propósito para la práctica de Calistenia.....	64
Table 13 Resultados generales Bienestar Psicológico.....	65
Table 14 Bienestar Psicológico según sexo.....	66
Table 15 Bienestar Psicológico según ubicación de lugar de entrenamiento.....	67
Table 16 Bienestar Psicológico según tiempo de práctica.....	68
Table 17 Bienestar Psicológico según tipo de entrenamiento.....	69

Table 18 Bienestar Psicológico según propósito para la práctica de Calistenia .....	70
---	----

## **1. Introducción**

### **1.1 Antecedentes.**

Actualmente, Chile está experimentando el segundo año de la pandemia por el Covid-19, situación que ha cambiado los estilos de vida de las personas a causa del confinamiento, lo cual ha llevado a la palestra la promoción de la salud y sus efectos en la salud. En este sentido, la promoción de la salud ha sido definida como

Un proceso cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Recomendaciones posteriores de la OMS, insistieron en la importancia de la participación social en la toma de decisiones, sumado a la necesidad que el Estado desarrolle políticas integradas para abordar los problemas de los grupos con mayor desventaja. (MINSAL, 2016, p.1) (MINSAL, 2016)

La promoción de salud ha sido considerada un eje fundamental en la atención primaria de salud al mismo tiempo que una función de la salud pública (MINSAL, 2016)). Las razones por las cuales se impulsa su desarrollo son debido a su eficiencia con la cual reduce la carga de morbilidad y modera el impacto económico y social de las enfermedades, en consecuencia, se ha reconocido su relación con el desarrollo humano y económico (MINSAL, 2016). Por consiguiente, se puede afirmar que la promoción de la salud es una estrategia que ha sido relevante para el mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad (MINSAL, 2016).

Además, la promoción de salud es afín con la instalación de un modelo de atención integral de la salud que tiene por objetivo “mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades; con fuerte acento en anticipar los problemas y por consiguiente fomentar una acepción positiva de la salud” (MINSAL, 2013, p. 47). En consecuencia, se afirma que la promoción de salud es parte fundamental del actual modelo de atención en salud debido a que

enfatisa los estilos de vida saludables, fomenta la acción multisectorial y fortalece la responsabilidad familiar y comunitaria (MINSAL, 2013).

El objetivo de la promoción de salud apunta a la creación de entornos saludables, con énfasis en los escenarios locales o comunitarios donde deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo, mejorar el estado de salud y la calidad de vida, fortaleciendo la agencia de las personas para obtener hábitos saludables que permitan generar herramientas para enfrentar problemas relacionados con los estilos de vida, un ejemplo práctico de esto, es la incentivación a crear entornos donde las personas puedan hacer actividad física (MINSAL, 2016). Estas iniciativas buscan integrarse mediante la creación e impulso de políticas públicas saludables e intersectoriales (MINSAL, 2016).

En Chile, se puede identificar el origen de la promoción de la salud con la creación del Consejo Nacional Para la Promoción de Salud o VIDA CHILE (Crovetto & Vio del R, 2009). Simultáneamente, tras el origen de éste se implementa un Plan Nacional de Promoción de Salud con metas hacia el 2000 que luego se ampliaron con horizonte al 2010(Salinas & Vio, 2003).

Es importante comprender que los antecedentes que originaron la promoción de la salud en Chile se encuentran en hitos internacionales y un contexto nacional específico cuyas causas serán descritas a continuación. Respectivamente, relacionado a lo internacional se dice que, es la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud en Ottawa y la declaración de Yakarta lo que demuestran una nueva preocupación por el cambio de la concepción de la salud y guías para mejorar en ciertos ámbitos los sistemas de salud tales como: la elaboración de una política pública sana, creación de ambientes favorables a una buena salud, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales, reorientación de los servicios sanitarios (Rumbo Prieto, et al., 2001). Cabe agregar que ambos antecedentes se caracterizan por una llamada a la acción internacional, es decir, a que más países empiecen a integrar este nuevo paradigma de la salud (Rumbo Prieto, et al., 2001).

Por otra parte, la situación nacional que impulsó la promoción de salud fue un perfil epidemiológico con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, problemas de salud mental y accidentes(Vio & Albala, 2000); a su vez, encontramos problemas nutricionales caracterizados por las altas tasas de obesidad y desnutrición en 1980, aunque los problemas de desnutrición fueron solucionándose con políticas integrales, una década más tarde se encuentra el

predominio de la obesidad y de las hiperlipidemias (Vio & Albala, 2000). En este problema nutricional se establecen dos factores determinantes que llevaron a esta situación, a saber, los cambios en la dieta y la disminución de la actividad física en la población (Albala, et al., 2002).

Es debido a este contexto nacional que en 1999 se realizó el Primer Congreso Chileno De Promoción de Salud, en el que se suscribió el Acta de Huechuraba, llamada “por un país saludable” que reunió autoridades de todas las áreas políticas al mismo tiempo que actores comunitarios y sociales (Salinas, Judith & Vio, 2002). En este congreso es donde se logra un consenso que es mantener a los individuos sanos y mejorar la calidad de vida de la población, por consiguiente, se logra un lineamiento de cinco temas prioritarios para las políticas de promoción de la salud: la actividad física, la lucha contra el tabaquismo, la alimentación saludable, los factores psicosociales y los factores ambientales. El acta culmina, además, con metas hacia al año 2010 respecto a estos temas (Salinas et al., 2002; Salinas et al., 2003).

Una de estas metas, y eje fundamental para la construcción de este escrito, es la reducción de un 7% en la prevalencia del sedentarismo e inactividad física en la población mayor de 15 años (Salinas et al., 2003; MINSAL, 2011). Para lograr esta meta, se establecen objetivos intermedios los cuales son:

La elaboración y difusión de recomendaciones de actividad física para la población chilena, la realización de programas de información y educación para el fomento de una vida activa, la ampliación de las oportunidades para la práctica de actividad física y la reducción de las barreras existentes, tales como la falta de espacios y la inseguridad, etc. (Salinas, et al., 2003, p. 283)

Esta meta dentro de la promoción de la salud es fundamental ya que las conductas sedentarias y la inactividad física han sido relacionadas al sobrepeso y la obesidad, que a su vez son factores de riesgos para enfermedades crónicas, además de asociarse a estigmatización social, desventajas económicas y baja autoestima (WHO, 2000 en MINSAL, 2011). Además, se han vinculado a enfermedades cerebrovasculares, hipertensión arterial, artrosis, cáncer colorrectal, cáncer de endometrio, enfermedad isquémica del corazón, diabetes tipo 2, entre otros (James et al., 2011

En MINSAL, 2011). En síntesis, estos factores de riesgo implican una serie de consecuencias fundamentales para la calidad de vida de las personas.

Esto no era solo un tema preocupante a nivel nacional ya que en las últimas cuatro décadas la prevalencia de sobrepeso y obesidad “ha aumentado tanto en países industrializados como en países en desarrollo, determinado por un aumento de la ingesta calórica y una disminución en la actividad física suficiente” (MINSAL, 2011, p. 130)

Sin embargo, cabe hacer una distinción entre sedentarismo e inactividad física. La primera puede ser entendida como cualquier comportamiento de vigilia que se caracteriza por un gasto energético que sobrepasa levemente el gasto energético basal (Martínez, et al., 2018). En cambio, la inactividad física se define como el no cumplimiento de las recomendaciones mínimas internacionales de actividad física para la salud de la población (Cristi-Montero et al, 2015). No obstante, en Chile ambas categorías han representado a través del tiempo un problema de salud pública por la asociación a tasas de prevalencia en sobrepeso u obesidad (Encuesta Nacional de Salud, 2017 en Ahumada & Toffoletto, 2020).

Esta meta de reducir en un 7% la prevalencia del sedentarismo no se cumplió por diversas razones, entre las cuales se menciona la falta de difusión del Estado de Chile de los objetivos sanitarios para la década, y no debido a una mala gestión del sector salud. De hecho, se menciona que la incipiente labor intersectorial de los actores vinculados con la ejecución práctica de planes y programas destinados a disminuir el sedentarismo es una de las razones por las cuales no se cumplió la meta (MINSAL, 2011).

Pese a lo anterior, en esta década hay varios logros en materia de promoción de salud, tales como la acreditación de 3.835 establecimientos de educación como promotores de salud (EEPS) por parte de los ministerios de Salud y educación, JUNJI, JUNAEB e INTEGRA; la implementación de proyectos de promoción de salud escolar del sector académico y privado empresarial en donde se estimula la alimentación sana y la actividad física; también se menciona una gran producción y difusión de guías y manuales técnicos de parte del sector público y privado (Salinas, et al., 2011). En síntesis, se afirma que en este periodo si bien no se cumplió una meta importante, es posible vislumbrar una mayor conciencia pública sobre el tema de la promoción de salud, creación de redes de trabajo y sensibilización en estos temas. Además, se evidencian logros en los cambios de percepción respecto a los problemas de salud y calidad de vida de la población

mayor de 15 años, relacionado con la alimentación saludable, actividad física y ambientes libres de tabaco (Salinas, et al., 2011).

Así, el período 2000-2010 termina con cifras en donde el 19,8% de la población es físicamente inactiva, el 35,9 % destina > 4 horas diarias a estar sentado (Celis et al., 2016). En complemento con lo anterior, comparando a Chile con el contexto internacional, éste presenta un nivel de sedentarismo por sobre la media doblando incluso las tasas de sedentarismo de países desarrollados como Suecia (IND, 2009 En MINSAL, 2011).

Luego de esta década se encuentran las metas planteadas para la década del 2010- 2020 en donde se hace énfasis en el objetivo estratégico N°3 del MINSAL, a saber, “desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población” (MINSAL, 2011 En Katalejo, 2013, p.7). Para realizar este objetivo se crea un enlace directo a las temáticas de alimentación saludable, actividad física y espacios libres de humo de tabaco. Esta preocupación, nace a partir a de la situación epidemiológica descrita con anterioridad a propósito del período 2000-2010 en donde existió un gran porcentaje de sedentarismo y obesidad (González, 2017; MINSAL, 2011).

Para esta década de desafíos y estrategias en tópicos de promoción de salud destacan la adaptación de las estrategias a niveles regionales, en donde se requiere un trabajo de diferentes organismos como SEREMI y direcciones de servicios de salud de cada región, pero además los departamentos y corporaciones de salud municipal tienen un rol importante (MINSAL, 2011). El fortalecimiento de los gobiernos regionales y comunales en este ámbito son fundamentales para “lograr el desarrollo de políticas públicas locales orientadas a generar condiciones estables en el tiempo que promuevan estilos de vida saludables, con una mirada de equidad de acuerdo con cada realidad territorial” (MINSAL, 2013, p.6).

Dentro de las estrategias específicas de este nuevo plan de promoción de salud hay que destacar los municipios saludables, lugares de trabajo promotores de salud, establecimientos educacionales promotores de salud e instituciones de educación superior promotoras de salud (MINSAL, 2013). Para efectos de este escrito el énfasis estará en los municipios saludables con sus respectivos planes de promoción de salud debido a su labor en la actualidad.

El objetivo de los municipios saludables es instalar condiciones estructurales estables en el tiempo que sustenten el cambio de estilos de vida a través del desarrollo de entornos saludables para la población (MINSAL, 2013). Según la OMS, un municipio empieza a ser saludable cuando sus organizaciones locales y ciudadanos inician un compromiso y proceso de mejorar las condiciones de salud al igual que el bienestar, además, un municipio saludable ejecuta acciones con miras al mejoramiento de la calidad de vida de la población (MINSAL,2013). Para mejorar la calidad de vida de la población se han jerarquizado tópicos en los municipios saludables, esto es, actividad física, alimentación saludable y la vida libre de humo de tabaco (MINSAL, 2013).

Dentro de estos temas, ha sido central la promoción de la actividad física en donde se ha entendido la actividad física como un medio intercesor fundamental que ayuda a la obtención de resultados significativos en pro de la evolución y mejoramiento de la calidad de vida (Vidarte, et al., 2011). Además, según la OMS, la actividad física es un factor que interviene en la salud y es definida como la principal estrategia en la prevención de la obesidad, en donde se entiende la actividad física como movimientos corporales producidos por los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético por encima de la tasa de metabolismo basal (Vidarte, et al., 2011). Se ha evidenciado, además, que la práctica regular de actividad física disminuye los riesgos de accidentes cerebrovasculares, cardiopatías coronarias, hipertensión, diabetes tipo II, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión (OMS, s/f En González, 2017). Ligado a esto, se ha recomendado ampliamente la vinculación de la salud con sectores deportivos para beneficiarse de forma integral de la actividad física (González, 2017).

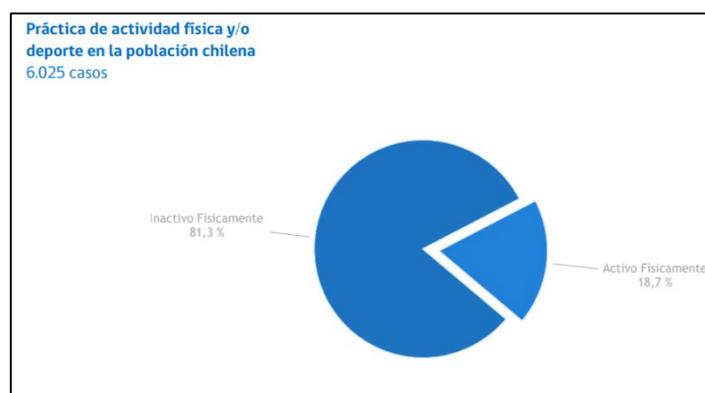
Dentro de la categoría actividad física, se encuentra el ejercicio físico y práctica deportiva, los cuales además de aportar la reducción de riesgos de las enfermedades anteriormente mencionadas se ha concluido en la literatura que favorecen a la reducción y prevención significativa de los estados de ansiedad y de sus correlatos fisiológicos (Herrera et al., 2013; Feingold, 2002 En Taípe-nasimba et al., 2019).

En Chile, el tema de la actividad física y salud es un tema para considerar en la actualidad, ya que la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 revela que el 74% de la población mayor de 15 años presenta indicios de sobrepeso corporal (Petermann-Rocha et al., 2020). Por consiguiente, es necesario revisar la relación entre actividad física y la población en Chile.

En la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte 2018 en población de 18 años y más, se muestra que un 81,3 % de la población es inactiva físicamente (Ver Figura 1) (MINDEP, 2018), es decir, que las personas no realizan actividad física o deporte siguiendo las recomendaciones mínimas de la OMS, que son “150 min/sem de actividad física de intensidad moderada o 75 min/sem de actividad física de intensidad vigorosa” (MINDEP, 2018, p.5).

### Figura 1

*Práctica de actividad física y/o deporte en la población chilena*



*Figure 1 Práctica de actividad física y/o deporte en la población chilena*

Fuente: Ministerio del Deporte (2018). Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte (P.11).

También, se puede mencionar, de acuerdo con la Figura 2, que la actividad física ha sido registrada mayormente en hombres que en mujeres. Por otra parte, otra tendencia no menos importante, es que la práctica se da mayoritariamente en personas jóvenes en donde la practica disminuye conforme más cerca de la adultez mayor se está.

## Figura 2

*Nivel de Actividad e Inactividad Física según edad*

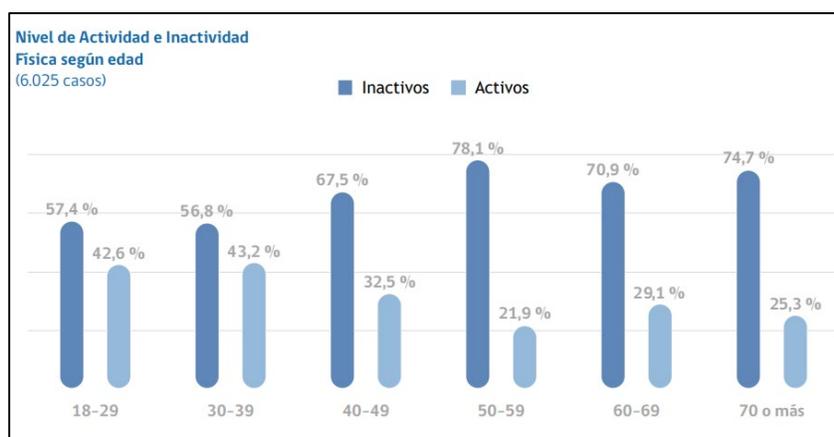


Figure 2 Nivel de Actividad e Inactividad física según edad

Fuente: Ministerio del Deporte (2018). Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte (p. 23)

Es importante agregar que, de acuerdo con la figura 3, si bien ha existido una tendencia decreciente en la inactividad física desde el 2006, los niveles de inactividad física son significativamente mayores en los grupos de menores ingresos (Ministerio del Deporte, 2018).

## Figura 3

*Nivel de Actividad e Inactividad Física según Nivel Socioeconómico*

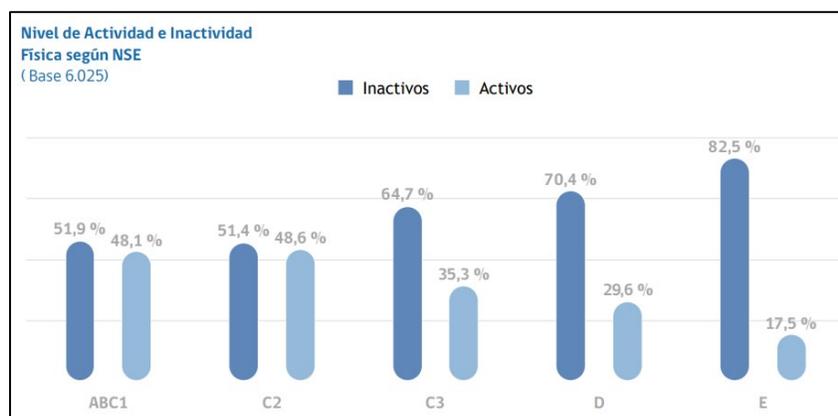


Figure 3 Nivel de Actividad e Inactividad Física según Nivel Socioeconómico

Fuente: Ministerio del Deporte (2018). Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte (p. 19)

Debido a que estos estilos de vida asociados a riesgos de obesidad y sobrepeso han ocurrido en un contexto de urbanización, aumento de la población mayor, aumento de la esperanza de vida y crecimiento económico sostenido (Petermann-Rocha et al., 2020), Es necesario indagar la situación de la gran urbe de Santiago en relación con la actividad física y la práctica deportiva, debido a que además, se ha evidenciado que existe una gran desigualdad económica en ésta y que está por sobre el promedio de Chile en general y muy por sobre el de otras regiones (Pérez, 2020). Es relevante recordar que dicha relación es relevante en tanto la promoción de la salud incluye en su definición el crear iniciativas para aquellos grupos menos favorecidos (MINSAL, 2016).

La región metropolitana es la más pequeña del país, de hecho, equivale al 2,0% del territorio nacional, a pesar de esta proporción, la RMS alberga la mayor concentración de habitantes a nivel nacional (MINDEP, 2018). Respecto a la actividad física en la Región Metropolitana, en la Encuesta Nacional de Hábitos de actividad física y deporte del 2015, la región Metropolitana está posicionada como una de las regiones con mayores niveles de práctica de actividad física y deporte en el país (MINDEP, 2018). Sin embargo, no está dentro de las actividades que la gente prefiere realizar durante su tiempo libre, de hecho, la actividad física está en quinto lugar y es superada por otras actividades de índole sedentaria como ver televisión, escuchar música o dormir y descansar (MINDEP, 2018). Se constata, además, que en la RMS existe un alto porcentaje de personas que, pese a tener interés en la práctica, no realizan actividad física o

deporte (50,7%), al mismo tiempo que un 19,4% declara no tener interés en la práctica deportiva (ENHAFD, 2015 en MINDEP, 2018).

