

eISSN: 2452-5812
<http://jmh.pucv.cl/>

Recibido: 21/07/2025
 Aceptado: 03/10/2025
 Disponible: 22/10/2025
 Publicado: 01/01/2026

Artículo original

Actividad física, hábitos alimentarios, composición corporal y autoestima de trabajadores del Colegio Cardenal Raúl Silva Henríquez de Viña del Mar

Physical activity, eating habits, nutritional status and self-esteem of workers at the Cardenal Raúl Silva Henríquez School in Viña del Mar

Romo-Bozzo, A¹; Aranda-Aguirre, X²; Palma-Leal, X³

Correspondencia 

Mg. Ximena Aranda

Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

ximena.aranda@unab.cl

Resumen

Objetivo: Conocer la correlación entre la actividad física (AF), hábitos alimentarios, composición corporal y autoestima en trabajadores de la educación de Viña del Mar. **Métodos:** Estudio transversal correlacional. Participaron 53 trabajadores (73,6% mujeres). Se aplicó el cuestionario internacional de AF, encuesta de hábitos alimentarios, y la escala de autoestima de Rosenberg, para reportar la AF, hábitos alimentarios, y autoestima general, respectivamente. Además, se realizó una evaluación antropométrica para determinar la composición corporal con el Índice de Masa Corporal (IMC), % de masa grasa (%MG) y circunferencia de cintura (CC). **Resultados:** Se encontraron correlaciones significativas entre los hábitos alimentarios y la AF total ($r=0,31$; $p=0,024$) y con la composición corporal (CC, $r=-0,30$; $p=0,031$; %MG, $r=-0,28$; $p=0,039$). Además, se observaron correlaciones significativas entre la AF en el tiempo libre y la composición corporal (IMC, $r=-0,29$; $p=0,038$; CC, $r=-0,37$; $p=0,006$). No se encontraron correlaciones significativas con la autoestima. **Conclusión:** Los hallazgos de este estudio subrayan la interrelación de los hábitos alimentarios con comportamientos activos y la composición corporal en esta población, por lo que los trabajadores de la educación deben ser considerados en futuras intervenciones laborales de prevención y promoción de la salud.

Palabras clave: adultos; comportamientos; promoción de la salud; autovaloración; trabajadores de la educación

Abstract

Objective: To determine the correlation between physical activity (PA), dietary habits, body composition, and self-esteem among education workers in Viña del Mar. **Methods:** This was a cross-sectional correlational study. A total of 53 workers (73.6% female) participated. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), a dietary habits survey, and the Rosenberg Self-Esteem Scale were used to report on PA, dietary habits, and general self-esteem, respectively. Additionally, an anthropometric evaluation was conducted to determine body composition using Body Mass Index (BMI), % body fat (%MG), and waist circumference (WC). **Results:** Significant correlations were found between dietary habits and total PA ($r=0.31$; $p=0.024$) and with body composition (WC: $r=-0.30$, $p=0.031$; %MG: $r=-0.28$, $p=0.039$). Additionally, significant correlations were observed between leisure-time PA and body composition (BMI: $r=-0.29$, $p=0.038$; WC: $r=-0.37$, $p=0.006$). No significant correlations were found with self-esteem. **Conclusion:** The findings of this study underscore the interrelationship of dietary habits with active behaviors and body composition in this population. Therefore, education workers should be considered in future workplace health prevention and promotion interventions.

Keywords: adults; behaviours; health promotion; self-worth; education workers



Puntos destacables

- El transporte/desplazamiento fue el dominio de actividad física al que los/as participantes dedicaron la mayor cantidad de minutos semanales.
- Los/as participantes tienen hábitos alimentarios mixtos, con una connotación tanto positiva para la salud como negativa.
- La composición corporal de los/as participantes, representa, en su mayoría, un riesgo para la salud.

Introducción

La actividad física (AF) se define como cualquier movimiento corporal realizado por el sistema musculoesquelético, capaz de generar un gasto de energía superior al nivel basal¹. Las Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2020 sobre AF y comportamiento sedentario incluye recomendaciones de AF para adultos de 150-300 minutos de intensidad moderada, o 75-150 minutos de intensidad vigorosa, o una combinación equivalente de AF aeróbica de intensidad moderada y vigorosa por semana, mientras sugiere disminuir el comportamiento sedentario y reemplazarlo por AF². El cumplimiento de estas recomendaciones se asocia a innumerables beneficios sobre la salud física, social y mental, especialmente disminuyendo los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles². A pesar de los indiscutibles beneficios de ello, la OMS alerta que la inactividad física en la población sigue siendo un problema creciente de salud pública a nivel mundial, donde casi un tercio de las personas adultas en todo el mundo no alcanzan los niveles recomendados de AF, y la mayoría de los países no están en vías de alcanzar la meta global establecida para 2030, la cual es reducir en un 15% la inactividad física³.

Este panorama se ve agravado por cambios significativos en los patrones alimentarios en la población. Por ejemplo, la adopción de *dietas occidentales* altas en grasas saturadas, azúcares, carbohidratos refinados, bajas en fibras y grasas polinsaturadas, frecuentemente acompañada por reducidos niveles de AF, definen la llamada transición nutricional⁴, que aumentan significativamente la prevalencia de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles en la población. De hecho, en Chile, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, se evidencia una situación epidemiológica preocupante, caracterizada por un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, como Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial, obesidad, depresión, enfermedades osteoarticulares y algunos tipos de cáncer, así como también un deteriorado estado nutricional, afectando directamente a la población adulta trabajadora⁵.