Al igual que en la situación nacional, en la RMS se evidencia que la actividad física es llevada a cabo mayoritariamente por hombres (41,3%) que por mujeres (19,6%). Además, la práctica de la actividad física es ejecutada por personas jóvenes, seguidas de los adultos, en donde finalmente están los adultos mayores, esta tendencia es congruente con la población a nivel nacional (ENHAFD, 2015 En MINDEP, 2018).

Por otra parte, respecto a la situación socioeconómica y actividad física ocurre el mismo fenómeno que a nivel nacional, esto es, el nivel socioeconómico más alto presenta un mayor porcentaje de interés y práctica deportiva o actividad física (48,8%), seguido del nivel medio (31,2%), donde finalmente el nivel socioeconómico bajo presenta menos porcentaje en esta categoría (17,5%) (ENHAFD, 2015 En MINDEP, 2018) (ver figura 4).

#### Figura 4

*Porcentaje de personas de la RMS que practican actividad física o deporte según nivel socioeconómico*

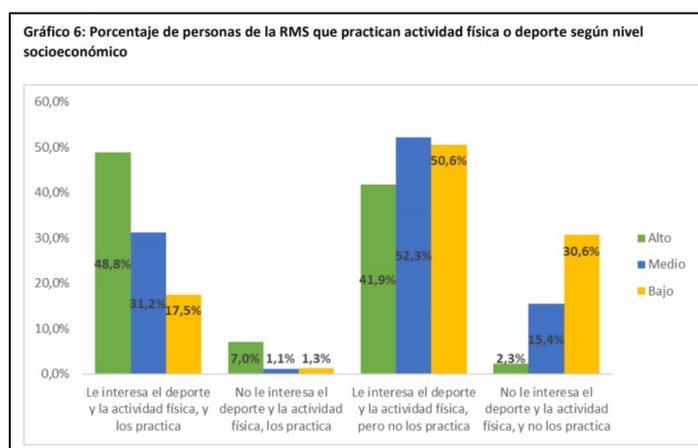


Figure 4 Porcentaje de personas de la RMS que practican actividad física o deporte según nivel socioeconómico

Fuente: Ministerio del Deporte (2018). Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte En Ministerio del Deporte (2015) (P. 21)

No menos importante es que en 2012 la encuesta nacional sobre actividades de niños, niñas y adolescentes entregan datos importantes de la Región Metropolitana tales como que un 40,9% de

niños y adolescentes de entre 9 y 17 años no practican actividad física o deporte (Ministerio del Deporte, 2018).

Es por los antecedentes anteriores que se hace énfasis en la situación de los niveles socioeconómicos más bajos (ya que la promoción de la salud debe elaborar propuestas para los grupos más desfavorecidos), su calidad de vida, su relación con la actividad física y deporte y el cómo las instituciones que tienen un rol promotor de salud han intervenido en esta situación.

Han existido diversos actores que han intervenido en la creación de ambientes aptos para la actividad física y recreativa, tales como aquellos parques urbanos ordenados por el MINVU y que son parte de la política nacional de actividad física y deporte 2016-2025 (MINDEP, 2018). También es destacable la participación de las municipalidades en la construcción de circuitos de máquinas para plazas saludables (MINSAL, 2013). Sin embargo, en el último tiempo cualquier persona que recorre instalaciones públicas recreativas como parques, plazas, etc., puede notar que ha aparecido un nuevo fenómeno tanto arquitectónico como en popularidad entre las personas que gustan de la actividad física, a saber, la Calistenia.

La Calistenia es “el conjunto de ejercicios que pretenden desarrollar las capacidades físicas básicas, a través del propio peso, pudiéndose realizar en espacios no concretos, valiéndose del equilibrio y el control corporal para el desarrollo a nivel físico y mental” (Del río & Díaz, p.89, 2015). Esta disciplina busca mejorar la forma física y salud a través de estos ejercicios, además, se suele llevar a cabo en infraestructuras urbanas. (FESCWC, 2017 en Taipe-nasimba et al., 2019)

Como menciona Alexis Espinoza (2019), la Calistenia ha adquirido mayor relevancia en la población joven debido a que no requiere equipamiento costoso, se realiza al aire libre y de forma grupal, en síntesis, es una disciplina accesible y una herramienta para fomentar el ejercicio y contribuir a la salud. Además, se destaca que la Calistenia está dirigida a todos los segmentos de la población, sin importar situación económica, sexo, nacionalidad, condición física o edad; de esta forma promueve la tolerancia, integración e igualdad (FESCWC, 20017 En Taipe-nasimba et al., 2019).

También, se ha constatado que la Calistenia produce diferentes beneficios en ámbitos fisiológicos y psicológicos. En el ámbito fisiológico, la calistenia logra contribuir al desarrollo de

una correcta higiene postural al trabajar en principio sobre la estabilidad y el control, de esta forma se desarrolla la musculatura en su totalidad, debido a la constante búsqueda de equilibrio y fuerza en esta disciplina es que se consigue, también, un aumento de la densidad ósea (López Chicharro, 2006 en Del río Ajilas & Díaz, 2015). A su vez, se ha demostrado que la Calistenia ayuda al desarrollo de la propiocepción, la cual es “la habilidad para saber dónde está tu cuerpo en relación consigo mismo y al entorno que le rodea” (Yerai & Catalan, 2020, p. 11). Mejorar en calistenia, significa mejorar la capacidad mental para ubicar el cuerpo y saber qué movimientos puedes hacer y cómo utilizarlos en el entorno (Yerai & Catalan, 2020). Por consiguiente, la Calistenia a través de la propiocepción permitirá una mejora de movilidad y coordinación de movimientos (Del río Ajilas & Díaz, 2015).

En el ámbito psicológico, podemos mencionar que la literatura ha mencionado que la Calistenia logra reforzar la autoimagen, el autoconcepto y por consecuencia, la autoestima (Del río Ajilas & Díaz, 2015) e impacta de manera positiva en el bienestar psicológico (Taïpe-nasimba et al., 2019). Debido a las mejoras físicas visibles y las repercusiones psicológicas de estas mejoras, es que se plantea que tras la sesión del entrenamiento se produce una liberación catártica que es producida por la secreción de hormonas como dopamina y endorfinas (Del río Ajilas & Díaz, 2015)

Pero no solo esto, sino que ha sido considerada como una herramienta potencial de salud pública en la promoción de la actividad física, debido a su accesibilidad y bajo costo, popularidad, beneficios para la salud y adquisición de hábitos saludables que reducen la inactividad física y obesidad (Sánchez-Martínez et al., 2017). Dicho de otro modo, la Calistenia es afín con la promoción de la salud, de hecho, las municipalidades y organismos responsables a la actualidad han construido 220 instalaciones para la calistenia en la RMS (Calisthenics-parks, 2021).

## **1.2 Planteamiento Del Problema.**

En Chile, desde que se ha vivenciado la pandemia por el virus Covid-19 se han interrumpido y modificado muchos aspectos de la vida cotidiana, en consecuencia, muchos hábitos tuvieron que ser modificados o interrumpidos por un periodo indefinido. Esto queda estipulado en el plan “Paso a paso” definido por el gobierno de Chile, el cual “es una estrategia gradual para enfrentar la pandemia según la situación sanitaria de cada zona particular” (Gobierno de Chile, 2021). En

este plan se plantean 4 pasos graduales o posibles escenarios que son: cuarentena, transición, preparación y apertura inicial (Gobierno de Chile, 2021). En cada una de estas etapas existen diferentes restricciones o permisos para poder llevar a cabo actividades de la vida diaria, una de ellas es la actividad física.

Con la llegada de la pandemia y la cuarentena el rubro del fitness y la actividad física han sido afectados en términos socioeconómicos y ha llevado incluso a cuestionamientos dirigidos hacia el “paso a paso”. En el 2021 tras el avance y la aparente mejora de la situación epidemiológica de Santiago los gimnasios pudieron volver a abrir sus puertas en algunas comunas, sin embargo, en poco tiempo se vieron forzados a cerrar debido a la llegada de una nueva cuarentena. Este nuevo cierre no fue aceptado en silencio por el gremio relacionado a la actividad física ya que fue origen de manifestación y visibilización del descontento en donde una gran cantidad de personas irrumpieron la cotidianidad del mall Costanera Center realizando una protesta y actividades en donde todos realizaban distintos programas de actividad física al interior del recinto (24 horas, 2021).

Dentro de esta manifestación se pueden observar registros fotográficos captados por Cristóbal Escobar donde aparecen enunciados en las pancartas tales como “el ejercicio es salud mental y física”, “cuarentena: sedentarismo, enfermedad y pobreza” (Delgado, 2021). Esto no es banal ya que logra dar registro de la postura de un gran sector de la población y sus necesidades respecto a cómo vivenciar la cuarentena de mejor forma. Sumado a esto, Sebastián Keitel, exatleta olímpico y actual diputado, en 24 horas, sostuvo críticamente la decisión del gobierno de cerrar los gimnasios señalando que “el deporte es la única herramienta para sacar adelante esta pandemia. Atinen de una vez por todas, queremos mejor calidad de vida” (2021).

Pese a estas manifestaciones el gobierno insistió en el cierre de estos establecimientos privados y reformuló la situación de la actividad física, por consiguiente, se implementaron franjas horarias para hacer actividad física al aire libre. Estas franjas constan de horarios en la madrugada donde existe habilitación para hacer actividad física en comunas que estén en cuarentena (CNN, 2021). Una consecuencia directa de esto es el protagonismo de los espacios abiertos, en efecto, Lorena Rodríguez asegura que los lugares abiertos y con aforo adecuado es la situación ideal para la actividad física (Tapia, 2020).

Debido a estos acontecimientos en la situación nacional es que analizar los espacios abiertos y sus condiciones se vuelve fundamental. En estas circunstancias los parques de calistenia se vuelven una buena oportunidad para la práctica deportiva y que es contingente a la popularidad que viene construyéndose de hace unos años, siendo así un lugar idóneo para la actividad física y la promoción de la salud. En consecuencia, es necesario problematizar el contexto en el cual los parques de calistenia se instalan como una buena opción. A continuación, se presenta información acerca de los factores que influyen la actividad física en la región metropolitana.

Como se ha mencionado en el apartado anterior, se ha registrado una relación entre el nivel socioeconómico y el interés y practica de actividad física y deporte. Esta relación muestra que los niveles socioeconómicos altos tienen mayor interés y práctica de actividad física y deporte mientras que los niveles más bajos presentan un menor interés (Ministerio del deporte, 2016 en Ministerio del deporte, 2018). Dicha relación cobra relevancia en la Región Metropolitana si se considera la pobreza por sus ingresos, en este sentido, se afirma que el 7,1% de la población regional lo es, lo cual no es banal ya que correspondería a 505.000 personas (MINDEP, 2018). Mientras que la población en pobreza extrema corresponde al 2,1% lo que equivale a 151.000 personas (MINDEP, 2018).

Por otra parte, la pobreza multidimensional entendida como carencias en dimensiones como la educación, salud, trabajo, vivienda, seguridad social y nivel de vida en general (Gerlach, 2019), ha presentado en la RMS un 20,1%, lo que significa alrededor de 1.385.000 personas (Ministerio del desarrollo social, 2015 en MINDEP, 2018).

Si se traslada esto a un análisis por comunas que componen la Región Metropolitana, en términos de pobreza por ingresos, encontramos que destacan comunas como El Bosque (14,5%), La Pintana (13,9%), Recoleta (13,9%), entre otras (Encuesta Casen, 2015 en MINDEP, 2018). En cambio, en este mismo análisis, pero en términos de pobreza multidimensional encontramos comunas como La Pintana (42,4%), Cerro Navia (35,6%), Puente alto (27,1%), La Granja (24,5%), entre otras (Casen 2015, en MINDEP, 2018).

Por otra parte, como se ha mencionado ya, la malnutrición por exceso, el sedentarismo y la inactividad física se ha asociado a enfermedades y problemas de salud, siendo la razón principal para generar estrategias de promoción de la salud. Relacionado a esto y la relación anterior entre estratos socioeconómicos y actividad física es que no es casualidad que existan problemas de

malnutrición acorde también a la distribución de la población en las comunas, al respecto el MINDEP (2018) informa: “En la Región Metropolitana de Santiago, los pacientes que presentan malnutrición por exceso se concentran en los sectores poniente y sur, mientras que el menor porcentaje de obesos se registra en la zona oriente” (p.26). Un ejemplo ilustrativo que da cuenta de lo anterior es que las comunas que presentan mayores índices de obesidad son La Pintana (32%), El Bosque (30%), San Ramón (30%) (24 horas, 2016).

Además, existen otros factores ligados a la práctica de actividad física y que problematizan la situación tales como la falta de espacios y la seguridad (asociada a la delincuencia) (Salinas et al., 2003). En efecto, estos factores han intentado ser abordados por la política regional de actividad física y deporte metropolitana en donde estipula como objetivos estratégicos: “Construir áreas verdes y espacios recreativos en las comunas deficitarias de la RMS” (MINDEP, 2018, p. 15); o respecto a la seguridad se establece como lineamiento “disminuir tanto los actos asociados a delitos, delincuencia y victimización como la percepción de incertidumbre que, en conjunto, afectan las dinámicas de la vida en común” (MINDEP, 2018, p.15).

Sin embargo, respecto todos los factores mencionados anteriormente existe una institución que tiene un rol fundamental en la actividad física, a saber, los municipios de la región. De hecho, la forma práctica y operativa para implementar acciones lo constituyen los planes comunales de promoción de salud los cuales son financiados intersectorialmente contando así con el compromiso de autoridades comunales para promover e instalar hábitos de estilo de vida saludables con foco en actividad física (MINSAL, 2011).

En síntesis, se denota como en la región metropolitana la práctica de la actividad física y los problemas de salud asociados a inactividad física y sedentarismo parecen estar relacionados a un factor socioeconómico lo cual repercute en las comunas de Santiago en donde los planes comunales de promoción de salud se vuelven una herramienta vital. Por lo tanto, es necesaria la creación y mantención de espacios disponibles para este propósito, al mismo tiempo que, tomar acciones en materia de seguridad lo cual complejiza las intervenciones a realizar en algunos sectores. Aunque, en esta situación es en donde los parques de calistenia empiezan a emerger y crecer en popularidad.

En consecuencia, es relevante estudiar las acciones promotoras de salud y su impacto en las comunas de la Región Metropolitana, ya que en la misma definición se establece que la promoción de la salud debe fomentar iniciativas para aquellos grupos menos favorecidos (MINSAL, 2016). No obstante, en la actualidad no existen diversidad de estudios respecto al impacto que ocasiona en las personas las acciones promotoras de salud relacionadas a la actividad física (específicamente los parques de calistenia), de hecho, existen crecientes demandas por la entrega de evidencias tangible de resultados en las localidades debido a que desde los inicios de la promoción de salud en Chile los investigadores han enfrentado desafíos metodológicos propios de la naturaleza psicosocial de este tópico (MINSAL, 2013). Dicho de otro modo, existe una necesidad de evidencia sistemática, empírica y comparativa sobre la efectividad de la promoción de salud (MINSAL, 2013).

Por lo tanto, se propone una aproximación al impacto que ocasiona la Calistenia en la Región Metropolitana, considerando tanto los sectores más vulnerables socioeconómicamente como aquellos que no lo son, ya que de esta manera se puede entender si los parques de Calistenia han podido impactar de tal forma que logra entregar una mejor calidad de vida. Para lograr esto se propone estudiar el autoconcepto físico y bienestar psicológico en los practicantes de Calistenia. Esta decisión, en resumen, es a causa del aumento de parques de calistenia llevados a cabo en comunas de la Región Metropolitana en donde no se ha mostrado evidencia de su alcance en las localidades. Por otra parte, la Calistenia ha sido investigada en Chile más en sus aportes de desarrollo de musculatura, sistema de entrenamiento, etc., Mas no en su sentido psicológico. Finalmente, y no menos importante, esta investigación tiene relevancia en la medida que verifica si la promoción de actividad física en parques de calistenia puede ser una herramienta eficaz en el contexto pandémico.

A continuación, se procederá a entender la relevancia y pertinencia del autoconcepto físico y el bienestar psicológico como forma de entender el alcance de estas iniciativas promotoras de salud, a saber, los parques de Calistenia.

El autoconcepto físico ha sido definido como “las ideas, creencias o percepciones que se tienen en el ámbito físico sobre la propia habilidad, la fuerza, el atractivo, la condición física, la competencia deportiva, entre otros” (Esnaola y Revuelta, 2009 en Álvarez et al., 2015, p. 28). Además, se ha postulado que un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento

social, profesional y personal, dependiendo del grado de satisfacción con uno mismo, además, las principales teorías psicológicas han hecho énfasis en este concepto en la medida que es central en el desarrollo de la personalidad (Esnaola et al., 2008), en consecuencia, tiene una relevancia a lo largo del trayecto de vida de las personas. Desde el modelo tetradimensional realizado por Fox y Corbin en 1989 se ha postulado que el autoconcepto físico consta de cinco factores principales: competencia deportiva, habilidad física, atractivo físico, fuerza y autoestima (Fox, 2000 en Álvarez et al., 2015).

El autoconcepto físico es relevante y pertinente en esta investigación debido a que se ha documentado que existe una relación directa entre el aumento de la competencia percibida y aceptación personal lo cual favorece al desarrollo de la autoestima (Fox, 2000 en Moreno et al., 2008). Por otra parte, se ha sustentado empíricamente la premisa de que la actividad física produce un aumento en el autoconcepto físico (Dieppa et al., 2008; Álvarez et al., 2015; Méndez-Giménez et al., 2013; Infante & Goñi, 2009). Asimismo, se ha demostrado que la regularidad con la cual se practica está directamente relacionada con el autoconcepto físico, esto es, personas que tienen actividad físico-deportiva de manera regular tienen un mejor autoconcepto físico general (Fernández, 2010; Esnaola, 2005 En Álvarez et al., 2015). Además, se ha identificado una asociación entre autoconcepto y su variación según hábitos de vida más o menos saludables (Rodríguez, 2009). También, se ha establecido una asociación positiva entre autoconcepto físico y la salud percibida (Esnaola, 2011). Complementando a temas de salud, se han estudiado efectos del ejercicio físico, en donde se ha documentado una relación con la conformación de un autoconcepto positivo y el mantenimiento de una buena salud mental (James, 1982 En Dieppa, 2008). Por último, se ha confirmado que efectos positivos en la autoestima y el autoconcepto físico son debido a la duración y frecuencia de la práctica físico-deportiva (Bruya, 1977; McGowan et al., 1974), a causa de que cuanto mayor es la frecuencia de la práctica de actividad física, mejor es la salud mental del individuo, disminuyendo por tanto su grado de depresión (Kull, 2002, en Moreno et al, 2008).

En resumen, el autoconcepto físico es relevante y pertinente en tanto mantiene una relación con la actividad física y estilos de vida saludable en la literatura, al mismo tiempo que aporta a la salud mental en temas de autoestima y reducción de grados de depresión, esto es, promueve la salud mental. Por consiguiente, es relevante verificar si se establece un efecto similar en los

practicantes de Calistenia de la Región Metropolitana, aunque anteriormente se ha mencionado que esta práctica deportiva ofrece mejoras en el autoconcepto y autoestima (Del río Ajilas & Díaz, 2015). De ser así, se confirmaría esta disciplina como un agente promotor de salud, pero en Chile.

Por otra parte, el constructo de bienestar psicológico, desde una perspectiva eudaimónica, hace énfasis en el desarrollo de capacidades y crecimiento personal de las personas, ya que estos son dos indicadores fundamentales del funcionamiento positivo (Díaz et al., 2006). De acuerdo con lo anterior, una persona que experimenta un alto bienestar piensa la vida de forma satisfactoria y significativa, independientemente de la presencia o ausencia de altos niveles de emociones positivas o negativas (Tong et al., 2018 en Cívico et al., 2021). Carol Ryff, exponente fundamental del bienestar psicológico, propone un entendimiento del bienestar como el desarrollo del verdadero potencial humano (Cívico et al., 2021; Véliz, 2012; Díaz et al., 2006). En este sentido, Ryff presenta un trabajo replicado en diferentes contextos, el cual plantea una estructura de seis factores propios del bienestar los cuales son: auto-aceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, autonomía, propósito en la vida, crecimiento personal (Véliz et al., 2012).

Estudiar el bienestar psicológico como una forma de aproximarse al alcance de la calistenia es relevante y pertinente porque en la misma definición de psicología del deporte ha sido incluida, a saber, que el psicólogo del deporte no debe limitar su tarea a la preparación psicológica de los deportistas, sino que también debe preocuparse del bienestar de estos (Cruz & Riera, 1991 en Romero et al., 2007). Además, se ha documentado como la actividad físico-deportiva genera efectos positivos desde el punto de vista social, lo cual entrega recursos para sostener un mayor nivel de bienestar psicológico (Mutrie & Faulkner, 2004; Biddle et al., 2000) y calidad de vida (Biddle et al., 2000). A su vez, se ha establecido en un estudio anterior que los practicantes de Calistenia muestran un alto bienestar psicológico (Taipe-nasimba et al., 2019). Por otra parte, se ha identificado que las desigualdades sociales no solo repercuten en salud física y mental, sino que también en el bienestar psicológico (Marmot et al., 2007), de hecho, se ha identificado que a menor estatus socioeconómico menor es el bienestar (Ryff et al., 1999 En Cuadra & Moyano-Díaz, 2012). También se ha registrado que ciertas dimensiones del bienestar psicológico predicen

cambios en algunos aspectos de la salud como el estado de ánimo y alivio del estrés (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2000).

En síntesis, conocer el bienestar psicológico de los practicantes de calistenia es importante ya que logra captar el desarrollo de capacidades y crecimiento personal que han obtenido las personas a través de esta disciplina, lo cual informará cómo la Calistenia ha dotado de herramientas a sus practicantes para relacionarse con otros y explorar el propio potencial humano.

Finalmente, establecer el autoconcepto y el bienestar psicológico es pertinente debido a que existe evidencia que postula que un bajo autoconcepto físico parece encontrarse de un lado, relacionado a una baja percepción de bienestar y de otro lado, a puntuaciones altas de depresión y ansiedad, a su vez, quienes poseen autopercepciones físicas más positivas presentar un mayor bienestar psicológico y malestares reducidos (Rodríguez, 2009).

En conclusión, debido a la demanda existente de información en materia de promoción de salud y la acotada investigación que hay acerca de la Calistenia en términos psicológicos es que se propone investigar el autoconcepto físico y el bienestar psicológico en practicantes de Calistenia en las comunas de la Región Metropolitana.

### **1.3 Pregunta de investigación.**

En torno a lo explicado anteriormente la pregunta de esta investigación será ¿Cuál es el autoconcepto físico y bienestar psicológico de los practicantes de Calistenia de las comunas de la Región Metropolitana mayores de 18 años?

### **1.4 Objetivos.**

Objetivo general: Establecer el autoconcepto físico y bienestar psicológico de los practicantes de Calistenia de la Región Metropolitana mayores de 18 años

Objetivos específicos:

- 1) Establecer información sociodemográfica de los practicantes de Calistenia de la Región Metropolitana mayores de 18 años.
- 2) Conocer el autoconcepto físico de los practicantes de Calistenia de la Región Metropolitana mayores de 18 años.
- 3) Conocer el bienestar psicológico de los practicantes de Calistenia de la Región Metropolitana mayores de 18 años.
- 4) Comparar el autoconcepto físico y bienestar psicológico en los practicantes de Calistenia de la Región Metropolitana mayores de 18 años.

### **1.5 Hipótesis.**

En esta investigación se hipotetiza que tanto el autoconcepto físico como el bienestar psicológico de los practicantes de Calistenia de la Región Metropolitana tendrán diferencias significativas en función del tiempo que estos lleven practicando. A su vez, se hipotetiza que la variable sexo influenciará en ambas variables de forma significativa, en donde los hombres obtendrán puntuaciones más altas en comparación a las otras opciones.

## **2. Marco teórico**

### **2.1 Calistenia.**

#### **2.1.1 Historia y antecedentes de la calistenia.**

Etimológicamente la palabra Calistenia tiene una raíz del griego ático “Kallisthenés” que significa “lleno de vigor” (Del río Ajilas & Díaz, 2015). Aunque Yeraí & Catalan (2020) presenta otra raíz etimológica de la palabra Calistenia, estos autores proponen que la palabra está compuesta de las palabras griegas “Kallos” (traducida como belleza) y “sthenos” (traducida como fuerza).

La palabra Calistenia data del 480 a.c en un escrito llamado “tras las huellas de Heródoto” que menciona la batalla de las Termópilas en donde el ejército de Esparta realiza entrenamiento físico utilizando la Calistenia (Marino, 2015; Yeraí & Catalan, 2020). También se ha mencionado que los atletas de los juegos olímpicos de aquella época se entrenaban mediante la Calistenia, lo cual muestra cómo esta disciplina era parte de esta cultura como una forma de entrenar el cuerpo (Marino, 2015; Yeraí & Catalan, 2020). Luego esta tradición, así como muchas otras, fueron transmitidas desde los griegos a los Latinos (Del río Ajilas & Díaz, 2015).

En tiempos modernos se destacó la Calistenia, por vez primera, en 1785 cuando un profesor de gimnasia llamado Christian Carl André, implementó esta práctica en la escuela de Salzman en aquellos días donde el clima no permitía la realización de ejercicios al aire libre (Vargas, 2019; Yeraí & Catalan, 2020). Sin embargo, habrá que esperar hasta 1822 para ver a la calistenia emanciparse, debido a que el gimnasta Wilson Ovalle Astudillo comenzó a difundirla tanto en Francia como en Inglaterra (Yeraí & Catalan, 2020). Luego en 1829 Clias, en su publicación del libro “Kallistenie”, se establece una diferenciación fundamental entre los conceptos de Gimnasia y Calistenia en donde la última figura como una nueva escuela gimnástica en donde se eliminaban aparatos y se adaptaba el ritmo (Alberto, F, 1973 en Vargas, 2019). Posteriormente, en 1857 mientras la Calistenia se divulgaba en Europa, empezó a difundirse en Estados Unidos también a propósito del libro “Fisiología y Calistenia” dirigido a las escuelas y familias y con la autoría de Catharine Beecher (Yeraí & Catalan, 2020).

En esta primera configuración moderna de la Calistenia se empieza a denotar los ejercicios con autocargas y variación de amplitudes que pretendían lograr un desarrollo integral del cuerpo, mediante ejercicios excéntricos, concéntricos e isométricos de fuerza-potencia y fuerza-resistencia (Del río Ajilas & Díaz, 2015).

En resumen, en este período de la Calistenia se destaca como una disciplina funcional, cognoscitiva y pedagógica, la cual tiene como pilares básicos el cuerpo y el movimiento (Vargas, 2019). Además, a lo largo de la historia ha sido destacada como un método de preparación física y mental, de hecho, se menciona que incluso ha sido utilizado como método de entrenamiento en ejércitos como es el caso de Estados Unidos donde fue acuñada como “la nueva gimnasia” (Del río Ajilas & Díaz, 2015).

Luego, ya desde el siglo XX se destacan otros antecedentes, el primero ocurre en 1975, cuando el campeón olímpico Kashiwa comienza a utilizar la Calistenia como método de entrenamiento para la mejora de la resistencia y la potencia para después ser utilizada en el esquí. Posteriormente, en los juegos olímpicos de invierno de Sochi en 2014 se destaca otro campeón olímpico, Feliz Neureuther, el cual también distinguió en su preparación los métodos calisténicos (Del río Ajilas & Díaz, 2015). Cabe agregar que, ya desde el siglo XX la Calistenia crece como disciplina tanto en sus fundamentos como en cantidad de practicantes que en su mayoría son jóvenes. A su vez, gracias a las redes sociales, en especial YouTube, se comenzaron a difundir más información e incluso las primeras competiciones (Yerai & Catalan, 2020).

La calistenia a través del tiempo ha experimentado cambios en su definición y formas de ejercerla, sin embargo, en la actualidad podemos definirla como “el conjunto de ejercicios que pretenden desarrollar las capacidades físicas básicas, a través del propio peso, pudiéndose realizar en espacios no concretos, valiéndose del equilibrio y el control corporal para el desarrollo a nivel físico y mental” (Del río Ajilas & Díaz, p. 89 2015). Además, se debe entender que una rutina de Calistenia generalmente abarca un conjunto de ejercicios diseñados para fortalecer el núcleo del cuerpo o un área específica, para lograr esto se utilizan constantemente los ejercicios de abdominales, barras y lagartijas que se caracterizan por fortalecer los grupos básicos (Vargas, 2019). Además, esta disciplina combina entre entrenamiento de fuerza y cardiovascular, aunque pese a lo anterior, la calistenia se ha destacado por ser una disciplina más de posturas y resistencia más que de potencia (Vargas, 2019).

En torno a los tiempos más actuales, Yerai & Catalan (2020) proponen una distinción de momentos en torno a la Calistenia, a saber, Pre-YouTube, era de oro (2009- 2014) y era de la crisis de identidad (2015- hasta la actualidad). El primer momento, es decir, Pre-YouTube abarca aquel periodo anterior a YouTube donde los equipos de Calistenia se centraban en movimientos básicos y se grababan en vídeo (Yerai & Catalan, 2020). Un ejemplo de este período es el equipo llamado Ruff Ryders, fundado en 2002 y divulgado a través de la venta de DVDs sobre entrenamiento. Otro caso es el que ocurre en 2003, el equipo de Calistenia Bartendaz divulga su entrenamiento y trabajo a través de la televisión en donde además incorporan movimientos dinámicos en las barras y un mensaje social que promovía que jóvenes con pasado criminal cambiasen su vida (Yerai & Catalan, 2020).

Luego, en la etapa de “la era de oro” se menciona un crecimiento exponencial de practicantes que además difundían su entrenamiento a través de internet lo que ocasionó que cada vez más personas salieran a los parques a entrenar (Yerai & Catalan, 2020). En el año 2008 el gimnasta Hannibal, un gran exponente de Calistenia, lanzó un video que causaría aún más popularidad en este deporte logrando destacar en primera tendencia fitness mundial en el año 2015, según American College of Sports Medicine (ACSM) (Yerai & Catalan, 2020). Finalmente, en la crisis de identidad (2015- presente) ocurre un crecimiento tal en la disciplina que llegan a crearse dos corrientes: la primera hace énfasis en ejercicios dinámicos, estáticos y la competición, esto es lo que actualmente se conocen como Streetworkout; la segunda corriente se centra en ejercicios básicos, y esto sigue siendo llamándose Calistenia (Yerai & Catalan, 2020). Yerai & Catalan declaran que no existe una corriente mejor que la otra, de hecho, todos se consideran “calisténicos” y hacen un llamado al disfrute de esta disciplina y no perder el tiempo en diferencias triviales (2020).

Este método de entrenamiento ha estado y está presente en diferentes disciplinas y ámbitos, como por ejemplo en los entrenamientos circenses. No obstante, también ha sufrido adaptaciones y modificaciones, a propósito de disciplinas que se popularizan en el ámbito del fitness, como por ejemplo el Cross Fit, el TRX o inclusive el Pole Dance. Dichas disciplinas mencionadas anteriormente han integrado principios de la Calistenia como el trabajo con el peso corporal pero llevado a ámbitos específicos como el Pole Dance que trabaja con el propio cuerpo en términos de fuerza y flexibilidad utilizando una barra (Del río Ajilas & Díaz, 2015). Sin embargo, en la actualidad la Calistenia se ha convertido en una de las formas más populares de preparación física de atletas o amantes del fitness (Sanchez-Martinez et al., 2017), como dice Alexis Espinoza en el Mostrador, la Calistenia ha sido bien recibida en la población joven debido a que no requiere equipamiento costoso y se realiza al aire libre convirtiéndolo en una disciplina accesible y una herramienta para fomentar al ejercicio y contribuir a la salud (2019). De hecho, en Chile la Calistenia se ha vuelto popular contando actualmente con 452 parques de calistenia a lo largo del país (Calisthenics-parks, 2021).

### **2.1.2 Efectos derivados de la Calistenia.**

Podemos clasificar los efectos de la práctica de Calistenia en tres grupos, esto es, aquellos beneficios obtenidos en el ámbito fisiológico, psicológico y socioeconómico. A continuación, se mencionarán estos efectos respectivamente.

En el ámbito fisiológico, la Calistenia logra contribuir al desarrollo de una correcta higiene postural al trabajar en principio sobre la estabilidad y el control, de esta forma se desarrolla la musculatura en su totalidad, debido a la constante búsqueda de equilibrio y fuerza en esta disciplina es que se consigue, también, un aumento de la densidad ósea (López Chicharro, 2006 en Del río Ajilas & Díaz, 2015). Por otra parte, la Calistenia también logra disminuir la tasa de stress cardíaco y la presión arterial en reposo, al igual que logra disminuir la presión sistólica y diastólica en reposo, lo cual podemos decir que son indicadores de buena salud al corazón (Lawrence et al., 2014).

Asimismo, se ha demostrado que la Calistenia ayuda al desarrollo de la propiocepción, la cual es “la habilidad para saber dónde está tu cuerpo en relación consigo mismo y al entorno que le rodea” (Yerai & Catalan, 2020, p.11). Mejorar en Calistenia, significa mejorar la capacidad mental para ubicar cuerpo y saber qué movimientos puedes hacer y cómo utilizarlos en el entorno (Yerai & Catalan, 2020). Por consiguiente, la Calistenia a través de la propiocepción permitirá una mejora de movilidad y coordinación de movimientos (Del río Ajilas & Díaz, 2015). Además, la calistenia en función de la intensidad con la que se practique se puede obtener una correcta metabolización de las grasas, incluso después de finalizar la jornada. Aunque también se recomienda combinar calistenia con ejercicios aeróbicos para obtener mayores resultados en la “quema de grasas” (Del río Ajilas & Díaz, 2015; Veerendrak & Jayabal, 2012).

Finalmente, cabe mencionar que la Calistenia proporciona un aumento de masa muscular gradual, aunque no será un desarrollo como el de los culturistas, pero si logra un aspecto estético, al mismo tiempo que el aumento de la fuerza (Yerai & Catalan, 2020). También, a medida que se progresa en la Calistenia se mejoran también habilidades como la flexibilidad, agilidad y equilibrio (Yerai & Catalan, 2020; Krishnan & Arumugam, 2013).

En el ámbito psicológico, podemos mencionar que la literatura ha evidenciado que la Calistenia logra reforzar la autoimagen, el autoconcepto y por consecuencia, la autoestima (Del río Ajilas &

Díaz, 2015). Debido a las mejoras físicas visibles y las repercusiones psicológicas de estas mejoras, es que se plantea que tras la sesión del entrenamiento se produce una liberación catártica que es producida por la secreción de hormonas como dopamina y endorfinas (Del río Ajilas & Díaz, 2015). Además, se ha visto que la Calistenia ocasiona una adherencia a la práctica deportiva, esto es, logra transformar esta actividad en un hábito placentero y no en una responsabilidad u obligación, debido a que el practicante observa resultados a corto plazo además de obtener mejoras en su organismo lo cual trae como consecuencia un deseo por el ejercicio (Del río Ajilas & Díaz, 2015). Finalmente, se ha mencionado que la Calistenia produce un “Enganche”, es decir, que cualquier persona que la prueba difícilmente dejará de practicarla lo cual ha conllevado a convertir la Calistenia en un fenómeno popular a nivel mundial (Yerai & Catalan, 2020).

Finalmente, respecto a lo socioeconómico, cabe destacar que la Calistenia es altamente accesible debido a que no necesita equipamiento y es posible entrenar en diferentes lugares (idealmente en parques de calistenia), en consecuencia, un efecto es el bajo costo que produce esta práctica que en comparación a otras disciplinas es considerablemente menor (Yerai & Catalan, 2020; Del río Ajilas & Díaz, 2015). Por otra parte, la Calistenia al realizarse en parques de Calistenia se produce un encuentro con otros practicantes lo cual refuerza relaciones sociales, y, por consiguiente, existe un intercambio de experiencias y conocimientos lo cual repercute en el progreso y refuerzo de lo aprendido con anterioridad (Lawrence et al., 2014)

## **2.2 Actividad física.**

### **2.2.1 Definición y efectos de actividad física.**

La actividad física ha sido definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía (World Health Organization, 2010 en Vargas, 2019). De hecho, estos movimientos son capaces de producir un aumento en el gasto energético sobre la tasa de metabolismo basal si es que estos movimientos corporales son

llevados a cabo en un tiempo determinado (World Health Organization, 2010 en Ortiz-Pulido & Gómez-Figueroa, 2017; Vidarte et al., 2011)

Se ha entendido la actividad física como un medio intercesor fundamental que ayuda a la obtención de resultados significativos en pro de la evaluación y mejoramiento de la calidad de vida (Vidarte et al., 2011). Además, según la OMS, la actividad física es un factor que interviene en la salud y es definida como la principal estrategia en la prevención de la obesidad (Vidarte et al., 2011). A su vez, también se han evidenciado otros beneficios asociados a la actividad física, tales como la disminución de riesgos de accidentes cerebrovasculares, cardiopatías coronarias, hipertensión, diabetes tipo II, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión (González, 2017). De manera inversa, la falta de actividad física en adultos se ha asociado como factor de riesgo ya que ha sido la cuarta causa de mortalidad, con una cifra de 3.2 millones de muertes al año que han sido relacionadas a diversas enfermedades no transmisibles en todo el mundo (Kohl et al., 2012).

Para obtener estos beneficios la OMS recomienda que uno como mínimo debe hacer “150 min/sem de actividad física de intensidad moderada o 75 min/sem de actividad física de intensidad vigorosa” (MINDEP, 2018, p. 5). Además, dentro de esta categoría de la actividad física se incluyen actividades como jugar y viajar, tareas domésticas y las actividades recreativas (Vargas, 2019).