Es en este contexto que, según la Organización Internacional del Trabajo, en las últimas tres décadas, Chile ha experimentado una transformación significativa tanto en los comportamientos y hábitos, como en su matriz productiva. Diversos estudios en población laboralmente activa evidencian que la obesidad y sus enfermedades asociadas son un problema de primera importancia en Chile, que se presentan incluso en trabajadores menores de 30 años, con una prevalencia creciente en función de la edad⁶. Así es como la instancia laboral constituye un escenario ideal para la promoción de la salud, al tratarse de poblaciones cautivas, susceptibles de intervenir, pudiendo actuar como elementos formativos multiplicadores en sus familias y en la sociedad⁷.

Especialmente en el ámbito educativo, desde el año 2013 el Ministerio de Educación (MINEDUC) amplió el concepto de calidad de la educación incorporando aspectos que van más allá del dominio del conocimiento académico, como por ejemplo: la autoestima académica y motivación escolar y los hábitos de vida saludable⁸, entregando una mayor relevancia a iniciativas relacionadas con los hábitos saludables dentro del contexto escolar. Bajo este contexto, los y las profesionales de la educación desarrollan múltiples habilidades en el proceso de enseñanza-aprendizaje, requiriendo de motivación y

empoderamiento para su desempeño, siendo un factor clave para ello su nivel de autoestima, ya que ésta puede ser crucial en el ambiente de aprendizaje y en la calidad de la relación con los y las estudiantes⁹.

La autoestima es entendida como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características¹⁰. Ésta puede relacionarse directamente con el bienestar general de una persona¹¹, teniendo mayores beneficios para la salud, dado que un desarrollo adecuado de la autoestima constituye un factor protector en la incidencia de problemas de salud mental como depresión, estrés y ansiedad¹². En ese sentido, un estudio realizado en adultos jóvenes mexicanos¹³ comprobó que las personas que dedicaban un rango específico de 4 a 5 horas semanales a la AF mostraban puntuaciones promedio más altas en términos de autoestima. De hecho, los participantes que se ejercitaban regularmente, no solo se sentían mejor consigo mismos, sino que también tenían una percepción más positiva de sus propias capacidades y atributos personales. Este aumento en la autovaloración y en la apreciación de su imagen personal podría ser el resultado de la mejora en su condición física y de los beneficios psicológicos proporcionados por las endorfinas y otros neurotransmisores liberados durante la AF¹³.

Por lo antes dicho, el presente estudio tiene como propósito examinar las correlaciones entre la AF, la composición corporal, los hábitos alimentarios y la autoestima en trabajadores del Colegio Cardenal Raúl Silva Henríquez de Viña del Mar, con el fin de identificar patrones que puedan orientar futuras intervenciones en salud y bienestar laboral en dicha población.

Métodos

Diseño de estudio y participantes

Este es un estudio de caso definido como no experimental cuantitativo, de tipo transversal, siendo el alcance del estudio un diseño correlacional. Fue realizado dentro del Programa de Magíster en Educación en Salud y Bienestar Humano de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. La población total constó de 58 trabajadores pertenecientes al colegio Cardenal Raúl Silva Henríquez de la ciudad de Viña del Mar (40 mujeres y 18 hombres), con un promedio de edad de 43 años. La investigación se realizó finalmente en una muestra por conveniencia de 53 trabajadores (39 mujeres y 14 hombres) con un promedio de edad de 41 años, posterior a cumplir los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron: tener contrato de trabajo vigente con el colegio y firmar el consentimiento informado del estudio. Las y los participantes, fueron elegidos bajo un criterio de aleatoriedad simple, dado que la participación fue voluntaria y se consideraron e invitaron a todos los trabajadores del colegio, considerando directivos, docentes y asistentes de la educación. Los criterios de exclusión se definieron como el incumplimiento de los criterios de inclusión antes mencionados.

Procedimiento y aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo durante el primer semestre del año 2017. Primero, posterior a presentar los objetivos y proyecciones a la institución, y obtener su respectiva aprobación, los participantes firmaron el consentimiento informado voluntariamente. Paralelamente, todo el procedimiento fue revisado y aceptado por el Comité de Ética de postgrado de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE) (informe ético y aprobación N°320), siguiendo las normas vigentes de la actual declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos¹⁴.

La aplicación de los instrumentos tuvo una duración de 2 semanas. En primera instancia, se aplicaron las encuestas de hábitos alimentarios, autoestima y AF durante el horario de Consejo de Profesores. Las mediciones antropométricas fueron programadas en el establecimiento dentro de la jornada laboral, según la disponibilidad de los y las participantes.