A raíz de lo anterior, a menudo se confunden los términos actividad física, ejercicio físico y práctica deportiva. El ejercicio físico es “una subcategoría de la actividad física que se planea, está estructurada es repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico” (Vargas, 2019, p. 38). Respecto a la práctica deportiva se ha definido como el ejercicio físico que se realiza dentro de unas reglas que conjugan con actividad física con otras características de la persona (Vargas, 2019). Se ha señalado además que tanto el ejercicio físico como la práctica deportiva pueden aportar a la reducción de riesgos de las enfermedades que se han descrito anteriormente con la actividad física y además que pueden favorecer a la reducción y prevención significativa de los estados de ansiedad y de sus correlatos fisiológicos (Herrera et al., 2013; Feingold, 2002 En Taipe-nasimba et al., 2019). Asimismo, también se ha registrado que estos actúan como un espacio de interacción que facilita la creación de redes de apoyo,

reducción de barreras de diferente índole y comunicación entre grupos sociales diferentes (ONU, 2005 En Taipe-nasimba et al., 2019)

A menudo se han establecido dos paradigmas para llegar a la salud desde la actividad física: por una parte, está el paradigma de la prescripción de ejercicio físico para el desarrollo de la condición física orientada a la salud (estado biológico); por otra parte, está el paradigma de la actividad física para toda la vida la cual indica que se puede conseguir mejoras a la salud sin incrementos en la condición física (Estado psicosocial de bienestar y calidad de vida) (González, 2017). En esta investigación se seguirá el paradigma de la actividad física como ejercicio físico para el desarrollo de la condición física, ya que la calistenia está pensada y planificada precisamente para desarrollar habilidades como la fuerza, equilibrio y agilidad a través de la repetición de ejercicios establecidos previamente.

### **2.2.2 Políticas Públicas aplicadas a la promoción de la actividad física.**

En este apartado se abordará las políticas públicas relacionadas a la actividad física y se describirá brevemente en qué consisten.

En primer lugar, hay que entender las políticas públicas como

(...) el ámbito de las estrategias por medio de las cuales el sector público busca dar solución a un conjunto de problemáticas, que son consideradas de importancia social. Consisten en líneas de acción y flujos de información, cuyo objetivo público es definido de forma democrática. Son iniciativas desarrolladas por el sector público, pero que cuentan con la participación de la comunidad y el sector privado. Comprende aquellas actividades de la vida humana que se cree requieren la atención gubernamental y social, o por lo menos la adopción de medidas comunes. (LAHERA, 2004 en MINDEP, 2017, p.96)

En este sentido, en la actualidad, se encuentran dos políticas que son pertinentes en este estudio y que están relacionadas a la actividad física, a saber, la Política Nacional de Actividad física y Deportes, y, la Política Regional de Actividad física y Deportes, específicamente la de la región Metropolitana.

La política Nacional de Actividad física y Deporte 2016-2025 se enmarca en lo establecido en la Ley del Deporte, la cual dicta que la nueva política nacional debe reconocer y fomentar el ejercicio del derecho de las personas a practicar, aprender, organizar, presenciar y difundir actividades físicas y deportivas, asimismo, se proyectarán acciones coordinadas de la administración del Estado y de los grupos intermedios de la sociedad que procurarán impulsar, apoyar, facilitar y fomentar actividades físicas y deportivas en los habitantes del territorio nacional, en comunidades rurales y urbanas, además de promover la ocupación de los lugares públicos y privados (relacionados a la actividad física y deportiva) de forma adecuada (MINDEP, 2017)

También, la Política Nacional busca constituirse en el instrumento de gestión articulador de planes, actores y programas que fomenten integración social a través de la actividad física y deporte (MINDEP, 2017). Lo que subyace en esta visión es el entendimiento de que, al fortalecer los vínculos sociales a través de la práctica sistemática, es que repercutirá en mayores oportunidades de bienestar y se estimulará la coordinación intersectorial y participación de privados (MINDEP, 2017)

Dentro de los horizontes de esta política destaca el promocionar y posicionar en la población nacional los beneficios y valores de la actividad física y el deporte, ante lo cual se busca articular y desarrollar la actividad física en distintos niveles, a saber, local, regional y nacional, vinculando los diferentes actores públicos y privados relacionados (MINDEP, 2017). Por consiguiente, se orienta el trabajo territorial en donde se descentralizará la política a nivel de región para asegurar vinculación con secretarías regionales ministeriales de deporte, direcciones regionales con los gobiernos regionales y sus instrumentos de gestión (MINDEP, 2018). Esto es pertinente para esta investigación ya que al buscar una articulación a nivel local y territorial es cuando las municipalidades obtienen protagonismos y logran disponer de planes comunales de actividad física y deporte.

Para lograr lo establecido por la ley del deporte, la política nacional ha desarrollado enfoques y principios con los cuales gestiona, promueve y resuelve problemas relacionados a la actividad física y el deporte. Estos enfoques y principios tienen como finalidad el reconocer el deporte y la actividad física como un derecho humano y, por consiguiente, algo a lo cual toda la población

debe tener derecho (MINDEP, 2017). A continuación, se presentarán estos enfoques y principios respectivamente.

- 1) Enfoque de derecho: la política Nacional reconoce la actividad física como un derecho de toda la población, en donde el Estado es responsable de fomentarlo y asegurar su correcto ejercicio (MINDEP, 2017)
- 2) Enfoque de desarrollo humano: se ha entendido el desarrollo humano como una expresión de la libertad de las personas para tener una vida prolongada, creativa y saludable; intentar conseguir metas y objetivos que ellas mismas consideran valiosas (PNUD, s.f en MINDEP, 2017). En este enfoque la actividad física y deporte están reconocidas como herramientas para ayudar al bienestar y mejoramiento de condiciones físicas y de salud de la población lo cual permite impactar de forma positiva en las personas y en la sociedad (MINDEP, 2017).
- 3) Enfoque de curso de vida: este enfoque identifica factores proyectores y de riesgo en diferentes etapas de la vida, dichos factores pueden incidir en las condiciones de salud, individuos, familias y comunidades (Blanco, 2011 en MINDEP, 2011). En este enfoque considera la actividad física y el deporte como factor protector que puede acompañar durante toda la vida a los individuos potenciando su desarrollo motriz, psicológico y social en sus diferentes etapas de la vida (MINDEP, 2017)
- 4) Enfoque intercultural: esta política nacional reconoce y valora las diferentes culturas que forman del país, por consiguiente, se propone reconocer la actividad física y el deporte como elementos democratizadores y de desarrollo social que promueve la integración de toda la población, sin discriminación (MINDEP, 2017).
- 5) Enfoque de género: este enfoque busca reducir las formas de discriminación contra la mujer y buscar reducir cualquier tipo de brecha existente entre los géneros, en este sentido, se reconoce la actividad física y deporte por tener efectos sobre la salud de las mujeres, lo cual promueve mayor empoderamiento en la sociedad y oportunidades de interacción; promover la mejora de autoestima y autocuidado en mujeres (The sport for Development and peace international Working Group, 2008 en MINDEP, 2017)

Además de estos enfoques que guían la política Nacional, cabe destacar la existencia de diez principios transversales que logran dar identidad y guiar el cumplimiento de los objetivos de esta ley propiamente tal. Según el Ministerio del deporte (2017), estos principios son:

- 1) Calidad de vida y bienestar social a través de la práctica regular y sistemática de la actividad física y el deporte.
- 2) Inclusión, el acceso igualitario y diversidad de prácticas.
- 3) Educación, asociatividad y cultura deportiva.
- 4) Descentralización y gestión territorial.
- 5) Participación ciudadana.
- 6) Coordinación intersectorial pública y privada, nacional e internacional.
- 7) Memoria e historia deportiva.
- 8) Reconocimiento y contribución social del deporte y los deportistas
- 9) Sustentabilidad de recintos, espacios e infraestructura.
- 10) Incentivo y regulación de la industria deportiva.

Por otro lado, la actual Política Nacional ha estipulado ejes estratégicos en los cuales se busca articular las diferentes modalidades deportivas que existen desde la ley del deporte, los cuales serán descritos a continuación.

El primer eje estratégico es la actividad física y deporte de formación el cual está focalizado a los niveles parvulario, escolar y personas con discapacidades. La actividad física y deporte están orientadas a estos grupos mencionados con perspectivas sociales, psicológicas, cognitivas, motrices, etc. (MINDEP, 2017). En este eje se intenta promover el aspecto lúdico, desarrollo y potenciación motriz, la empatía, sentido de integración y el conocimiento del deporte (MINDEP, 2017).

El segundo eje es llamado actividad física y deporte de participación social, el cual dirige la actividad física y el deporte en diferentes dimensiones y niveles, esto es, a nivel comunal, educacional, laboral y organizacional. Este eje está dirigido a diferentes grupos etarios, desde niños, hasta adultos mayores, pero con atención especial a sectores vulnerables, población penal y pueblos indígenas, y personas con discapacidad, expresando así el enfoque de derecho antes mencionado (MINDEP, 2017). Por otra parte, este eje intenta sistematizar la práctica de

actividad física y deporte en la comunidad, atendiendo a intereses y necesidades propios de ésta (MINDEP, 2017).

Finalmente, el tercer llamado deporte de rendimiento está dirigido al sistema de competición, alto rendimiento y deporte paralímpico. En este eje se hace énfasis en la exigencia de cada especialidad deportiva y la relevancia de la competición, de hecho, el objetivo de este eje es lograr la mayor cantidad de logros deportivos posibles para que Chile esté posicionado en la alta competencia a nivel internacional (MINDEP, 2017).

Cabe agregar que, esta Política Nacional adjunta actores relacionados a la actividad física y el deporte fomentando la intersectorialidad. Algunos de estos actores públicos ligados a esta política son: el ministerio del deporte, instituto nacional de deportes, ministerio de salud, ministerio de educación, ministerio de vivienda y urbanismo, Ministerio del desarrollo social, Ministerio del trabajo y previsión social, Gobiernos Regionales, Municipalidades, entre otros (MINDEP, 2017).

En síntesis, la Política Nacional de Actividad física y Deporte “es un aporte sustantivo para producir e impulsar una sociedad inclusiva que aspira a un mayor bienestar humano, en términos individuales y colectivos” (Ministerio del deporte, 2017, p.110). Por otra parte, su finalidad es promover el desarrollo integral, individual y comunitario de la población, a través de la práctica sistemática de actividad física y deporte, durante todo el curso de vida y en sus diferentes manifestaciones, todo esto desde un enfoque de derecho que resguarde la interculturalidad, equidad de género y la inclusión social (MINDEP, 2017).

Por otra parte, se encuentra la Política Regional de Actividad física y Deporte 2017- 2025 la cual comparte bastantes similitudes con la Política Nacional, a saber, en primer lugar, ambas se enmarcan en lo estipulado por la ley del deporte que fue mencionada anteriormente (MINDEP, 2018). En segundo lugar, ambas políticas trabajan con los mismos enfoques y principios que ya fueron descritos. Sin embargo, el carácter regional de esta política logra focalizar y hacer un trabajo más específico en las localidades y comunas que componen la Región Metropolitana (MINDEP, 2018). Esto puede revelarse en los propósitos estipulados por esta política, esto es, “ampliar y fortalecer participación de la población de la Región Metropolitana a nivel local en la práctica sistemática de actividad física y deporte durante todo el curso de vida” (MINDEP, 2018, p. 80), o también cuando se propone “fortalecer la comunicación y difusión de los beneficios,

valores y las oportunidades de la práctica de actividad física y deporte, a nivel local, provincial y regional, a partir de la asociatividad, la corresponsabilidad y la participación ciudadana” (MINDEP, 2018, p. 83) o incluso cuando se menciona articular iniciativas de actores públicos y privados que promueven actividad física y deporte en la región (MINDEP, 2018).

En resumen, la actividad física y el deporte en Chile se encuentra regida por las políticas nacionales y regionales que se fundamentan en la ley del deporte del 2001, las cuales buscan promover y difundir valores, beneficios, asociatividad y bienestar propio de la actividad física y el deporte. Además, estas políticas buscan descentralizar las funciones e iniciativas en donde los gobiernos regionales y municipios tienen un rol fundamental para fomentar la actividad física de forma local y pertinente a las necesidades de las localidades.

## **2.3 Promoción de la salud.**

### **2.3.1 ¿Qué es la promoción de la salud?**

La promoción de la salud ha sido definida como

Un proceso cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Recomendaciones posteriores de la OMS, insistieron en la importancia de la participación social en la toma de decisiones, sumado a la necesidad que el Estado desarrolle políticas integradas para abordar los problemas de los grupos con mayor desventaja. (MINSAL, 2016, p.1)

Principalmente se han definido cinco temas prioritarios en los cuales se busca fortalecer, a saber, la actividad física, alimentación saludable, reducir el tabaquismo, factores psicosociales y factores ambientales (Salinas et al., 2002; Salinas et al., 2003).

Es debido a su agencia para fortalecer habilidades y capacidades de grupos o comunidades que la promoción de la salud ha sido considerada un eje fundamental en la atención primaria de salud al

mismo tiempo que una función de la salud pública (MINSAL, 2016). Cabe mencionar que, la atención primaria de la salud es una estrategia que busca asistir en temas sanitarios esenciales mediante metodologías y prácticas que están al alcance de todos los individuos de la comunidad a través de la participación y con un bajo costo económico (Vignolo et al., 2011)

A su vez, la promoción de la salud ha revelado una amplia eficiencia en reducir cargas de morbilidad y moderar el impacto económico y social de las enfermedades, en consecuencia, se ha reconocido su relación con el desarrollo humano y económico (MINSAL, 2016). Por consiguiente, se puede afirmar que es una estrategia que ha sido clave para el mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad (MINSAL, 2016). Esta iniciativa por atender dichos determinantes es afín al modelo integral de la salud, el cual tiene por objetivo “mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades; con fuerte acento en anticipar los problemas y por consiguiente fomentar una acepción positiva de la salud” (MINSAL, 2013, p. 47). Por lo tanto, se afirma que la promoción de salud es parte fundamental del actual modelo de atención en salud debido a que enfatiza los estilos de vida saludables, fomenta la acción multisectorial y fortalece la responsabilidad familiar y comunitaria (MINSAL, 2013).

Por otra parte, el horizonte de la promoción de la salud apunta a la construcción de entornos saludables, con énfasis en los escenarios locales o comunitarios donde deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo, mejorar el estado de salud y la calidad de vida, fortaleciendo la agencia de las personas para obtener hábitos saludables que permitan generar herramientas para enfrentar problemas relacionados con los estilos de vida (MINSAL, 2016). Un ejemplo práctico de esto es la incentivación para crear entornos donde las personas puedan hacer actividad física, esto mediante la creación e impulso de políticas públicas saludables e intersectoriales (MINSAL, 2016).

### **2.3.2 Origen de la promoción de la salud en Chile.**

El origen se remonta a un contexto internacional en donde se realizaron conferencias internacionales, específicamente la conferencia sobre promoción de la salud en Ottawa y la declaración de Yakarta, con el objetivo de visibilizar una preocupación hacia la concepción de la salud y sus sistemas propiamente tal (Rumbo Prieto, et al., 2001). A partir de estas conferencias se establecen guías para mejorar los sistemas de salud en ámbitos de elaboración de políticas

públicas sanas, creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales, reorientación de los servicios sanitarios (Rumbo Prieto, et al., 2001). Además, en estas conferencias se hace un llamado a la participación de más países en esta nueva iniciativa (Rumbo Prieto, et al., 2001).

Por otra parte, se encuentra la situación nacional que da origen a la promoción de la salud en Chile, esto es, un perfil epidemiológico con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, problemas de salud mental y accidentes (Vio, F., & Albala, C., 2000); Asimismo, encontramos problemas nutricionales caracterizados por las altas tasas de obesidad y desnutrición en 1980, aunque los problemas de desnutrición fueron solucionándose con políticas integrales, no obstante, una década más tarde se encuentra el predominio de la obesidad y de las hiperlipidemias (Vio, F., & Albala, C., 2000). En este problema nutricional se establecen dos factores determinantes que llevaron a esta situación, a saber, los cambios en la dieta y la disminución de la actividad física en la población (Albala, et al., 2002).

Es debido a esta situación nacional que en 1999 es llevado a cabo el Primer Congreso Chileno De Promoción de Salud, en el que se suscribió el Acta de Huechuraba llamada “por un país saludable”, el cual reunió autoridades de todas las áreas políticas al mismo tiempo que actores comunitarios y sociales (Salinas, Judith & Vio, 2002). En este congreso se propone mejorar la calidad de vida de la población y mantener a las personas en estado saludable, por lo tanto, se concluye con un lineamiento de cinco temas prioritarios para las políticas de promoción de la salud, a saber, la actividad física, la lucha contra el tabaquismo, la alimentación saludable, los factores psicosociales y los factores ambientales (Salinas et al., 2002; Salinas et al., 2003).

Luego de este congreso se crean organismos propios de la promoción de la salud como el Consejo Nacional Para la Promoción de Salud o VIDA CHILE (Crovetto M, Mirta, & Vio del R, Fernando, 2009). Simultáneamente, tras el origen de éste se implementa un Plan Nacional de Promoción de Salud con metas hacia el 2000 que luego se ampliaron con horizonte hacia el 2010 (Salinas, J., & Vio, F, 2003).

### **2.3.3 Promoción de la Salud en la actualidad.**

Existen metas planteadas por el Ministerio de Salud para la década del 2010- 2020 en donde existe un énfasis en el objetivo estratégico N°3, esto es, “desarrollar hábitos y estilos de vida

saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población” (MINSAL, 2011 en Katalejo investigaciones sociales, 2013, p. 7). Para llevar a cabo este objetivo se crea un enlace hacia diferentes temáticas tales como la alimentación saludable, la actividad física y los espacios libres de humo de tabaco, ya que en el período 2000-2010 existió una tendencia hacia el sedentarismo y la obesidad (González, 2017; MINSAL, 2011). Por otra parte, en la actualidad, el programa de promoción de la salud tiene como propósito “contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos y estilos de vida saludables” (MINSAL, 2013, p.7). Para lograr esto es fundamental fortalecer el rol de los gobiernos regionales y comunales, ya que a través de estos se puede generar condiciones estables en el tiempo que puedan promover estilos de vida saludables con una mirada de equidad de acuerdo con cada realidad territorial (MINSAL, 2013)

Por otra parte, en la actualidad se ha promovido la acción de diferentes organismos e instituciones que tienen un rol fundamental en la promoción de la salud y que su participación está dentro de las estrategias específicas, las cuales son establecer municipios saludables (a través de planes comunales de promoción de la salud), establecimientos educacionales promotores de la salud e instituciones de educación superior promotoras de la salud y, finalmente, lugares de trabajo promotores de la salud (MINSAL, 2013)

Debido a la naturaleza de esta investigación se hará énfasis al rol de las municipalidades y sus planes comunales. Los municipios saludables apuntan a la ejecución y promoción de la salud en el ámbito local en donde se involucra a los actores del gobierno y la comunidad a través de diálogos y experiencias en conjunto, asimismo estimulan colaboración entre municipios, ciudades y comunidades (MINSAL, 2013). En este plan las acciones y estrategias se enfocan hacia los determinantes de la salud más que por las consecuencias de la enfermedad, lo cual quiere decir que se busca mantener la salud en términos de calidad de vida y prevención de enfermedades (MINSAL, 2013). Para llevar a cabo estos planes municipales el Ministerio de Salud otorga financiamientos a cada plan comunal (MINSAL, 2013).

Según la OMS, un Municipio comienza a ser saludable cuando “sus organizaciones locales y ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y bienestar de todos sus habitantes” (OPS, 2003 en MINSAL, 2013, p.22).

En la actualidad, la gran mayoría de los Municipios (98%) han desarrollado estrategias de promoción de salud buscando la intersectorialidad y compromiso con los habitantes, de hecho, los principales logros hasta la fecha se relacionan con procesos de fortalecimiento de la intersectorialidad (MINSAL, 2013)

Por otra parte, un elemento no banal de la promoción de la salud, en la actualidad, es aquellos enfoques que guían estas prácticas y que es fundamental comprenderlas, los cuales en este caso son el enfoque de entorno y curso de vida.

El concepto de entorno deriva del término inglés *setting for health* o *health promoting setting*, respecto de este no existe una única traducción posible, de hecho, mencionan sinónimos como: ambiente, contexto, entorno o escenario, los cuales son traducciones del término *setting* (MINSAL, 2013). En el glosario de promoción de salud presentado por la OMS en 1998 se describen características y potencialidades de un entorno, a saber, “los escenarios son un lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la salud” (MINSAL, 2013, p.8). Dentro de un escenario se puede identificar una serie de personas con papeles definidos, límites físicos y una estructura organizativa (MINSAL, 2013). Este concepto llevado a la promoción de la salud se puede entender dentro del marco de las acciones promotoras de salud, esto es, dichas acciones existen dentro de distintos escenarios que pueden adoptar formas diferentes e intervenir en distintos ámbitos de un escenario como el espacio físico, modificaciones organizativas, entre otros (MINSAL, 2013). A modo de ejemplo de escenarios se pueden mencionar los lugares de trabajo, hospitales, centros de enseñanza, poblaciones y ciudades (OMS, 1998 en MINSAL, 2013). Es dentro de este marco en donde el enfoque de curso de vida tiene relevancia, ya que hace referencia a una sucesión de roles sociales y eventos (graduados por edad), que están insertos en la estructura social y el cambio histórico (Elder, 2001 en MINSAL, 2013). Este enfoque se orienta a analizar la forma en que las fuerzas sociales moldean el desarrollo de los cursos de vida individuales y colectivos, tomando como axioma que el desarrollo de personas y comunidades no son independientes del contexto (MINSAL, 2013).

## **2.4 Autoconcepto físico.**

### **2.4.1 Definición de autoconcepto y autoconcepto físico.**

El autoconcepto ha sido definido, en simples palabras, como la percepción que una persona tiene de sí mismo y además ha sido entendido como un fenómeno social que se encuentra en constante moldeamiento y que está en el centro del constructo de personalidad, a su vez, se ha postulado que está construido por un conjunto de conceptos que se tiene acerca de uno mismo (Sevilla 1991, en Álvarez et al., 2015). Un autoconcepto positivo está en la base del buen funcionamiento social, profesional y personal dependiendo del grado de satisfacción con uno mismo, además, las principales teorías psicológicas han hecho énfasis en este concepto en la medida que es central en el desarrollo de la personalidad, en consecuencia, tiene una relevancia a lo largo del trayecto de vida de las personas (Esnaola et al., 2008).

El autoconcepto ha sido estudiado de diferentes maneras en el tiempo: en sus inicios se concebía como un concepto unidimensional, esto es, solo hay un factor que domina factores más específicos o solo existe un factor de autoconcepto (Moreno & Cervello, 2005). No obstante, a mediados de los años setenta del siglo XX se produce un cambio en la forma de entender este concepto (Esnaola et al., 2008), en efecto, se demostró que esta visión del autoconcepto refleja problemas en la medición y análisis estadísticos, lo cual dio origen a un tránsito desde la unidimensionalidad del autoconcepto a un modelo multidimensional (Moreno & Cervello, 2005).

Entender el autoconcepto como un constructo multidimensional implica partir del supuesto de que las diferentes autopercepciones se organizan en dimensiones varias, además, implica una organización jerárquica entre estas dimensiones generales, esto es, el autoconcepto general se compondría del autoconcepto académico y no académico, asimismo el no académico estaría compuesto del autoconcepto físico, social y personal (Esnaola et al., 2008; Goñi et al., 2004 en Ruiz de Azúa et al., 2004). Además, desde esta concepción se propone que los cambios en la autoestima global serán el resultado de cambios previos que han acaecido en estas dimensiones del autoconcepto, ya que son la base del modelo jerárquico multidimensional, mientras que la autoestima global se encuentra en la cima; mientras que, cuando existen cambios en los factores del autoconcepto que no son significativos, estos no repercutirán en la autoestima global (Boyd y Hrycaiko, 1997 en Moreno & Cervello, 2005).

Para efectos de esta investigación se hará énfasis en el autoconcepto físico el cual ha sido relevante en el estudio de las ciencias de la actividad física, el deporte y la educación física (Moreno & Cervello, 2005). Además, este concepto tiene una posición única en el sistema del yo ya que el cuerpo proporciona una interfaz única entre el mundo y el individuo (Fox, 1998 en Moreno & Cervello, 2005).

El autoconcepto físico ha sido definido como aquellas creencias, ideas o percepciones que se tienen de sí mismo en el ámbito físico sobre la propia fuerza, atractivo, habilidad, condición física, entre otros (Esnaola y Revuelta, 2009 en Álvarez et al., 2015). Este es un componente del autoconcepto general y abarca aquellas representaciones mentales elaboradas producto de integrar la experiencia corporal, emociones, sentimientos que la misma experiencia produce (Marchago, 2002 en Álvarez et al., 2015).

Han existido distintos modelos teóricos que buscan explicar el autoconcepto físico, sin embargo, actualmente el modelo más aceptado es el propuesto por Fox y Corbin en 1989, el cual es descrito como un constructo tetradimensional (Álvarez et al., 2015; Esnaola et al., 2008). Este modelo propone que el autoconcepto físico contempla cinco dimensiones: habilidad física, condición física, fuerza, atractivo físico y autoestima (Fox, 1988 en Esnaola et al., 2008). Con este marco teórico se ha construido el Physical Self-Perception Profile (PSPP), instrumento creado por Fox y Corbin (1989 en Esnaola et al., 2008), el cual consta de cinco factores principales: un dominio de autoestima y cuatro subdominios, a saber, competencia deportiva, habilidad física, atractivo físico y fuerza. Sin embargo, la adaptación al español de este instrumento mostró cinco subescalas, pero con distribución de ítem- factor diferente que de igual manera contempla los cinco factores antes mencionados (Moreno & Cervello, 2005). A continuación, se definirán los cuatro subdominios de este instrumento.

En primer lugar, se entenderá por habilidad física a aquellas percepciones de la competencia deportiva y atlética relacionadas a las cualidades y habilidades para la práctica deportiva, de aprender deportes, la seguridad y predisposición personal ante los deportes. En segundo lugar, la condición física menciona aquellas percepciones acerca de la propia resistencia, energía y confianza en el estado físico. En tercer lugar, por atractivo físico se entiende la percepción sobre la propia apariencia física, la satisfacción y seguridad con la imagen corporal. En cuarto lugar, la fuerza es aquella dimensión que involucra las percepciones sobre la propia fuerza, es decir,

sentirse y/o verse fuerte, lo cual involucra la seguridad ante ejercicios de fuerza y la capacidad para levantar peso (Fox, 1997 en Ruiz de Azúa et al., 2004).

Finalmente, es importante mencionar que tras una revisión de investigaciones que utilizan el physical self-perception Profile, estos no entregan una definición de autoestima. Sin embargo, en este estudio se definirá la autoestima como aquel sentimiento de valoración y aceptación que se produce al comparar el autoconcepto con la imagen ideal que se desearía llegar a tener, dicho de otro modo, desde la construcción del autoconcepto se producen juicios de valor en torno a cómo la persona se está percibiendo y su estado ideal deseado (Bermúdez, 2004 en Ramírez-Corzo, 2021).

#### **2.4.2 Estudios de autoconcepto físico.**

El estudio del autoconcepto físico ha sido de interés desde el ámbito de las ciencias del deporte, de hecho, en torno a esto se ha sustentado que la actividad físico- deportiva produce un aumento en el autoconcepto físico (Dieppa et al., 2008; Álvarez et al., 2015; Méndez-Giménez et al., 2013; Infante & Goñi, 2009). Asimismo, se ha demostrado que la regularidad con la cual se práctica está directamente relacionado con el autoconcepto físico, esto es, personas que tienen actividad físico-deportivo de manera regular tienen un mejor autoconcepto físico general (Fernández, 2010; Esnaola, 2005 En Álvarez et al., 2015). Por otra parte, existe evidencia que muestra una relación significativa entre la percepción de la salud y el autoconcepto físico, lo cual indica una asociación positiva entre la salud percibida y el autoconcepto físico (Esnaola, 2011). Además, se han estudiado efectos del ejercicio físico, estableciéndose una relación con la conformación de un autoconcepto positivo y el mantenimiento de una buena salud mental (James, 1982 En Dieppa, 2008)

También ha existido evidencia en torno a la adultez, actividad física y autoconcepto físico: en primer lugar, en torno a la adultez joven Lindwall & Hassmen (2004) concluyen que existe una asociación de alto grado de actividad física junto a todas las dimensiones del autoconcepto físico, en donde se destaca la condición física y la competencia deportiva como aquellas dimensiones con mayor puntuación. Luego, en investigaciones de adultos de mediana edad se encuentran que dentro del autoconcepto físico las dimensiones más destacadas son la condición y el atractivo físico (McAuley et al., 1997). A su vez, también, existe evidencia en torno a la adultez tardía en

donde se observó asociaciones positivas entre condición física, autoconcepto físico y salud física (Taylor & Fox, 2005 En Infante & Goñi, 2009). Finalmente, en la etapa de la vejez se ha identificado que existen beneficios que derivan de la actividad física y que repercuten en las dimensiones que componen el autoconcepto físico e incluso en la autoestima global de las personas (Li et al., 2002 en Infante & Goñi, 2009).

Además, se ha documentado que existen diferencias significativas en el autoconcepto según el sexo, en donde los hombres obtienen niveles más altos en los cuatro factores del autoconcepto y en la escala de autoconcepto físico general a diferencia de las mujeres (Álvarez et al., 2015; Moreno & Cervello., 2005). Aunque esto ha sido contrastado con otros estudios en donde las mujeres han obtenido niveles más altos en la fuerza y condición física (Goñi, 2009 en Álvarez et al., 2015). También, en otros estudios no se encontraron diferencias significativas entre las variables género y autoconcepto general, de hecho, tanto hombres como mujeres mostraron un autoconcepto similar (Dieppa et al., 2008; Soriano et al., 2011).

Finalmente, se ha documentado que los jóvenes adolescentes que han iniciado en la práctica deportiva y actividad física de manera temprana logran desarrollar sensaciones más favorables sobre la valoración de su imagen corporal, al mismo tiempo que logran desarrollar capacidades físicas (Richman, 2002 En Dieppa et al., 2008). Asimismo, también se ha concluido, tras la comparación de dos grupos de deportistas que se diferenciaban en experiencia, que aquellos con mayor experticia o que destacan en la actividad física realizada presentan una identidad más positiva sobre su propio cuerpo que aquellos menos expertos (Drummond, 2003)

## **2.5 Bienestar psicológico.**

### **2.5.1 Tradiciones y definición de bienestar psicológico.**

El concepto de bienestar a lo largo del tiempo ha sido examinado en profundidad ya que se relaciona a preguntas cotidianas y de alguna forma ha sido objeto de debate en el área científica, a causa de que trae a la palestra problemáticas como qué define la “buena vida” o la experiencia óptima (Ryan & Deci, 2001). La forma en la cual se define el bienestar tiene implicancias teóricas y prácticas, de hecho, influye en educación, terapia, crianza de hijos, etc (Ryan & Deci, 2001).

Se puede entender, a modo general, que “el concepto de bienestar se refiere al funcionamiento y experiencia psicológica óptimo” (Ryan & Deci, 2001, p.142). Además, la investigación del bienestar está relacionada a la psicología empírica actual (Ryan & Deci, 2001) y esto en parte, refleja el aumento de conciencia de que, así como el afecto negativo no es lo opuesto a afecto positivo (Cacioppo & Bernston, 1999 en Ryan & Deci, 2001), el bienestar no es ausencia de enfermedad mental (Ryan & Deci, 2001)

Respecto a las investigaciones realizadas en torno al concepto de bienestar, Ryan & Deci (2001) proponen una organización de estas investigaciones en dos grandes tradiciones: una relacionada a la felicidad, la cual se llama bienestar hedónico; y otra relacionada al desarrollo del potencial humano, la cual ha sido nombrada bienestar eudaimónico. Cabe agregar que algunos autores, junto a estas tradiciones han hecho una diferenciación en el concepto de bienestar, en donde se nombra bienestar subjetivo al constructo de bienestar relacionado a la tradición hedónica, mientras que se nombra bienestar psicológico al concepto representante de la tradición eudaimónica (Keyes et al., 2002).

Por una parte, la tradición hedónica concibió el bienestar como un indicador de calidad de vida que relacionaba características del ambiente y el nivel de satisfacción experimentado por las personas (Campbell et al., 1976 en Díaz et al., 2006). Luego, esta concepción comenzó a cambiar, en consecuencia, el bienestar pasó a ser definido en términos de satisfacción con la vida, entendido como un juicio global que las personas hacen de su vida, o en términos de felicidad, esto es, un balance global de afectos positivos con los afectos negativos a lo largo de su vida (Bradburn, 1969 en Díaz et al., 2006). No obstante, como señala Lucas et al., (1996 en Díaz et al., 2006) este marco del bienestar está compuesta por tres factores, satisfacción la vida, afecto positivo y afecto negativo y ha sido repetidamente confirmada en varios estudios.

Por otra parte, la tradición eudaimónica ha centrado su atención en el desarrollo de capacidades y el crecimiento personal, las cuales han sido concebidas como principales indicadores del funcionamiento positivo (Díaz et al., 2006). Esta tradición ha tomado conceptualizaciones desde la psicología humanista, de hecho, en sus primeras articulaciones se utilizaron conceptos como la autorrealización (Maslow, 1968 en Keyes et al., 2002), madurez (Allport, 1961 en Keyes et al., 2002) o el funcionamiento pleno (Rodgers, 1961 en Keyes et al., 2002). Sin embargo, en esta

tradición estos conceptos no llegaron a tener un impacto significativo en el estudio del bienestar, a causa de que no presentaban fiabilidad y validez en procedimientos de medida (Díaz et al., 2006). Esta tradición logra converger cuando Ryff (1989 en Díaz et al., 2006) sugiere un modelo multidimensional de bienestar psicológico, el cual consta de seis dimensiones, a saber, crecimiento personal, dominio del entorno, propósito en la vida, autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, dominio del entorno y autonomía. Cada dimensión de esta modelo articula diferentes desafíos que enfrentan los individuos en el transcurso de vida a la vez que intentan funcionar de manera positiva (Ryff & Keyes, 1995 En Keyes et al., 2002).

En esta investigación, se abordará el bienestar desde el enfoque eudaimónico, es decir, desde el bienestar psicológico, por consiguiente, se abordará brevemente el modelo multidimensional de Ryff.

En primer lugar, la autoaceptación es un criterio central de este modelo, el cual hace énfasis a como las personas a pesar de ser conscientes de sus propias limitaciones logran sentirse bien consigo mismas, lo cual refleja una actitud positiva hacia sí mismo y es, a su vez, una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes et al., 2002). La segunda dimensión, a saber, mantener relaciones positivas con otras personas se entiende como la necesidad de mantener relaciones sociales estables y el tener relaciones de amistad basadas en confianza (Ryff & Singer, 1998 En Díaz et al., 2006). Una tercera dimensión es la autonomía, el cual es un concepto que permite sostener la propia individualidad en diferentes contextos sociales, y, además, permite que una persona pueda asentarse en sus propias convicciones, mantener su autoridad personal e independencia (Ryff & Keyes, 1995 En Díaz et al., 2006). Dominio del entorno como cuarta dimensión se define como la habilidad para crear o elegir entornos favorables para satisfacer necesidades o deseos propios (Keyes et al., 2002). En la quinta dimensión se encuentra el concepto de propósito de vida, el cual apunta a la necesidad de marcarse metas, definir objetivos que permiten dotar la vida de sentido (Keyes et al., 2002). Finalmente, en la sexta dimensión se encuentra la dimensión denominada crecimiento personal, la cual implica la necesidad de las personas por desarrollar sus potencialidades para crecer como persona y llevar al máximo sus capacidades (Keyes et al., 2002).

### 2.5.2 Estudios acerca del bienestar psicológico.

Acerca del bienestar psicológico, desde una perspectiva eudaimónica, ha sido estudiado a través de diferentes variables como variabilidad sociodemográfica, esto es, el bienestar por edad, nivel educacional, género (Clarke et al., 2002; Keyes & Ryff, 1998 en Keyes et al., 2002; Marmot et al., 1997). Respecto a la variabilidad sociodemográfica, se ha identificado que las desigualdades sociales en salud no solo son peor hacia las personas vulnerables socioeconómicamente, sino que también afectan en morbilidad física, mental y en términos de bienestar psicológico (Marmot et al., 1997), de hecho, también se ha visto que a menor estatus socioeconómico menor es el bienestar (Ryff et al., 1999 En Cuadra & Moyano-Díaz, 2012).

Por otra parte, se han registrado estudios que abordan el bienestar psicológico relacionado a ciertos eventos del curso de vida de las personas, como la pérdida de una persona cercana o un divorcio, en donde el divorcio se asocia con un menor bienestar en las áreas de autoaceptación, menor dominio del ambiente y, además, con mayor posibilidad de desarrollar depresión; A su vez, la muerte de los padres predijo mayor autonomía en hombres y mayor probabilidad de depresión para mujeres (Maier & Lachman, 2000).

También, se ha investigado cómo accidentes o enfermedades afectan en el bienestar psicológico, en donde la sensación de bienestar se ve en disminución después de un accidente cerebrovascular debido a las discapacidades físicas y cognitivas, de tal manera que aquellos que requieren mayores cuidados y asistencia presentan un bienestar disminuido en comparación a aquellos que logran ser funcionalmente independientes en términos de mantener relaciones positivas con otros, dominar el medio ambiente y en crecimiento personal (Clarke et al., 2002). Además, se ha registrado que ciertas dimensiones del bienestar psicológico predicen cambios en algunos aspectos de la salud como el estado de ánimo y alivio del estrés (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 2000).

Respecto a la actividad física y el bienestar psicológico se han identificado investigaciones que afirman que la actividad física logra mejorar el bienestar psicológico (Biddle et al., 2000; Mutrie & Faulkner, 2004), salud física, estado de ánimo y calidad de vida (Biddle et al., 2000) o incluso se ha visto como en atletas la motivación para la práctica y la inteligencia emocional percibida está relacionada al bienestar psicológico de estos (Nuñez et al., 2011). Más específico aun, la

literatura ha mostrado como los practicantes de disciplinas como la Calistenia se caracterizan por tener un alto bienestar psicológico (Taïpe-nasimba et al., 2019).

### **3. Marco Metodológico.**

#### **3.1 Enfoque.**

La presente investigación contempla un enfoque cuantitativo el cual se caracteriza por el uso de variables y recolección de datos de carácter estadístico (Hernández et al., 2010)

#### **3.2 Diseño.**

Esta investigación tiene un diseño de investigación de tipo no experimental, esto es, consta de observar fenómenos sin intervenir en las variables de forma intencional, es decir, se trata observar el fenómeno en su contexto natural (Hernández et al., 2010). Además, posee un carácter transversal, es decir, se realizará una sola recolección de datos en un momento determinado (Hernández et al., 2010). Finalmente, dentro de esta categoría, hay que agregar que, la investigación presente es descriptiva, a saber, se propone lograr una descripción de cómo se presentan las variables en una muestra (Hernández et al., 2010).

#### **3.3 Tipo de muestra.**

En el presente estudio se utiliza una muestra no probabilística, esto es, se selecciona una muestra debido a sus características (Hernández et al., 2010), a saber, aquellas personas mayores de 18 años que realizan Calistenia. Además, se usará la técnica bola de nieve para lograr captar a los participantes, esto es, que el contacto de una persona nos llevará a otra con la finalidad de poder obtener mayor cantidad de datos de esta población.