Instrumentos

Actividad física

La AF realizada en una semana habitual fue evaluada mediante el Cuestionario Global de AF (GPAQ v2, por sus siglas en inglés: *Global Physical Activity Questionnaire*)¹⁵, del cual ha sido estudiada su validez y fiabilidad internacionalmente¹⁶. El cuestionario está compuesto por 16 preguntas sobre la AF efectuada en una semana habitual, diferenciándola en ámbitos de realización. Contiene preguntas sobre la intensidad de la AF (vigorosa o moderada), frecuencia (días en una semana habitual) y duración (horas y minutos en un día habitual) desarrolladas en tres dominios: trabajo, transporte/desplazamientos y tiempo libre. Además, contempla una pregunta sobre el comportamiento sedentario (tiempo que suele pasar recostado o sentado, sin considerar el tiempo que pasa durmiendo).

Se consideraron los cálculos de los minutos de AF por dominio (trabajo, transporte/desplazamientos y tiempo libre), multiplicando la frecuencia por la duración (días × minutos) según intensidad. Se obtuvo el cálculo final de: AF total semanal (sumatoria de AF de los tres dominios); la duración de AF moderada a vigorosa semanal en el trabajo, AF semanal en el transporte/desplazamiento, y AF moderada a vigorosa semanal en el tiempo libre. Finalmente se consideraron los minutos diarios de comportamiento sedentario.

Composición corporal

Las medidas antropométricas evaluadas para determinar la composición corporal de los y las participantes, fueron: a) peso y talla, para determinar el Índice de Masa Corporal (IMC); b) circunferencia de cintura, para determinar la grasa intraabdominal; y c) cuatro pliegues cutáneos (tríceps, subescapular, suprailíaco y abdominal), para determinar el porcentaje (%) de Masa Grasa (%MG).

Para las mediciones se solicitó a los participantes estar descalzos y con la menor ropa posible, tomándose todas las medidas en el lado derecho del cuerpo, aunque no sea el lado dominante. Se utilizó una balanza digital de piso marca ADE modelo BE1216 para el peso; un tallímetro para la talla, una cinta métrica para la circunferencia de cintura, y un calíper Slimguide para la toma de los pliegues cutáneos. Se determinó el IMC de acuerdo a la fórmula: $\text{Peso (kg)}/\text{Talla}^2(\text{m})$, y el %MG en base a la ecuación de Yuhasz modificada por Faulkner¹⁷ ($\%GC = \Sigma 4 \text{ pliegues } 0,153 + 5,783$).

Para las personas adultas, la clasificación internacional de obesidad utilizada fue en base a la propuesta por la OMS según el IMC, donde se consideró: Normo peso (IMC: 18,5 - 24,9; sin riesgo asociado a la salud); Sobrepeso (IMC ≥ 25 - 29,9; aumento de riesgo para la salud); Obesidad Grado I o moderada (IMC: 30 - 34,9; con riesgo aumentado moderado para la salud); Obesidad Grado II o severa (IMC 35 - 39,9; con riesgo aumentado severo para la salud); y Obesidad Grado III o mórbida (IMC ≥ 40 ; con riesgo aumentado muy severo para la salud).

Además, según las recomendaciones de las Guías Clínicas para la Obesidad del Instituto Nacional de Salud de los EEUU (NIH), se consideraron los puntos de corte de circunferencia de cintura, siendo para mujeres: ≥ 80 cm zona de alerta y ≥ 88 cm como nivel de acción necesaria, y para hombres: ≥ 94 cm zona de alerta y de ≥ 102 cm como nivel de acción necesaria¹⁸.

Finalmente, para el %MG se consideraron los criterios de Forbes (1987) según género, para clasificar a la población según su porcentaje de grasa corporal. Las clasificaciones fueron: a) delgado: hombres, $< 8,0\%$, y mujeres $< 15,0\%$; b) óptimo: hombres entre 8,1 a 15,9%, y mujeres entre 15,1 a 20,9%; c) ligero sobrepeso: hombres entre 16,0 a 20,9%, y mujeres entre 21,0 a 25,9%; d) sobrepeso: hombres entre 21,0 a 24,9%, mujeres entre 26,0 a 31,9%; y e) obesidad: hombres igual o mayor a 25,0%, y mujeres igual o mayor a 32,0%¹⁹.

Hábitos alimentarios

Con respecto a los hábitos alimentarios, se utilizó la encuesta sobre hábitos alimentarios de Durán et al. (2014)²⁰, la cual tiene como objetivo medir los hábitos alimentarios de las personas y se compone de dos ámbitos. El primero, considera nueve ítems en una escala de tipo Likert con un puntaje mínimo de 1 y máximo de 5 por pregunta, indicando la frecuencia de hábitos saludables (por ej., consumo de desayuno, cena y comida casera), así como también, la frecuencia de consumo de grupos de alimentos recomendados por las guías alimentarias chilenas (lácteos, frutas, verduras, leguminosas, pescados y cereales integrales), desde el criterio no consume (1 punto), hasta considerar las porciones día/semana sugeridas (5 puntos) obteniendo una calificación de las respuestas que varía de 9 a 45 puntos (donde un mayor valor indica mejores hábitos alimentarios). El segundo ámbito, consta de seis ítems, con preguntas referidas a alimentos o grupos de alimentos identificados como promotores de enfermedades crónicas no transmisibles (bebidas azucaradas, alcohol, alimentos fritos, comida rápida, bocadillos), junto a un hábito alimentario negativo como es adicionar sal a las comidas sin probarlas previamente. De ellas, cinco preguntas tienen un puntaje idéntico al anterior 1 (no consume) a 5 (>x porción día/semana) y sólo una pregunta es calificada de 1 al 3 (sal), alcanzando un valor que va de 6 a 28 puntos (mayor valor peores hábitos alimentarios)²⁰.