#### **3.4 Participantes.**

En este estudio participaron voluntariamente 213 personas con edades comprendidas entre 18 y 40 años. La muestra estuvo compuesta por 180 hombres (84,5%), 30 mujeres (14,1%), 2 personas que prefirieron no decirlo (0,9%) y 1 persona no binaria (0,5%). La edad media de los participantes fue de 23 años en donde el menor valor fue 18 años y el mayor 40 años. El estudio fue presentado como una investigación sobre el autoconcepto físico y el bienestar psicológico en practicantes de Calistenia, es decir, cómo ha impactado psicológicamente el hacer Calistenia a los practicantes en términos de bienestar psicológico y autoconcepto físico. Los participantes

completaron un formulario que contenía las Escalas de Bienestar Psicológico (ver anexo 10.3), Autoconcepto físico (ver anexo 10.4), además de unas breves preguntas sociodemográficas (ver anexo 10.2).

### **3.5 Medidas.**

#### **3.5.1 Autoconcepto Físico.**

En este estudio se utilizó la adaptación española (Gutiérrez et al., 1999B en Moreno & Cervello, 2005) del cuestionario de perfil de autopercepción física de Fox & Corbin (1989). Este instrumento originalmente constaba de 30 ítems y cinco factores: un dominio de autoestima y cuatro subdominios, esto es, atractivo físico, fuerza física, competencia deportiva y condición física. No obstante, en la adaptación española se contemplan cinco subescalas también, pero con una distribución de ítem- factor diferente, a saber, competencia deportiva, atractivo físico, condición física, autoestima y fuerza física (Gutiérrez et al., 1999b En Moreno & Cervello, 2005). Cabe mencionar que, en esta versión también se trabaja con 30 ítems en donde las respuestas se puntúan con una escala tipo Likert que contiene opciones desde un totalmente en desacuerdo a un totalmente de acuerdo.

En Moreno & Cervello (2005) se mostró que esta adaptación española tiene una confiabilidad con valores de alfa de Cronbach que están entre 0.89 y 0.69. En esta investigación el alfa de Cronbach fue de 0.84. Mientras que este instrumento fue adaptado para adolescentes españoles en el año 2005, la que será utilizada en esta investigación debido a que se ha visto en la literatura que la Calistenia es practicada mayormente por personas jóvenes (Taípe-nasimba et al., 2019) lo cual puede facilitar su uso en población chilena y practicantes de este deporte.

#### **3.5.2 Bienestar Psicológico.**

En esta investigación se utilizó las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (1989a En Rodríguez Carvajal, 2006) la cual fue adaptada al español por Díaz et al (2006). Este instrumento cuenta con un total de seis escalas y 39 ítems que son respondidos en un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo).

Esta versión de las escalas de Bienestar Psicológica adaptada al español ha mostrado una consistencia interna optima en donde el alfa de Crombach fue de 0.83, a excepción de la escala de crecimiento personal que tiene menor consistencia que el resto con un valor de 0,68 (Díaz et al, 2006). En esta investigación el alfa de Cronbach fue de 0.88. Mientras que este instrumento ha sido validado tanto para la población española (Díaz et al., 2006) y también ha sido utilizado en estudios cuya muestra ha sido compuesta por universitarios chilenos (Véliz, 2012).

### **3.6 Procedimiento.**

La administración de los cuestionarios fue proporcionada mediante un formulario de Google, el cual fue publicado en plataformas de redes sociales tales como Facebook e Instagram haciendo un llamado a los practicantes de Calistenia mediante la difusión de un afiche que era promocionado por “influencers” de esta disciplina, lo cual permitió tener mayor alcance a este público específico. En esta participación se les solicitó su participación voluntaria y anónima, asegurándoles la confidencialidad de los datos. Cabe agregar que este procedimiento fue realizado entre el 04 de octubre y 15 de noviembre.

### **3.7 Análisis Estadístico**

A través de SPSS se usó estadístico de confiabilidad (alfa de Cronbach) para determinar la adecuación de la adaptación realizada a las graduaciones de respuesta y formulación de las preguntas. Además, se hizo prueba de normalidad para detectar si existe normalidad en estas variables (lo cual fue comprobado, es decir, las variables se distribuían normalmente). Luego, se utilizó estadística deductiva (prueba t de student) para el análisis de las respuestas, con uso de prueba de hipótesis para establecer diferencias significativas en la comparación de los parámetros de orden recogidos (sexo, trayectoria, etc.).

## 4. Resultados

### 4.1 Resultados sociodemográficos

**Tabla 1**

*Edad de los practicantes de calistenia*

	Edad
Media	23
Valor Mínimo	18
Valor máximo	40

*Table 1 Edad de los practicantes de Calistenia*

**Tabla 2**

*Practicantes de Calistenia según sexo*

Sexo	Porcentaje
Mujer	14,1%
Hombre	84,5%
Prefiero no decirlo	0,9%
No binario	0,5%

*Table 2 Practicantes de Calistenia según sexo*

Como muestran los resultados del análisis se puede identificar que en promedio la muestra es de 23 años en donde existe un valor máximo de 40 años y un valor mínimo de 18 años. Además, que mayoritariamente la muestra está conformada por hombres (84,5%) seguido de las mujeres (14,1%), luego están las personas que prefirieron no decirlo (0,9%) y finalmente se encuentran las personas no binarias (0,5%).

**Tabla 3***Disposición de lugar de entrenamiento*

Para la práctica de calistenia tú ...	Porcentaje
Dispones de una plaza de calistenia cerca de tu casa	73,8%
Te trasladas a otra comuna	26,7%

*Table 3 Disposición de lugar de entrenamiento*

A su vez, respecto los practicantes de Calistenia y su lugar de práctica los resultados indican que un 26,7% debe trasladarse a otra comuna para realizar esta disciplina, mientras que un 73,8 % dispone de una plaza de calistenia cerca de su casa.

**Tabla 4***Trayectoria de los practicantes de Calistenia*

¿Cuánto tiempo ha estado practicando Calistenia?	Recuento	Porcentaje
Menos de 6 meses	31	14,0%
Entre 6 meses y 1 año	41	18,6%
Entre 1 y 2 años	41	18,6%
Mas de dos años	108	48,9%

*Table 4 Trayectoria de los practicantes de Calistenia*

Respecto al tiempo que los practicantes han dedicado a la Calistenia se puede mencionar que un 48,9% lleva practicando por más de dos años, seguido de entre 1 y 2 años con un 18,6%, luego entre 6 meses y 1 año con un 18,6% y finalmente, menos de 6 meses con un 14,0%.

**Tabla 5***Acerca del tipo de entrenamiento*

Respecto de su práctica de calistenia, elija la opción que mejor le identifica	Recuento	Porcentaje
Recibe indicaciones de entrenador	15	6,8%
Entrenamiento autodirigido	166	75,1%
Combina entrenamiento autodirigido con trabajo asistido por un entrenador	40	18,1%

*Table 5 Tipo de entrenamiento*

Como los practicantes de Calistenia gestionan sus entrenamientos, cabe destacar que, un 75,1% realiza un entrenamiento autodirigido, seguido de un entrenamiento autodirigido combinado con un trabajo asistido por un entrenador con un 18,1% y finalmente, el recibir indicaciones de un entrenador obtuvo un 6,8%.

**Tabla 6***Propósito para la práctica de Calistenia*

El propósito de su práctica de calistenia MAYORMENTE es para:	Recuento	Porcentaje
Entrenamiento fitness y condición física	125	56,6%
Competencia en calistenia	41	18,6%
Recreación y esparcimiento	9	4,1%
Por indicaciones de salud y prevención de enfermedades	46	20,8%

*Table 6 Propósito para la práctica*

Mientras que el propósito para la práctica de Calistenia muestra que un 56,6% de los participantes lo hace por entrenamiento fitness y condición física, seguido de un 20,8% que

realiza Calistenia por indicaciones de salud y prevención de enfermedades, luego un 18,6% por motivos de competencia en Calistenia, finalmente, un 4,1% por recreación y esparcimiento.

## 4.2 Resultados de autoconcepto

### 4.2.1 Resultados generales

**Tabla 7**

*Resultados generales de Autoconcepto Físico*

Dimensiones	Media
Condición Física	3,3
Apariencia	3
Competencia percibida	3
Fuerza	3,1
Autoestima	3,2

*Table 7 Resultados generales autoconcepto físico*

Los resultados generales para cada dimensión del autoconcepto físico son: condición física con una media 3,3; apariencia con un 3; competencia percibida con valor 3; fuerza con 3,1; y autoestima con 3,2.

#### 4.2.2 Resultados según sexo

**Tabla 8**

*Autoconcepto Físico según sexo*

	Sexo			
	Mujer	hombre	prefiero no decirlo	no binario
	Media	Media	Media	Media
Condición Física	3,4	3,2	3,1	3,3
Apariencia	2,9	3	2,6	3,1
Competencia percibida	2,9	3	3,1	3,2
Fuerza	3	3,1	2,5	3,8
Autoestima	3,1	3,3	1,6	3,6

*Table 8 Autoconcepto físico según sexo*

La tabla anterior gráfica los resultados del autoconcepto físico según sexo en donde no se encontraron diferencias significativas, a excepción de la dimensión de autoestima en donde sí se identificaron con un  $p=0.024$ .

### 4.2.3 Resultados según ubicación de lugar de entrenamiento

**Tabla 9**

*Autoconcepto Físico según ubicación de lugar de entrenamiento*

	Para la práctica de calistenia tú ...	
	Dispones	
	de una plaza de calistenia cerca de tu casa	Te trasladas a otra comuna
	Media	Media
Condición Física	3,3	3,3
Apariencia	3	3
Competencia percibida	3	3,1
Fuerza	3,1	3,1
Autoestima	3,3	3,2

*Table 9 Autoconcepto Físico según ubicación de lugar de entrenamiento*

Según la distancia a recorrer para llevar a cabo los entrenamientos de Calistenia, no existieron diferencias significativas en los practicantes de Calistenia.

#### 4.2.4 Resultados según tiempo de práctica

**Tabla 10**

*Autoconcepto Físico según tiempo de práctica de Calistenia*

	¿Cuánto tiempo ha estado practicando calistenia?			
	Menos de 6 meses	Entre 6 meses y 1 año	Entre 1 y 2 años	Mas de dos años
	Media	Media	Media	Media
Condición Física	2,8	3,1	3,4	3,4
Apariencia	2,6	2,9	2,9	3,1
Competencia percibida	2,6	2,9	3,1	3,2
Fuerza	2,7	2,9	3	3,2
Autoestima	3,1	3,2	3,1	3,4

*Table 10 Autoconcepto Físico según trayectoria de los practicantes*

Los resultados del autoconcepto físico según el tiempo que se ha practicado Calistenia muestran diferencias significativas en las dimensiones de condición física con un  $p= 0,00$ ; apariencia con un  $p= 0,00$ ; también en competencia percibida con un  $p= 0,00$ ; luego en la dimensión de fuerza donde  $p= 0,00$ ; y, finalmente en la dimensión de autoestima hay diferencias significativas con un  $p= 0,004$ .

#### 4.2.5 Resultados según tipo de entrenamiento

**Tabla 11**

*Autoconcepto Físico según gestión de entrenamiento*

	Respecto de su práctica de calistenia, elija la opción que mejor le identifica		
	Recibe indicaciones de entrenador	Entrenamiento autodirigido	Combina entrenamiento autodirigido con trabajo asistido por un entrenador
	Media	Media	Media
Condición Física	3,1	3,3	3,2
Apariencia	2,6	3	3
Competencia percibida	3	3	2,9
Fuerza	2,9	3,1	3
Autoestima	2,8	3,3	3,2

*Table 11 Autoconcepto Físico según gestión de entrenamiento*

El autoconcepto físico en la muestra obtenida evidencia diferencias significativas, respecto del tipo de entrenamiento, en la dimensión de autoestima con un  $p=0,14$ .

#### 4.2.6 Resultados según propósito para la práctica de Calistenia

**Tabla 12**

*Autoconcepto Físico según propósito para la práctica de Calistenia*

	El propósito de su práctica de calistenia MAYORMENTE es para:			
	Entrenamiento fitness y condición física	Competencia en calistenia	Recreación y esparcimiento	Por indicaciones de salud y prevención de enfermedades
	Media	Media	Media	Media
Condición Física	3,3	3,3	3,3	3,1
Apariencia	3	3,1	3,1	2,9
Competencia percibida	3,1	3	3	2,9
Fuerza	3,1	3,2	3,1	3
Autoestima	3,2	3,4	3,4	3,2

*Table 12 Autoconcepto Físico según propósito para la práctica de Calistenia*

En este tipo de resultados se denotan diferencias significativas en la dimensión de condición física con  $p=0,034$ .

### 4.3 Resultados de bienestar psicológico

#### 4.3.1 Resultados generales

**Tabla 13**

*Resultados generales de Bienestar Psicológico*

Dimensiones	Media
Auto Aceptación	4,7
Relaciones positiva	4,7
Autonomía	4,4
Dominio del entorno	4,4
Crecimiento personal	5
Propósito en la vida	4,6

*Table 13 Resultados generales Bienestar Psicológico*

Los resultados muestran que la auto aceptación tiene una media de 4,7; relaciones positivas 4,7; autonomía 4,4; dominio del entorno 4,4; crecimiento personal 5; propósito en la vida 4,6.

### 4.3.2 Resultados según sexo

**Tabla 14**

*Bienestar Psicológico según sexo*

	xoSe			
	Mujer	hombre	prefiero no decirlo	no binario
	Media	Media	Media	Media
Auto Aceptación	4,9	4,7	5,4	5,3
Relaciones positiva	5,1	4,6	4,2	5,5
Autonomía	4,3	4,4	3	4
Dominio del entorno	4,7	4,4	4	4,8
Crecimiento personal	5,1	4,9	4,6	5,5
Propósito en la vida	4,9	4,6	5,4	4,8

*Table 14 Bienestar Psicológico según sexo*

El bienestar psicológico, de acuerdo con el sexo, no muestra diferencias.

### 4.3.3 Resultados según ubicación de lugar de entrenamiento.

**Tabla 15**

*Bienestar Psicológico según ubicación de lugar de entrenamiento*

	Para la práctica de calistenia tú ...	
	Media	Media
Dispones de una plaza de calistenia cerca de tu casa		Te trasladas a otra comuna
Auto Aceptación	4,7	4,8
Relaciones positiva	4,7	4,7
Autonomía	4,4	4,3
Dominio del entorno	4,4	4,5
Crecimiento personal	5	5
Propósito en la vida	4,6	4,7

*Table 15 Bienestar Psicológico según ubicación de lugar de entrenamiento*

Los resultados del bienestar psicológico, según la disposición y cercanía del lugar de entrenamiento, denotan que no existen diferencias significativas.

#### 4.3.4 Resultados según tiempo de práctica

**Tabla 16**

*Bienestar Psicológico según tiempo de práctica*

	¿Cuánto tiempo ha estado practicando calistenia?			
	Menos de 6 meses	Entre 6 meses y 1 año	Entre 1 y 2 años	Mas de dos años
	Media	Media	Media	Media
Auto Aceptación	4	4,7	4,9	4,9
Relaciones positiva	4,5	4,7	4,8	4,7
Autonomía	4,1	4,3	4,5	4,5
Dominio del entorno	4,1	4,4	4,5	4,5
Crecimiento personal	4,4	5	5	5,1
Propósito en la vida	4,2	4,6	4,8	4,6

*Table 16 Bienestar Psicológico según tiempo de práctica*

La tabla anterior muestra los resultados del bienestar psicológico, según tiempo de práctica en la calistenia, en donde se pueden encontrar diferencias significativas en las dimensiones de auto aceptación con un  $p=0,009$  y en la dimensión de crecimiento personal con  $p=0,015$ .

### 4.3.5 Resultados según tipo de entrenamiento

**Tabla 17**

*Bienestar Psicológico según tipo de entrenamiento*

	Respecto de su práctica de calistenia, elija la opción que mejor le identifica		
	Recibe indicaciones de entrenador	Entrenamiento autodirigido	Combina entrenamiento autodirigido con trabajo asistido por un entrenador
	Media	Media	Media
Auto Aceptación	4,6	4,8	4,6
Relaciones positiva	4,7	4,7	4,6
Autonomía	4,3	4,4	4,4
Dominio del entorno	4,2	4,4	4,5
Crecimiento personal	5,2	5	4,7
Propósito en la vida	4,6	4,7	4,4

*Table 17 Bienestar Psicológico según tipo de entrenamiento*

Según el tipo de entrenamiento que utilizan los practicantes de Calistenia, el bienestar psicológico no muestra diferencias significativas en ninguna de sus dimensiones.

### 4.3.6 Resultados según propósito para la práctica de Calistenia

**Tabla 18**

*Bienestar Psicológico según propósito para la práctica de Calistenia*

	El propósito de su práctica de calistenia MAYORMENTE es para:			
	Entrenamiento fitness y condición física	Competencia en calistenia	Recreación y esparcimiento	Por indicaciones de salud y prevención de enfermedades
	Media	Media	Media	Media
Auto Aceptación	4,7	4,7	5,6	4,7
Relaciones positiva	4,7	4,6	5,2	4,6
Autonomía	4,4	4,5	4,8	4,3
Dominio del entorno	4,4	4,5	5	4,5
Crecimiento personal	4,9	5	5,6	4,9
Propósito en la vida	4,5	4,6	5,6	4,6

*Table 18 Bienestar Psicológico según propósito para la práctica de Calistenia*

De acuerdo con la tabla anterior, se encontraron diferencias significativas en el bienestar psicológico en las dimensiones de auto aceptación con  $p= 0,027$  y en la dimensión de propósito en la vida con  $p= 0,049$ .

## 5. Discusión

Respecto a los resultados sociodemográficos, en primer lugar, se debe mencionar que es una muestra joven, ya que la media fue de 23 años, dicha caracterización está en concordancia con Taipe-nasimba et al., (2019) quien caracteriza los practicantes por ser mayoritariamente hombres jóvenes, asimismo, el MINDEP (2018) evidenciaba que quienes practican deporte o actividad física en su mayoría son personas jóvenes.

En segundo lugar, respecto a la distribución de la muestra según sexo se puede dar cuenta que en su mayoría son hombres (84,5%), seguido de mujeres (14,1%), luego la categoría “prefiero no decirlo” (0,9%) y no binario (0,5%). En este sentido, los resultados siguen la misma línea detectada por el MINDEP (2018) que asegura que las personas que tienen interés y, al mismo tiempo, practican algún deporte o actividad física, según sexo, son en mayor cantidad hombres (41,3%) que mujeres (19,6%). De hecho, esta diferencia ha sido detectada también por Oxford & McLachlan (2018), quienes aseguran que las mujeres se implican en menor medida en actividades físico-deportivas, pero más aun en aquellas relacionadas al entrenamiento de musculación (como la Calistenia). Dicha diferencia puede encontrar su sustento en que las mujeres al practicar este tipo de disciplinas se sienten incomodas al sentir que sus cuerpos se desvían del ideal femenino, es decir, lo socialmente establecido (Wesely, 2001 en Taipe-nasimba et al., 2019). De esta manera, se puede explicar el bajo porcentaje de mujeres en esta disciplina, ya que puede ser visto como un deporte masculino (Águila et al., 2009). A su vez, es importante mencionar la aparición de personas no binarias y que prefirieron no mencionarlo, ya que logra incorporar una nueva visión en la actividad física en donde no hay solo una diferenciación hombre-mujer.

Respecto a si las personas disponen de una plaza de Calistenia en su misma comuna o si deben trasladarse a otra, cabe mencionar que, si un 73,8% de la muestra dispone de una plaza de Calistenia cerca del domicilio, entonces, en temática de promoción de salud a nivel comuna se puede afirmar que ha ido mejorando a través del tiempo ya que el MINDEP (2018) mencionaba que en 2015 tan solo un 5% de la población practicaba actividad física y Deporte en parques públicos, lo cual ha cambiado actualmente ya que los practicantes de Calistenia están utilizando dichas instalaciones públicas.

Por otra parte, la muestra de este estudio identificó que en su mayoría los practicantes de Calistenia poseen una trayectoria superior a dos años (48,9%), seguido de entre 1 y 2 años (18,6%), lo cual implica que, esta disciplina genera una amplia atracción y mantenimiento en la práctica, por ende, se puede afirmar que la Calistenia está generando una adherencia a través del tiempo en los practicantes. En este sentido, los hallazgos están en concordancia con lo postulado por Yeraí & Catalan (2020) y Eime et al., (2015), a saber, que esta adherencia y mantenimiento sucede debido a la vistosidad y accesibilidad de esta disciplina, lo que trae como consecuencia que, se facilite la iniciación y repercuta en el mantenimiento en la práctica. En síntesis, se afirma que la accesibilidad de la Calistenia y su vistosidad ha generado adherencia, de tal forma que, es una herramienta que permite y facilita que las personas logren incorporar hábitos saludables relacionados a la actividad física.

De acuerdo con cómo los practicantes dirigen sus entrenamientos, se puede identificar que en su mayoría los practicantes de Calistenia gestionan sus rutinas de forma autodirigida (75,1%), es decir, sin la supervisión de un profesional de la actividad física y salud. Este hallazgo puede originarse a causa de la expansión de la disciplina por medio de plataformas virtuales como Youtube, Facebook o Instagram (Tuzel & Hobbs, 2017) ya que por dichas aplicaciones se comparte contenido y rutinas de entrenamiento propias de la Calistenia. De hecho, para Yeraí & Catalan (2020) la incorporación de plataformas como Youtube es un suceso relevante, al punto de utilizarlo como un acontecimiento que divide periodos históricos en la Calistenia.

En torno al propósito para la práctica de Calistenia, un hallazgo es que la muestra declara entrenar por entrenamiento fitness y condición física (56,6%) lo cual está en sintonía con los hallazgos hechos por el MINDEP (2018), a saber, que entre las personas que prefieren la actividad física y deporte en la Región Metropolitana, la primera preferencia son aquellas prácticas que otorgan acondicionamiento físico y fitness. Por otra parte, la segunda opción registrada fue realizar Calistenia por indicaciones de salud y prevención de enfermedades (20,8%), en este sentido, la práctica de Calistenia puede ser afín a este propósito ya que autores como Yeraí & Catalan (2020) mencionan que esta disciplina otorga beneficios para la salud física, además de proporcionar mejoras en masa muscular, flexibilidad, equilibrio. Además, Sanchez-Martinez et al., (2017) cataloga a este tipo de atletas como una población de bajo riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Respecto al autoconcepto físico, en función del sexo, no se encontraron diferencias significativas en las dimensiones a excepción de la autoestima en donde hubo un  $p= 0,024$ . La no diferencia de las otras dimensiones, de acuerdo con el género, está en concordancia con Dieppa et al., (2008) y Soriano et al., (2011). A su vez, este hallazgo está en contraposición con lo documentado con Álvarez et al., (2015) y Moreno & Cervello., (2005) quienes identificaron niveles más altos en las cuatro dimensiones del autoconcepto en los hombres en comparación con las mujeres. Por otra parte, en otro estudio se identificó que las mujeres obtienen niveles más altos en las dimensiones de fuerza y la condición física (Goñi, 2009 en Álvarez et al., 2015). Estas diferencias encontradas pueden deberse a la utilización de diferentes instrumentos de medición y al tipo de población a abarcar, ya que en algunas investigaciones la muestra incluye adolescentes y en otras solo adultos. No obstante, en este estudio solo se estableció una diferencia significativa en la autoestima, lo cual según la teoría tetradimensional del autoconcepto nos indica que los cambios en las dimensiones de cualquier tipo de autoconcepto como el físico, académico, entre otros, repercutirán en el autoconcepto general y, por consiguiente, en la autoestima (Boyd y Hrycaiko, 1997 en Moreno & Cervello, 2005). Entonces, cabe la interrogante de si estas diferencias significativas se deben al autoconcepto físico u otra dimensión del autoconcepto general como el académico, social, etc. Lo cual puede ser un tema para futuras investigaciones.

Otro hallazgo que forma parte del autoconcepto físico, de acuerdo con la variable sexo, es que en este estudio se incluyó categorías como no binarias y, asimismo, se permitió la opción a personas que preferían no decirlo, y que también formaron parte de esta diferencia significativa en la autoestima. En este sentido, para futuras investigaciones sería importante dar mayor énfasis a personas no binarias y estudiar cómo funciona el autoconcepto físico y su relación con la autoestima y la práctica de actividad física, ya que podría dar indicios de si la actividad física y/o plazas de Calistenia están siendo un facilitador para la inclusión, ya que de momento, solo se ha registrado que la Calistenia es un facilitador para la inclusión en aquellas personas migrantes (Taipe-nasimba et al., 2019) pero no respecto a la diversidad sexual.

A su vez, en el tiempo de práctica de la Calistenia se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de condición física, apariencia, competencia percibida, fuerza y la dimensión de autoestima. En donde se denota una tendencia que a mayor tiempo de práctica se obtienen

puntajes más altos, dicha relación ha sido documentada anteriormente por Drummond (2003) quien menciona que los atletas con mayor experiencia en sus disciplinas presentan una identidad más positiva sobre su propio cuerpo que aquellos menos expertos. Esto es un indicio de que la práctica constante de actividad física, más aún de Calistenia, desarrolla un autoconcepto físico tal que repercute en la autoestima de los practicantes.

Por otra parte, en cuanto al tipo de entrenamiento que utilizan los practicantes de Calistenia se encontraron diferencias significativas en la dimensión de autoestima en donde el entrenamiento asistido por un entrenador detecta la menor puntuación. En este sentido, investigar cómo la gestión de los entrenamientos afecta la autoestima es un tema viable para futura investigación, ya que podrían responder si estas diferencias pueden deberse al autoconcepto físico específicamente o algún otro tipo de autoconcepto que repercute en la autoestima, o si bien es debido a variables que no fueron consideradas en este estudio.

Finalmente, en tanto autoconcepto físico, otro hallazgo es que existen diferencias significativas en la dimensión de condición física cuando razones para la práctica es una variable para considerar, siendo la opción “por indicaciones de salud y prevención de enfermedades” la que registra un valor menor en comparación a las otras opciones. Esta diferencia puede deberse a que aquellas personas que lo hacen por salud y prevención de enfermedades se encuentran probablemente en una posición diferente (con algún problema de salud basal) lo cual trae consigo una menor autopercepción de su condición física, sin embargo, son conjeturas, falta investigación en este punto.

En cuanto al bienestar psicológico, respecto al tiempo de práctica, se encontraron diferencias significativas en las dimensiones de autoaceptación y crecimiento personal con una tendencia de que a mayor tiempo de práctica mayores eran las puntuaciones de dichas dimensiones. Esta tendencia ha sido sustentada por otros investigadores que han identificado que la actividad física logra mejorar el bienestar psicológico (Biddle et al., 2000; Mutrie & Faulkner, 2004). De hecho, Taipe-nasimba et al., (2019) identificó anteriormente que los practicantes de Calistenia se caracterizan por tener un alto bienestar psicológico, específicamente en las dimensiones de autoaceptación y crecimiento personal, al igual que en esta investigación.

En tanto, la variable propósito para la práctica de Calistenia, muestra diferencias significativas en las dimensiones de autoaceptación y propósito en la vida, en las cuales se denota un aumento

significativo en la opción recreación y esparcimiento en ambas dimensiones. Este hallazgo podría ser entendido a partir de que esta opción, al estar ligada al disfrute y la diversión, logra vincularse a la adherencia deportiva y la participación (Sicilia et al., 2014; Jiménez et al., 2012), lo cual promueve una motivación más intrínseca y valores como el apoyo social, amistad, entre otros, al momento de la práctica (Taípe-nasimba et al., 2019), es decir, la diversión misma como motivo puede causar una mayor auto aceptación y mayor propósito en la vida en los practicantes ya que la motivación no sería algo extrínseco como la apariencia física que puede causar comparación con los demás practicantes y repercutir en la auto aceptación y en cuestionar el propósito. De hecho, lo mencionado anteriormente puede explicar por qué las otras categorías como entrenamiento Fitness y condición física o la competencia en Calistenia tienen puntajes significativamente menores a recreación y esparcimiento, sin embargo, es necesario más investigación para clarificar esto.

Finalmente, cabe mencionar que en la literatura se ha concluido que la Calistenia y sus parques tienen un gran potencial de salud pública en la promoción de la actividad física debido a su bajo costo económico y accesibilidad (Taípe-nasimba et al., 2019; Sánchez-Martínez et al., 2017), lo cual generaría beneficios para la salud, como “reducción de la inactividad física, obesidad, y podría ayudar a reducir los factores de riesgo cardiovascular y ayudar a mantener un estilo de vida saludable” (Sánchez-Martínez et al., 2017, p. 127). De acuerdo con los resultados de esta investigación también se puede mencionar como la Calistenia puede ser no solo una buena herramienta de promoción de la salud, específicamente de la actividad física y los hábitos saludables, sino que además puede contribuir al desarrollo de un autoconcepto físico y bienestar psicológico.

## **6. Limitaciones**

Una primera limitación de este estudio es la cantidad de participantes, ya que puede no indicar o representar la población total de practicantes de Calistenia. En segundo lugar, esta muestra ha sido recogida mediante plataformas de redes sociales, lo cual implica que aquellas personas que no están conectadas a redes sociales o no siguen a influencers representantes de la Calistenia o vendedores de implementos deportivos, no pudieron acceder a participar de esta investigación.

Por otra parte, el uso de influencers no se sabe en qué medida pueden haber afectado los resultados de esta investigación.

## **7. Conclusiones**

Respecto al primer objetivo específico de esta investigación, a saber, conocer datos sociodemográficos de los practicantes de Calistenia, se concluye que los practicantes son mayoritariamente hombres jóvenes que disponen de una plaza de Calistenia en su propia comuna de residencia. También, esta muestra en su mayoría ha logrado practicar por más de dos años esta disciplina lo cual quiere decir que la Calistenia ha logrado generar adherencia y mantención en la práctica pese a la pandemia y sus limitantes. Esto indica que los planes comunales de promoción de la salud han logrado crear iniciativas (como los parques de Calistenia) que han podido promover la actividad física y hábitos saludables, de tal forma que logran generar adherencia y mantenimiento a través del tiempo.

En tanto, el segundo objetivo específico de esta investigación, a saber, conocer el autoconcepto físico de los practicantes de Calistenia, se establece que existe una tendencia de que a mayor tiempo de práctica se detecta un aumento de las puntuaciones en las dimensiones de condición física, apariencia, competencia percibida, fuerza y autoestima, lo cual es un indicador para denotar que la práctica de esta disciplina tiene un impacto psicológico positivo en los practicantes.

A su vez, en base al tercer objetivo específico, esto es, conocer el autoconcepto el bienestar psicológico, se concluye que la práctica sostenida de Calistenia a través del tiempo produce un aumento en las puntuaciones de auto aceptación y crecimiento personal, por consiguiente, se concluye que la Calistenia está facilitando el desarrollo del bienestar psicológico de los practicantes.

Además, respecto a la hipótesis que mencionaba que el tiempo de práctica influenciará en ambos constructos, esta fue comprobada, mientras que la segunda que abordaba la variable sexo fue rechazada, debido a que no se encontraron diferencias significativas, a excepción del autoconcepto físico en la dimensión de autoestima.

Por consiguiente, respecto al objetivo general, el cual es establecer el autoconcepto físico y bienestar psicológico de los practicantes, se puede concluir que este fue establecido y además se identificaron aquellas variables que se asocian a diferencias significativas en estos constructos. A su vez, se concluye que los parques de Calistenia y la práctica sostenida de esta disciplina es una buena estrategia para la promoción de la salud y la actividad física, no solo por sus beneficios físicos, sino también psicológicos, a saber, en autoconcepto físico y bienestar psicológico. Finalmente, en torno a la pregunta de investigación, a saber, ¿cuál es el autoconcepto físico y bienestar psicológico de los practicantes de Calistenia de las comunas de la Región Metropolitana mayores de 18 años?, se responde mediante los hallazgos anteriores, esto es, que son constructos con valores que cambian mediante variables como la experticia y/o trayectoria de práctica, razón para la práctica, entre otros.

## **8. Futuras proyecciones**

A partir de esta investigación se pueden hacer las siguientes proyecciones: primeramente, realizar investigaciones que logren visibilizar grupos no binarios y su relación con la actividad física. A su vez, realizar investigaciones cualitativas que puedan clarificar si las diferencias en la autoestima, según la variable sexo, se deben a la práctica de Calistenia relacionado al autoconcepto físico, u otro constructo que no fue considerado en esta investigación.

Por otra parte, es importante para futuras investigaciones lograr una mayor muestra de practicantes que sea capaz de contener mayores datos sociodemográficos para ver si los efectos de estas variables psicológicas varían de acuerdo con el índice socioeconómico u otra variable, es decir, se recomienda utilizar otras variables en función del autoconcepto físico y bienestar psicológico en practicantes de Calistenia, tales como: nivel educacional, índice socioeconómico, si se es de lugares rurales o urbanos, etc.

## 9. Referencias

- 24horas.cl. (2016). *Estas son las comunas con mayores índices de obesidad*. 24 horas. <https://www.24horas.cl/nacional/estas-son-las-comunas-con-mayores-indices-de-obesidad-2124234>
- 24horas.cl. (2021). *Gremio “fitness” realiza manifestación incumpliendo protocolos sanitarios en mall costanera center*. 24 horas. <https://www.24horas.cl/nacional/gimnasio-protesta-manifestacion-protocolos-sanitarios-mall-costanera-center-4692775>
- Águila, C., Sicilia, A., Muyor, J. y Orta, A. (2009). Cultura posmoderna y perfiles de práctica en los centros deportivos municipales. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 9(33), 81-95.
- Ahumada Tello, J., & Toffoletto, M. (2020). Factors associated with sedentary lifestyle and physical inactivity in Chile: a qualitative systematic review. *Revista médica de Chile*, 148(2), 233-241. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000200233>
- Albala, C., Vio, F., Kain, J., & Uauy, R. (2002). Nutrition transition in Chile: determinants and consequences. *Public health nutrition*, 5(1A), 123–128. <https://doi.org/10.1079/PHN2001283>
- Álvarez, L., Cuevas, R., Lara, A., & González, J. (2015). Diferencias del autoconcepto físico en practicantes y no practicantes de actividad física en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 15(2), 27–34. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=109287000&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Biddle, SJH., Fox, KR., & Boutcher, SH. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. (xii ed.) Routledge.

- Bruya, L. (1977). Effect of selected movement skills on positive self-concept. *Perceptual and Motor Skills*, 45(1), 252–254. <https://doi.org/10.2466/pms.1977.45.1.252>
- Calisthenics-parks. (2021). *Lista de spots en Chile*. Calisthenics-parks. <https://calisthenics-parks.com/countries/cl-es-chile>.
- Calisthenics-parks. (2021). *Lista de spots en Región Metropolitana de Santiago*. (2021). Calisthenics-parks. <https://calisthenics-parks.com/regions/18-es-región-metropolitana-de-santiago>
- Celis-Morales, C., Salas, C., Alduhishy, A., Sanzana, R., Martínez, M. A., Leiva, A., Diaz, X., Martínez, C., Álvarez, C., Leppe, J., Munro, C. A., Siervo, M., & Willis, N. D. (2016). Socio-demographic patterns of physical activity and sedentary behaviour in Chile: Results from the National Health Survey 2009-2010. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 38(2), e98–e105. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv079>
- Cívico, F., Acedo, V., Ángel, M., Herves, M., & Moreno, E. (2021). Psychological well-being and disability: a comparison among university students. *19(53)*, 93–116.
- Clarke, P., Marshall, V., Black, S., & Colantonio, A. (2002). Well-being after stroke in Canadian seniors: findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Stroke*, 33(4), 1016–1021. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000013066.24300.f9>
- CNN. (2021). *Franja deportiva: Estos son los nuevos horarios para comunas en cuarentena y transición*. CNN. [https://edition.cnn.com/pais/franja-deportiva-nuevos-horarios-cuarentena-transición\\_20210423](https://edition.cnn.com/pais/franja-deportiva-nuevos-horarios-cuarentena-transición_20210423)
- Cristi-Montero, C., Celis-Morales, C., Ramírez-Campillo, R., Aguilar-Farías, N., Álvarez, C., & Rodríguez-Rodríguez, F. (2015). ¡Sedentarismo e inactividad física no son lo mismo!: una actualización de conceptos orientada a la prescripción del ejercicio físico para la salud. *Revista médica de Chile*, 143(8), 1089-1090. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000800021>
- Crovetto M., & Vio del R, F. (2009). ANTECEDENTES INTERNACIONALES Y NACIONALES DE LA PROMOCIÓN DE SALUD EN CHILE: LECCIONES APRENDIDAS Y PROYECCIONES FUTURAS. *Revista chilena de nutrición*, 36(1), 32-45. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182009000100004>

- Cuadra, I., & Moyano-Díaz, E. (2012). Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 11(3), 931–939. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy11-3.aper>
- Delgado, F. (2021). *Gremio “Fitness” protesta en el Costanera Center tras cierre de gimnasios en fase 2*. BioBioChile- La Red de Prensa Más Grande de Chile. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-metropolitana/2021/03/15/gremio-fitness-protesta-en-el-costanera-center-tras-cierre-de-gimnasios-en-fase-2.shtml>
- del Río Alijas, R., & Díaz Torre, A. (2015). Calistenia: Volviendo a los orígenes. *EmásF: Revista Digital de Educación Física*, 33(33), 87–96.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572–577.
- Dieppa, M., Machargo, J., Luján, I. & Guillén, F. (2008). Autoconcepto general y físico en jóvenes españoles y brasileños que practican actividad física vs. no practicantes. *Revista de Psicología del Deporte*, Vol. 17, núm. 2, pp. 221-239
- Drummond, M. J. N. (2003). The Meaning of Boys’ Bodies in Physical Education. *The Journal of Men’s Studies*, 11(2), 131–143. <https://doi.org/10.3149/jms.1102.131>
- Eime, R. M., Casey, M. M., Harvey, J. T., Sawyer, N. A., Symons, C. M., & Payne, W. R. (2015). Socioecological factors potentially associated with participation in physical activity and sport: A longitudinal study of adolescent girls. *Journal of science and medicine in sport*, 18(6), 684–690. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2014.09.012>
- Esnaola, I., Infante, G., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Relación entre variables psicosociales y de la salud. *Revista de Psicología del Deporte*, Vol. 20, núm. 2, pp. 413-427.
- Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: Perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1), 179–194.
- Fernandez, J. (2010). Autoconcepto físico según la actividad fíicodeportiva realizada y la motivación hacia ésta. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 2, No. 1, pp. 251-263

- Gerlach, V. (2019). *Opinión: ¿Qué es pobreza multidimensional?* Fundación Trascender. <https://fundaciontrascender.cl/blog/opinion/que-es-pobreza-multidimensional/>
- Gobierno de Chile (2021). *Actualización plan paso a paso*. Gob. <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>
- González, C. (2017). *Plazas saludables: análisis del uso de espacios públicos para la práctica de actividad física desde la perspectiva de promoción de la salud en las comunas de Las Cabras y Nancagua, VI región (Región del Libertador Bernardo O'Higgins)*. Repositorio.Uahurtado. <https://repositorio.uahurtado.cl/handle/11242/7986>
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2010). Concepción o elección del diseño de investigación en J. Mares, *Metodología de la investigación* (quinta edición, pp. 118-169). Mcgraw-Hill/ Interamericana editores, S.A.
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2010). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias en J. Mares, *Metodología de la investigación* (quinta edición, pp. 4-21). Mcgraw-Hill/ Interamericana editores, S.A.
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2010). Selección de la muestra en J. Mares, *Metodología de la investigación* (quinta edición, pp. 4-21). Mcgraw-Hill/ Interamericana editores, S.A.
- Herrera, E., Brocal, D., Sánchez, D., & Rodríguez, J. (2013). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 31-38. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/cpd/article/view/177731>
- Infante, G. y Goñi, E. (2009). Actividad Físico-Deportiva y autoconcepto físico en la edad adulta. *Revista de Psicodidáctica*, Vol. 14, Núm. 1, pp. 49-62.
- Jiménez-Torres, M., Godoy-Izquierdo, D., & Godoy, J. (2012). Relación entre los motivos para la práctica físico-deportiva y las experiencias de flujo en jóvenes: diferencias en función del sexo. *Universitas psychologica*, 11 (3), 909-920. Disponible en: <https://redalyc.org/articulo.oa?id=64724634019>
- Katalejo investigaciones sociales. (2013). *DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS COMUNAS*. Programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.