Autoestima

Se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) la cual ha sido validada para población chilena adulta¹⁰. La EAR cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en sentimientos positivos y sentimientos negativos (por ej., “creo que tengo un buen número de cualidades”, y “siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí”, respectivamente). La EAR es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala Likert, que va desde “muy de acuerdo” (4 puntos) a “muy en desacuerdo” (1 punto). Se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente. Los valores fluctúan entre 10 (baja autoestima) a 40 (alta autoestima)¹⁰.

Análisis de datos

La AF, hábitos alimentarios, composición corporal y autoestima de los/as participantes se analizaron mediante estadística descriptiva y se presentaron como media $\pm$ desviación estándar. Para sustentar la elección metodológica, se verificó la distribución normal de las variables mediante la prueba de Shapiro-Wilk, la cual, a pesar de encontrar algunos datos con tendencia a la significancia, en general los resultados fueron normales. Los resultados de la prueba de Shapiro-Wilk fueron los siguientes: AF total semanal = $W = 0,966$; $p = 0,104$; AF en el trabajo; $W = 0,978$; $p = 0,441$; AF en el desplazamiento/transporte, $W = 0,949$; $p = 0,055$; AF en el tiempo libre, $W = 0,944$; $p = 0,050$; comportamiento sedentario, $W = 0,939$; $p = 0,051$; hábitos alimentarios I, $W = 0,965$; $p = 0,123$; hábitos alimentarios II = $W = 0,965$; $p = 0,116$; composición corporal, IMC: $W = 0,951$; $p = 0,073$; circunferencia de cintura: $W = 0,975$; $p = 0,327$; y %MG: $W = 0,982$; $p = 0,232$; y autoestima, $W = 0,946$; $p = 0,053$. Posteriormente, se calcularon las correlaciones mediante coeficientes de correlación de Pearson (r). Adicionalmente, para abordar posibles efectos de confusión por sexo y edad, se realizaron análisis complementarios de sensibilidad mediante correlaciones parciales ajustando por sexo, edad y ambas variables de forma conjunta. Se consideró un nivel de significancia de $p < 0,05$ para las pruebas. El procesamiento de los datos se llevó a cabo utilizando el programa Microsoft Excel versión 2013 para su tabulación, y el programa SPSS versión 27 para el análisis posterior de las correlaciones.

Resultados

La Tabla 1 muestra los datos descriptivos de la AF y composición corporal de los y las participantes. De acuerdo a los dominios, los y las participantes reportaron realizar un promedio de 96,1 minutos de AF en el trabajo, 112,8 minutos de AF en su tiempo libre, y 148,6 minutos de AF para desplazarse durante la semana. Además, reportaron 238,5 minutos de comportamiento sedentario al día.

De acuerdo a las variables antropométricas, se puede indicar que, en promedio, el IMC fue de 26,7 dentro de la categoría sobrepeso, el cual se considera un riesgo para la salud aumentado. Además, el promedio de circunferencia de cintura (87,8 cm) se encuentra en zona de alerta, especialmente para mujeres, el cual es el mayor número de participantes. Finalmente, de acuerdo a la sumatoria de los 4 pliegues cutáneos ($108,7 \pm 37,0$), el %MG promedio fue de 22,4, el cual representa ligero sobrepeso y sobrepeso, para mujeres y hombres, respectivamente.

Tabla 1. Descripción de la actividad física según dominio, comportamiento sedentario, y composición corporal de los y las participantes.

Comportamientos	Total
	Media $\pm$ desviación estándar
Actividad física total semanal*	357,5 $\pm$ 358,8
<i>Dominios de actividad física</i>	
Actividad física en el trabajo – semanal*	96,1 $\pm$ 255,7
Actividad física en el desplazamiento/transporte – semanal*	148,6 $\pm$ 114,0
Actividad física en el tiempo libre - semanal *	112,8 $\pm$ 200,3
Comportamiento sedentario – diario*	238,5 $\pm$ 130,8
Composición corporal	
Edad	40,8 $\pm$ 13,9
Peso (kilogramos)	70,7 $\pm$ 15,3
Talla (metros)	1,6 $\pm$ 0,1
IMC	26,7 $\pm$ 4,6
Circunferencia de cintura	87,8 $\pm$ 11,8
% Masa Grasa	22,4 $\pm$ 5,7

Notas: IMC= Índice de Masa Corporal; Σ = sumatoria; %= porcentaje; * = valor expresado en minutos.

La Tabla 2, presenta los datos de la Encuesta de hábitos alimentarios de los y las participantes. En el ámbito I de la encuesta se identifica que la mayoría de los trabajadores consumen desayuno y comida casera a diario, cenar ocasionalmente y si bien consumen los alimentos recomendados por las guías alimentarias, no lo hacen en la cantidad de porciones ideales recomendadas al día. Los alimentos menos consumidos son los lácteos descremados ($2,5 \pm 1,1$) y alimentos integrales ($2,5 \pm 1,2$).

En el ámbito II de la encuesta (grupos de alimentos identificados como promotores de enfermedades crónicas no transmisibles), se aprecia que la mayoría consume ocasionalmente estos alimentos, siendo las bebidas azucaradas ($2,0 \pm 1,1$) y las frituras los de mayor consumo ($2,3 \pm 0,9$).

La Tabla 3 muestra los datos descriptivos de la EAR de los y las participantes. La mayoría presentó una autoestima alta, donde en general todas las preguntas están cercanos al puntaje máximo de muy de acuerdo (4), con excepción en la pregunta “desearía valorarme más a mí mismo/a” con un puntaje promedio de 2,6. En total, los y las participantes presentaron un puntaje de 34,8 identificando un puntaje general total promedio de la escala, cercano a una alta autoestima (referencia máx. 40 puntos).

**Tabla 2.** Hábitos alimentarios de los y las participantes.

Hábitos Alimentarios	Total
	Media $\pm$ desviación estándar
Encuesta Alimentaria I	
Desayuno	4,5 $\pm$ 0,9
Lácteos descremados	2,5 $\pm$ 1,1
Frutas	2,9 $\pm$ 1,0
Verduras	3,6 $\pm$ 1,0
Pescado	2,7 $\pm$ 1,1
Leguminosas	2,9 $\pm$ 0,7
Alimentos Integrales	2,5 $\pm$ 1,2
Comida Casera	4,5 $\pm$ 0,9
Cena	2,2 $\pm$ 1,2
<i>Total Encuesta Alimentaria I*</i>	28,3 $\pm$ 4,4
Encuesta Alimentaria II**	
Bebidas azucaradas	2,0 $\pm$ 1,1
Alcohol	1,7 $\pm$ 0,9
Frituras	2,3 $\pm$ 0,9
Sal	1,7 $\pm$ 0,7
Comida rápida	1,7 $\pm$ 0,5
Snacks dulces	1,8 $\pm$ 0,8
<i>Total Encuesta Alimentaria II**</i>	11,2 $\pm$ 2,7

Notas: *= Total de las nueve preguntas de la escala de 9 a 45 puntos con connotación positiva para la salud, donde las referencias para cada ítem fueron las siguientes: Desayuno = todos los días (5 puntos máx.); lácteos descremados = 3 porciones al día (5 puntos máx.); frutas = 3 porciones al día (5 puntos máx.); verduras = 2 porciones al día (5 puntos máx.); pescado = 3 porciones por semana (5 puntos máx.); legumbres = 3 o más porciones por semana (5 puntos máx.); alimentos integrales = 3 porciones al día (5 puntos máx.); comida casera = 3 o más porciones por semana (5 puntos máx.); cena = todos los días (5 puntos máx.); **= Total de las seis preguntas de 6 a 28 puntos con connotación negativa para la salud; donde las referencias para cada ítem fueron las siguientes: bebidas azucaradas = 3 porciones al día (5 puntos máx.); alcohol = 3 porciones al día (5 puntos máx.); frituras = 3 porciones a la semana (5 puntos máx.); sal = siempre le agrega sal a las comidas antes de probarlas (3 puntos máx.); comida rápida = 3 porciones al día (5 puntos máx.); snack dulces = 3 porciones al día (5 puntos máx.).

Tabla 3. Descripción de la Escala de Autoestima de Rosenberg según ítems.

Preguntas Escala de Autoestima de Rosenberg	Total
	Media $\pm$ desviación estándar
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás	3,8 $\pm$ 0,4
Creo que tengo un buen número de cualidades	3,6 $\pm$ 0,5
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a	3,7 $\pm$ 0,6
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	3,6 $\pm$ 0,5
Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí	3,4 $\pm$ 0,9
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	3,5 $\pm$ 0,6
En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a	3,4 $\pm$ 0,6
Desearía valorarme más a mí mismo/a	2,6 $\pm$ 1,0
A veces me siento verdaderamente inútil	3,5 $\pm$ 0,8
A veces pienso que no soy bueno/a para nada	3,7 $\pm$ 0,7
<i>Total Escala de Autoestima de Rosenberg*</i>	34,8 $\pm$ 4,0

Notas: * = Total de diez preguntas de una escala de 10 a 40 puntos, donde el puntaje máximo para cada pregunta es 4 puntos.

Finalmente, la Tabla 4 muestra las correlaciones entre la AF, la composición corporal, los hábitos alimentarios y la autoestima de los y las participantes. Los resultados del análisis mostraron dos correlaciones positivas y significativas entre la AF total y la AF en tiempo libre con los hábitos alimentarios I, donde a mayor AF total ($r=0,31$; $p=0,024$) y AF en tiempo libre ($r=0,41$; $p=0,002$), mayor es la frecuencia de hábitos alimentarios saludables. Por el contrario, la AF total y la AF

transporte/desplazamiento mostraron una correlación negativa significativa con el comportamiento sedentario ($r=-0,34$; $p=0,005$ y $r=-0,48$; $p<0,001$), asimismo entre la AF en el tiempo libre con el IMC ($r=-0,29$; $p=0,038$), y la CC ($r=-0,37$; $p=0,006$). En cuanto a la composición corporal, el IMC mostró una correlación positiva y significativa con la CC ($r=0,92$) y el %MG ($r=0,76$), así como también entre la CC y el %MG ($r=0,72$) (todos $p<0,001$). De manera consistente, una mayor CC ($r=-0,30$; $p=0,031$) y un mayor %MG ($r=-0,28$; $p=0,039$) se asociaron con una menor frecuencia de hábitos alimentarios saludables. Además, no se encontraron correlaciones significativas con la variable autoestima. Finalmente, de acuerdo con los análisis complementarios de sensibilidad declarados, la significancia de los hallazgos principales se mantuvo (ver tabla I, Material Suplementario), lo que sugiere que las asociaciones no están mediadas por las variables demográficas consideradas (sexo y edad).