[https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/otras\\_eval/2016/EV100060439\\_1.pdf](https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/otras_eval/2016/EV100060439_1.pdf)

Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007–1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>

Kohl, H., Craig, C., Lambert, E., Inoue, S., Alkandari, J., Leetongin, G., Kahlmeier, S., & Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). *The pandemic of physical inactivity: global action for public health. Lancet* (London, England), 380(9838), 294–305. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60898-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60898-8)

Krishnan, K., y Arumugam, C. (2013). The Effect of Callisthenic and Dumbbell Exercise on Muscular Strength Endurance and Flexibility of Rural School Boys. *International Journal of Innovative Research and Development*, Volume 2 Issue 6. Pp. 367-375.

Lawrence, K., Shaw, I., & Shaw, B. (2014). Hemodynamic changes in normotensive overweight and obese individuals following home-based calisthenics training. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance, Supplement* (2), 82–90. [https://www.researchgate.net/publication/270476792\\_Hemodynamic\\_changes\\_in\\_normotensive\\_overweight\\_and\\_obese\\_individuals\\_following\\_home-based\\_calisthenics\\_training](https://www.researchgate.net/publication/270476792_Hemodynamic_changes_in_normotensive_overweight_and_obese_individuals_following_home-based_calisthenics_training)

Lindwall, M., & Hassmén, P. (2004). The role of exercise and gender for physical self-perceptions and importance ratings in Swedish university students. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 14(6), 373–380. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0838.2003.372.x>

Maier, E., & Lachman, M. (2000). Consequences of early parental loss and separation for health and well-being in midlife. *International Journal of Behavioral Development*, 24(2), 183–189. <https://doi.org/10.1080/016502500383304>

Marino, A. (2020). *Origen de la Calistenia*. CALISTENIA. <https://www.calistenia.net/el-origen-de-la-calistenia/>

Marmot, M., Ryff, C., Bumpass, L., Shipley, M., & Marks, N. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social science & medicine* (1982), 44(6), 901–910. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00194-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00194-3)

- Martínez, M., Leiva, A., Petermann, F., Garrido, A., Díaz, X., Álvarez, C., Salas, C, Cristi, C., Rodríguez, F., Aguilar, N., Ramírez, R., & Celis, C. (2018). Correlates of sedentary behaviors in Chile: evidence from the National Health Survey 2009-2010. *Revista médica de Chile*, 146(1), 22-31. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000100022>
- McAuley, E., Mihalko, S., & Bane, S. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of behavioral medicine*, 20(1), 67–83. <https://doi.org/10.1023/a:1025591214100>
- McGowan, R., Jarman, B., & Pedersen, D. (1974). Effects of a competitive endurance training program on self-concept and peer approval. *The Journal of psychology*, 86(1), 57–60. <https://doi.org/10.1080/00223980.1974.9923884>
- Méndez-Giménez, A., Fernández-Rúa, J. y Cecchini Estrada, J. (2013). Papel importante del alumnado, necesidades psicológicas básicas, regulaciones motivacionales y autoconcepto físico en educación física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, vol. 13, 1, 71-82.
- M, G. (2019). *Calistenia: el deporte fitness que se toma las plazas y parques del país. El mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/generación-m/2019/03/05/calistenia-el-deporte-fitness-que-se-toma-las-plazas-y-parques-del-país/>
- MINDEP. (2018). *Ministerio del Deporte- Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte 2018 en Población de 18 años y más*. Ministerio del Deporte. <https://www.mindep.cl/secciones/151>
- MINDEP. (2017). *POLITICA NACIONAL DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTES 2016-2025*. Biblioteca digital del Gobierno de Chile. <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/380>
- MINDEP. (2018). *Política Regional de Actividad Física y Deportes Región Metropolitana*. Biblioteca.digital.gob. <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3593>
- MINSAL. (2011). *Estrategia Nacional de Salud/Metas 2011- 2020*. Bibliotecaminsal. <http://www.bibliotecaminsal.cl/estrategia-nacional-de-salud-metas-2011-2020/#:%7E:text=EL%20gobierno%20dise%C3%B1a%20una%20Estrategia,el%20cumplimiento%20de%20estas%20medidas>

- MINSAL. (2013). *Orientaciones para planes comunales de promoción de la salud 2014*. 1–197. <http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>
- MINSAL. (2016). *Promoción de la Salud*. Minsal.cl. [https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2016/09/1\\_PROMOCION-DE-SALUD.pdf](https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf)
- Moreno, J & Cervello, E. (2005), *Physical self-perception in Spanish adolescents: Effects of gender and involvement in physical activity*. *Journal of Human Movement Studies*. 48. 291-311
- Moreno, J., Cervelló, E., & Moreno, R (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *International Journal of Clinical and health psychology*, 8(1), 171-183. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33780112>
- Mutrie, N. & Faulkner, G. (2004) Physical Activity: Positive Psychology in Motion. In P. A. Linley, & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (pp. 146-164). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470939338.ch9>
- Núñez, J., León, J., Martín-Albo, J., & González, V. (2011). Propuesta de un modelo explicativo del bienestar psicológico en el contexto deportivo. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(1), 223-242.
- Ortiz-Pulido, R., & Gómez-Figueroa, J. A. (2017). La actividad física, el entrenamiento continuo e intervalo: Una solución para la salud. *Salud Uninorte*, 33(2), 252–258. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81753189017%0ACómo>
- Oxford, S., & McLachlan, F. (2018). “You have to play like a man, but still be a woman”: Young female colombians negotiating gender through participation in a sport for development and peace (SDP) organization. *Sociology of Sport Journal*, 35(3), 258-267. doi:10.1123/ssj.2017-0088
- Pérez, R. (2020). *La geografía de la desigualdad y del poder*. CIPER Chile. <https://www.ciperchile.cl/2020/02/26/la-geografia-de-la-desigualdad-y-del-poder/>
- Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M., Villagrán, M., Ulloa, N., Nazar, G., Troncoso-Pantoja, C., Garrido-Méndez, A., Mardones, L., Lanuza, F., Leiva, A., Lasserre-Laso, N., Martorell, M., & Celis-Morales, C. (2020). Desde una mirada global al contexto chileno: ¿Qué factores han

repercutido en el desarrollo de obesidad en Chile? (Parte 1). *Revista chilena de nutrición*, 47(2), 299-306. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200299>

Ramírez-Corzo, F. (2021). *Clima Social Familiar y su relación con la Autoestima de los Estudiantes de Sexto Grado de Primaria de una Institución Educativa de la Molina* (Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma). Repositorio Universidad Ricardo Palma.

Rodríguez, A. (2009). AUTOCONCEPTO FÍSICO Y BIENESTAR/ MALESTAR PSICOLÓGICO EN LA ADOLESCENCIA. *Revista de psicodidáctica*, 14 (1), 155-158. Disponible en: <https://www.redalyc.org/Articulo.oa?id=175112723011>

Romero, A., Brustad, R., & Garcia, A. (2007). Bienestar psicológico y su uso en la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología Del Ejercicio y El Deporte*, 2(2), 31–52.

Rumbo Prieto JM., Arantón Arcosa, C., Movilla Fernández, Varela Feal, & Romero M. (2001). La promoción de la salud como instrumento para mejorar la calidad de vida; evolución y perspectivas. *Enfermería Científica*, 230- 231, 5-10. [https://www.researchgate.net/profile/jm-rumbo-prieto/publication/281320208\\_LA\\_PROMOCION\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_COMO\\_INTRUMENTO\\_PARA\\_MEJORAR\\_LA\\_CALIDAD\\_DE\\_VIDA\\_EVOLUCION\\_Y\\_PERSPECTIVAS\\_Health\\_promotion\\_as\\_a\\_tool\\_to\\_improve\\_quality\\_of\\_life\\_developments\\_and\\_prospects/links/55e1ca6908ae2fac471f5cc9/LA-PROMOCION-DE-LA-SALUD-COMO-INSTRUMENTO-PARA-MEJORAR-LA-CALIDAD-DE-VIDA-EVOLUCION-Y-PERSPECTIVAS-Health-promotion-as-a-tool-to-improve-quality-of-life-developments-and-prospects.pdf](https://www.researchgate.net/profile/jm-rumbo-prieto/publication/281320208_LA_PROMOCION_DE_LA_SALUD_COMO_INTRUMENTO_PARA_MEJORAR_LA_CALIDAD_DE_VIDA_EVOLUCION_Y_PERSPECTIVAS_Health_promotion_as_a_tool_to_improve_quality_of_life_developments_and_prospects/links/55e1ca6908ae2fac471f5cc9/LA-PROMOCION-DE-LA-SALUD-COMO-INSTRUMENTO-PARA-MEJORAR-LA-CALIDAD-DE-VIDA-EVOLUCION-Y-PERSPECTIVAS-Health-promotion-as-a-tool-to-improve-quality-of-life-developments-and-prospects.pdf)

Ruiz de Azúa, S., Rodríguez, A., & Goñi, A. (2004). Deporte y autoconcepto físico en la preadolescencia. *Apunts. Educació Física i Esports*, 3(77), 18–24.

Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaemonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (Vol. 52; pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc

Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.4.719>

- Ryff, C., & Singer, B. (2000). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review*, 4(1), 30–44. [https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0401\\_4](https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0401_4)
- Salinas, J., & Vio, F. (2003). Promoción de salud y actividad física en Chile: Política prioritaria. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 14(4), 281–288. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892003000900015>
- Salinas C., & Vio del R., Fernando. (2002). PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CHILE. *Revista chilena de nutrición*, 29(Supl. 1), 164-173. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182002029100001>
- Salinas C., & Vio del R, F. (2011). PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICIÓN SIN POLÍTICA DE ESTADO: EL CASO DE LA PROMOCIÓN DE SALUD ESCOLAR EN CHILE. *Revista chilena de nutrición*, 38(2), 100-116. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182011000200001>
- Sánchez-Martínez, P., Araneda A., Sánchez P., & Atilio, A. (2017). Nutrición Hospitalaria Trabajo Original Morphological characteristics of Street Workout practitioners. *Nutrición Hospitalaria*, 34(1), 122–127. <http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/987/494>
- Sicilia, Á., González-Cutre, D., Artés, E. M., Orta, A., Casimiro, A. J., & Ferriz, R. (2014). Reasons why people do exercise: A study using self-determination theory. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 83–91. [https://doi.org/10.1016/s0120-0534\(14\)70011-1](https://doi.org/10.1016/s0120-0534(14)70011-1)
- Soriano Llorca, J. A., Navas Martínez, L., & Holgado Tello, F. P. (2011). El autoconcepto físico y su relación con el género y la edad en estudiantes de educación física. *Apunts Educación Física y Deportes*, 105, 36–41. [https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.\(2011/4\).106.04](https://doi.org/10.5672/apunts.2014-0983.es.(2011/4).106.04)
- Taipe-nasimba, N., Peris-delcampo, D., & Cantón, E. (2019). Motivos de práctica deportiva, bienestar psicológico e inmigración en practicantes de Street Workout. *Rev. Psicol. Deport*, 28(2), 135–142.
- Tapia, M. (2020). *¿Son los gimnasios, cines y playas lugares riesgosos? Expertas llaman a extremar medidas para evitar el aumento de contagios.* Universidad de Chile. <https://www.uchile.cl/noticias/171461/covid-19-son-los-gimnasios-cines-y-playas-lugares-riesgosos>

- Tuzel, S., & Hobbs, R. (2017). The use of social media and popular culture to advance cross-cultural understanding. [El uso de las redes sociales y la cultura popular para una mejor comprensión intercultural]. *Comunicar*, 51, 63-72. <https://doi.org/10.3916/C51-2017-06>
- Vargas, R. (2019). *Plan de negocio para implementar un sistema de gestión de vida activa y saludable, a través de la Calistenia en el Colegio San Andrés- Maipú* (Tesis Magister, Universidad Andrés Bello). <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/15423>
- Véliz, A. (2012). Propiedades Psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y su Estructura Factorial en Universitarios Chilenos. *Psicoperspectivas*, 11(2), 143-163. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-196>
- Veerendrak, M & Jayabal, T (2012). Effects of concurrent aerobic and calisthenic exercises and physical fitness components of middle age obese men's. *Internacional journal of Innovative Research and Development, Volume 1 Issue 3*. Pp. 285-291.
- Véliz, A. (2012). Propiedades Psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y su Estructura Factorial en Universitarios Chilenos. *Psicoperspectivas*, 11(2), 143-163. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-196>
- Vidarte, J., Álvarez, C., Sandoval, C., & Alfonso, M. (2011). ACTIVIDAD FÍSICA: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. *Hacia la promoción de la salud*, 16(1), 2020-218. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a14.pdf>
- Vignolo, Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, & Sosa Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado en 29 de julio de 2021, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es).
- Vio, F., & Albala, C. (2000). Nutrition policy in the Chilean transition. *Public health nutrition*, 3(1), 49–55. <https://doi.org/10.1017/s1368980000000070>
- Yerai, A & Catalan, S. (2020). *La calle es tu gimnasio: guía completa de calistenia y streetworkout*. Grijalbo. <https://pdfcoffee.com/la-calle-es-tu-gimnasio-guia-completa-de-calistenia-y-streetworkout-2-pdf-free.html>

## **10. Anexos**

### **10.1 Consentimiento informado**

Mi nombre es Matías, estudiante de psicología de quinto año. A continuación, se presentará un set de preguntas relacionadas a la actividad física, específicamente con la práctica de la Calistenia, esto relacionado a mi proyecto de investigación de este año. Tus respuestas e identidad serán anónimas y solo yo trabajaré con ellas a nivel estadístico. Declaro no tener intereses involucrados con el resultado del estudio.

Asimismo, su participación no representa ningún tipo de costo y es totalmente voluntaria. De antemano les agradezco su colaboración

## 10.2 Cuestionario sociodemográfico

Edad \*

Tu respuesta

---

Sexo \*

Mujer

Hombre

Prefiero no decirlo

Otro: \_\_\_\_\_

¿De qué comuna eres? \*

Tu respuesta

---

Para la práctica de calistenia tú ... \*

Dispones de una plaza de calistenia cercana a tu casa

Te trasladas a otra comuna

¿Cuánto tiempo ha estado practicando calistenia? \*

- Menos de 6 meses
  - entre 6 meses y 1 año
  - Entre 1 y 2 años
  - Mas de 2 años
- 

Respecto de su práctica de calistenia, elija la opción que mejor le identifica \*

- Recibe indicaciones de entrenador
  - Entrenamiento autodirigido
  - Combina entrenamiento autodirigido con trabajo asistido por un entrenador
- 

El propósito de su práctica de calistenia MAYORMENTE es para: \*

- Entrenamiento fitness y condición física
- Competencia en calistenia
- Recreación y esparcimiento
- Por indicación de salud y prevención de enfermedades



3 No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.

4 Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.

5 Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.

6 Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.

7 En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.

8 No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.

9 Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.

10 He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.

11 Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.

12 Siento que mis amistades me aportan muchas cosas

13 Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones

14 En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.

15 Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.

16 Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.

17 Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.

18 Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.

19 Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.

20 Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.

21 En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.

22 No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.

23 Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.

24 En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.

25 Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.

26 Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.

27 Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.

28 Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.

29 Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.

## 10.4 Cuestionario Autoconcepto Físico

### AUTOCONCEPTO FISICO

Encierra en un círculo la opción que mejor describe tu nivel de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación.

Cuando realizo actividad física...

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Soy muy bueno/a en casi todos los deportes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siempre mantengo una excelente condición y forma física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comparado con la mayoría, mi cuerpo no es tan atractivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comparado con la mayoría de la gente de mi mismo sexo, creo que me falta fuerza física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me siento muy orgulloso/a de lo que soy y de lo que puedo hacer físicamente

Creo que no estoy entre los/as más capaces cuando se trata de habilidad deportiva

Siempre me organizo para poder hacer ejercicio físico intenso de forma regular y continuada

Tengo dificultad para mantener un cuerpo atractivo

Mis músculos son tan fuertes como los de la mayoría de las personas de mi mismo sexo

Siempre estoy satisfecho/a de cómo soy físicamente

No me siento  
seguro/a cuando  
se trata de  
participar en  
actividades  
deportivas

Siempre  
mantengo un alto  
nivel de  
resistencia y  
forma física

Me siento  
avergonzado/a de  
mi cuerpo cuando  
se trata de llevar  
poca ropa

Cuando se trata  
de situaciones  
que requieren  
fuerza, soy el  
primero/a en  
ofrecerme

Cuando se trata  
del aspecto  
físico, no siento  
mucho confianza  
en mi mismo

Considero que siempre soy de los/as mejores cuando se trata de participar en actividades deportivas

Suelo encontrarme un poco incómodo/a en lugares donde se practica ejercicio físico y deporte

Pienso que a menudo se me admira porque mi físico o mi tipo de figura se considera atractiva

Tengo poca confianza cuando se trata de mi fuerza física

Siempre tengo un sentimiento verdaderamente positivo de mi aspecto físico

Suelo estar entre los/as más rápidos/as cuando se trata de aprender nuevas habilidades deportivas

Me siento muy confiado/a para practicar de forma continuada y para mantener mi condición física

Creo que, comparado/a con la mayoría, mi cuerpo no parece estar en la mejor forma

Creo que, comparado/a con la mayoría, soy muy fuerte y tengo mis músculos bien desarrollados

Desearía tener más respeto hacia mi "yo" físico

Cuando surge la oportunidad, siempre soy de los/as primeros/as para participar en deportes.

Creo que, comparado con la mayoría, mi nivel de condición física no es tan alto

No me siento seguro/a sobre la apariencia de mi cuerpo

Creo que no soy tan bueno/a como la mayoría cuando se trata de situaciones que requieren fuerza

Me siento muy satisfecho/a tal y como soy físicamente