Tabla 4. Correlaciones entre la actividad física total, comportamiento sedentario, composición corporal, hábitos alimentarios y autoestima de los y las participantes.

	AF total	AF-T	AF-D	AF-TL	CS	IMC	CC	%MG	HA1	HA2	Autoestima
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
AF total	1										
CS	-0,34	-0,26	-0,48	-0,08	1						
IMC	0,93	0,32	0,82	-0,29	-0,17	1					
CC	0,06	0,35	0,83	-0,37	-0,20	0,92	1				
%MG	-0,15	0,03	-0,12	-0,25	-0,38	0,76	0,72	1			
HA1	0,31	0,14	0,07	0,41	0,05	0,22	-0,30	-0,28	1		
HA2	0,11	0,11	-0,08	0,12	0,16	-0,30	-0,05	-0,75	-0,16	1	
Autoestima	0,19	0,68	0,12	0,19	0,04	-0,03	-0,06	-0,04	0,77	0,18	1

Notas: Las correlaciones entre el puntaje total de AF y sus dominios (trabajo, desplazamiento, tiempo libre) no se incluyeron en la tabla para evitar correlaciones espurias. AF=actividad física; T=trabajo; D=desplazamiento/transporte; TL= tiempo libre; CS=comportamiento sedentario; IMC= Índice de Masa Corporal; CC=circunferencia de cintura; %MG= porcentaje masa grasa; HA=hábitos alimentarios; HA1= connotación positiva para la salud; HA2; connotación negativa para la salud; r= correlación de Pearson; negrita= nivel de significancia de $p < 0,05$.

Discusión

El propósito de este estudio fue examinar las correlaciones entre la AF, la composición corporal, los hábitos alimentarios y la autoestima en trabajadores del Colegio Cardenal Raúl Silva Henríquez de Viña del Mar, con el fin de identificar patrones que puedan orientar futuras intervenciones en salud y bienestar laboral. Los hallazgos más importantes revelaron una significativa interrelación entre estas variables estudiadas. Se encontró que los hábitos alimentarios saludables se correlacionan positivamente con la AF total y la AF en tiempo libre, y que ambos, tanto los hábitos alimentarios como la AF en tiempo libre, se asocian de manera inversa con la composición corporal. También, se observó una correlación negativa significativa entre el comportamiento sedentario y la AF durante el desplazamiento. Finalmente, no se encontraron correlaciones significativas entre ninguna de las variables estudiadas y la autoestima, lo que constituye un hallazgo clave.

De acuerdo con estos hallazgos, el perfil de salud de la población trabajadora estudiada presenta un importante riesgo fisiológico. En vista de las correlaciones y de cómo la muestra se categoriza (por ej., con sobrepeso y una circunferencia de cintura en zona de alerta), se sugiere un factor de riesgo de mortalidad en esta población, tal como se ha planteado en la literatura^{18,19}. Esta prevalencia, es similar a la de los adultos Chilenos según la *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO), junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)²¹, y más específicamente de la población estudiada (población trabajadora educativa), por la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁶. De hecho, de manera más local, los hallazgos superan a lo encontrado en trabajadores de la Región Metropolitana²². Tal

como se ha planteado, el sobrepeso y la obesidad no solo pueden disminuir la esperanza de vida y generar altos costos sociales y económicos²³, sino que también, representan un factor de riesgo significativo para el desarrollo temprano de enfermedades crónicas no transmisibles, como se indicó en un estudio realizado con trabajadores de empresas públicas y privadas de Chile²². Esto puede deberse a que a mayor valor en los indicadores de la composición corporal existió una menor frecuencia de hábitos alimentarios saludables de los trabajadores. Se ha indicado que la composición corporal alterada se debe, principalmente, a la calidad de su alimentación, tal como se comprobó en estudios de población adulta que no cumplieron con lo propuesto por las Guías Alimentarias Chilenas del MINSAL²⁴, al igual que lo encontrado en estudiantes universitarios²⁵. Específicamente, los trabajadores evaluados no están ajenos a la realidad chilena descrita por Atalah²³, donde la población consume más calorías de las que necesitan para sus actividades diarias, alterando su composición corporal. Esto se refleja en el alto consumo de alimentos industrializados y en patrones inadecuados como el de la cena, lo que es similar a lo encontrado en adultos trabajadores, aunque sea en otro contexto laboral²⁶.

Sumado a ello, y a pesar de que es importante mencionar que, en general la población trabajadora reportó una AF total semanal considerable, cumpliendo con los criterios establecidos por la OMS, esta práctica permite reconocer un efecto protector en la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles y en la mejora de la salud cognitiva y mental². No obstante, es importante considerar que los datos sobre el comportamiento sedentario diario obtenido, sobrepasa la tendencia en comparación con otros trabajadores adultos Chilenos estudiados²⁷. Por lo tanto, a pesar de que la práctica de AF permite reconocer un efecto positivo en la población trabajadora estudiada, la cantidad de tiempo destinado a conductas sedentarias puede contemplar un riesgo importante para la salud², considerando además, el perfil de riesgo de salud aumentado de acuerdo a los datos de composición corporal, riesgos corroborados por los hallazgos de correlación de nuestro estudio, siendo un factor que no debe ser descuidado en esta población específica. Tales hallazgos, no solo constituyen un problema de salud individual, sino que también reflejan un importante desafío institucional para el bienestar laboral, donde el ambiente laboral debe potenciar la consolidación de hábitos saludables y comportamientos activos, junto con otros factores psicosociales y ambientales, que potencian la consolidación de hábitos de vida saludable y comportamientos activos¹.

Seguido de esto, una posible explicación para los hallazgos de no encontrar correlaciones significativas de la autoestima con ninguna de las variables implicadas en esta investigación; es que la autoestima podría estar influenciada por factores de origen sociocultural y/o laboral específicos no incluidos en este estudio, como, por ejemplo, el clima escolar, la valoración social asociada a su rol o el apoyo institucional. En este caso, el nivel de autoestima no parece estar condicionado por los hábitos de vida estudiados, sino que más bien se presenta como un factor protector inherente al grupo estudiado, sin considerar, por ejemplo, que su composición corporal o los niveles de AF sean determinantes en su autoimagen como lo es la autoestima. De hecho, estudios en adultos que utilizaron la misma Escala de Autoestima de Rosenberg, presentan resultados similares en otras regiones de Chile¹⁰, en México²⁸ y sobre el promedio general observado en 53 naciones²⁹. Por lo mismo, en relación a profesionales de la Educación, es importante destacar que, la autoestima se ha relacionado directamente con el desempeño de los docentes³⁰. Por lo mismo, en este caso, independiente del tiempo invertido en AF por los trabajadores o su composición corporal, que podría tener efectos importantes a nivel individual en otras profesiones o poblaciones, la gran mayoría de los evaluados presentó una alta autoestima, que, según lo planteado por Beauregard³¹, tendrían la conciencia donde se reconocen como personas valiosas, sin que otros factores interfieran en su desempeño profesional y personal. Estos hallazgos se asemejan a lo encontrado en estudios con adultos jóvenes donde no se halló asociación entre el IMC y la autoestima, lo que sugiere que los participantes tienen la capacidad de autoaceptación para verse como son, sin que su composición

corporal influya en su autoimagen³². No obstante, es importante señalar que, a nivel educativo, sería importante tener medidas que monitoreen la salud de manera integral de los trabajadores. En este contexto, a pesar de poseer una autoestima alta es positivo, los hallazgos en las otras variables estudiadas en este estudio sugieren que el entorno laboral escolar constituye un escenario ideal para la promoción de la salud, ya que las intervenciones pueden tener un efecto multiplicador en la comunidad educativa. Esto, especialmente tras la pandemia mundial de COVID-19, la cual afectó a las personas no solo a nivel físico, sino también psicológico.

Para abordar este desafío de salud laboral, en el diseño de futuras intervenciones, es importante considerar proyectos que potencien, específicamente, hábitos y comportamientos activos para el autocuidado y la salud de los trabajadores. Los centros educativos deben ser una pieza clave en estas propuestas, especialmente dado el importante rol que cumplen los profesionales de la educación como modeladores de futuras generaciones. Por ejemplo, resultados obtenidos con trabajadores de empresas públicas y privadas de regiones de Chile refuerzan la importancia del monitoreo de la salud de forma rutinaria²². Tal como lo plantea el MINEDUC, en base a las actualizaciones curriculares, en su indicador de calidad educativa de hábitos de vida saludable que considera tres dimensiones: hábitos alimenticios, hábitos de vida activa y hábitos de autocuidado⁸. Estos incentivos tienen que ser lo suficientemente capaces de derribar los obstáculos que limitan la práctica de AF de las personas, como lo es principalmente la falta de tiempo señalada por el MINDEP³³. Por ejemplo, en el contexto educativo estudiado, y considerando que los trabajadores invierten una mayor cantidad de minutos a la semana en el dominio de AF transporte/desplazamiento, esta podría ser una iniciativa para aumentar el gasto energético de los trabajadores y ver mejoras en su salud, o incentivar otras conductas (por ejemplo, alimentarias) de mejora.

A nivel macro curricular sería interesante que se integrasen medidas y propuestas reales relacionadas con los programas educativos de los diferentes niveles educativos, no sólo en la clase de educación física, sino también incorporando los hábitos saludables como un objetivo transversal del currículo nacional. En consecuencia, proponer acciones como la promoción del desplazamiento activo y de hábitos de alimentación saludable incorporando un plan de alimentación conjunta para la comunidad educativa considerando a los diferentes actores de las comunidades educativas es necesario. Lo anterior, podría ser considerado como una certificación saludable para cada establecimiento, similar a la que se obtiene con el Sistema Nacional de Certificación Ambiental de Establecimientos Educacionales (SNCAE) que opte a dicha implementación, basando esto en la mayor influencia que tiene el profesorado en las actuaciones del alumnado³⁴. A pesar de que los hábitos y comportamientos son difíciles de modificar, ya que requieren de un esfuerzo conjunto, es decir, a nivel individual, social, laboral y de políticas públicas, las instituciones escolares pueden funcionar como articuladores claves de una red más amplia, utilizando charlas, reuniones e intervenciones prácticas para formar a sus trabajadores. Esto permitirá que el mensaje se transmita progresivamente a los estudiantes, sus familias y el entorno, fomentando así, de manera transversal, los hábitos de vida saludable en toda la comunidad educativa.

Fortalezas y limitaciones.

Este estudio presenta nueva información sobre una población laboral específica (trabajadores de la educación) y un contexto geográfico particular (Viña del Mar, Chile), lo que permite obtener información contextualizada y relevante para futuras intervenciones laborales y de salud pública en el ámbito escolar dentro de esos contextos, como así contemplar una nueva referencia, si se estima en realizar estudios en nuevas regiones de Chile. Además, su diseño ha sido metodológicamente adecuado para lograr primariamente el objetivo planteado. Sin embargo, es importante mencionar algunas limitaciones. La muestra presentada es limitada, lo que restringe la capacidad de generalizar los hallazgos. Existen sesgos asociados a la metodología del autoreporte. Finalmente, existió una ausencia de factores psicosociales y/o

laborales considerados que podrían establecer correlaciones más robustas. Estas, y otras limitaciones, pueden estar asociadas a que el presente estudio fue ejecutado como parte de una Tesis de Magíster, por lo que el tiempo de implementación, así como los limitados recursos económicos y humanos para su ejecución pudieron obstaculizar algunas mejoras.

Conclusiones

Este estudio identificó una significativa interrelación entre hábitos saludables y comportamientos activos y la composición corporal en los trabajadores de la educación. Se encontró que la práctica de AF en el tiempo libre y los hábitos alimentarios positivos se asocian de manera inversa con los indicadores de adiposidad. Estos hallazgos, subrayan la urgencia de intervenir en este entorno laboral. Por otro lado, la ausencia de correlaciones con la autoestima sugiere la presencia de un factor protector inherente al grupo, aunque no exento de riesgo fisiológico. Sería importante investigar sobre la autoestima académica de los trabajadores de la educación, aplicando más instrumentos orientados especialmente al sentido de autoeficacia en su labor docente desde una perspectiva ocupacional, además de relacionar ésta con el bienestar y la calidad de vida. El estudio provee nueva evidencia para que futuras intervenciones laborales se enfoquen en estrategias integrales específicas, aprovechando el entorno educativo para mitigar el riesgo de enfermedades crónicas y fomentar el bienestar de la comunidad laboral. Sin embargo, se resalta la necesidad de futuras investigaciones con muestras más amplias, así como extender este análisis a múltiples instituciones educativas, representando comunas o regiones, para obtener información más robusta y futuramente diseñar intervenciones efectivas, considerando la importancia de la labor que desempeñan los trabajadores de la Educación, desde un abordaje biopsicosocial.

Referencias

1. Paredes Prada ET, Pérez Casanova MF, Rodrigues JAL. Actividad física en adultos: recomendaciones, determinantes y medición. *Rev Habanera Cienc Médicas*. 2020;19(4). Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2906>
2. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020;54(24):1451-1462. doi:10.1136/bjsports-2020-102955
3. Strain T, Flaxman S, Guthold R, et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. *Lancet Glob Health*. 2024;12(8):e1232-e1243. doi:10.1016/S2214-109X(24)00150-5
4. Rodríguez F, Palma, X; Romo, A; et al. Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutr Hosp*. 2013;(2):447-455. doi:10.3305/nh.2013.28.2.6230
5. Ministerio de Salud, Chile, Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017; 2018. Accessed March 05, 2025. https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS-ilovepdf-compressed.pdf
6. Organización Internacional Del Trabajo. Un enfoque integral para mejorar la alimentación y nutrición en el trabajo: estudio en empresas chilenas y recomendaciones adaptadas. OIT; 2012. ISBN: 978-92-2-326949-4. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/un-enfoque-integral-para-mejorar-la-alimentacion-y-nutricion-en-el-trabajo>

7. Martínez S MA, Leiva O AM, Celis-Morales C. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de la Universidad Austral de Chile. *Rev Chil Nutr.* 2016;43(1):32-38. doi:10.4067/S0717-75182016000100005
8. Ministerio de Educación, Chile. Otros Indicadores de Calidad Educativa.; 2014. Accessed December 15, 2024. <http://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/10447>
9. Valero-Ancco VN, Huaman-Huaman L, Garavito-Checalla EC. Autoestima e identidad profesional de las profesoras de educación inicial. *Investig Valdizana.* 2021;15(1):24-30. doi:10.33554/riv.15.1.808
10. Rojas-Barahona CA, Zegers P B, Förster M CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Médica Chile.* 2009;137(6):791-800. doi:10.4067/S0034-98872009000600009
11. Mesa-Fernández M, Pérez-Padilla J, Nunes C, Menéndez S. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019;24:115-124. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>
12. Muñoz-Albarracín M, Mayorga-Muñoz C, Jiménez-Figueroa A, Muñoz-Albarracín M, Mayorga-Muñoz C, Jiménez-Figueroa A. Salud mental, autoestima y satisfacción vital en universitarios del sur de Chile. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2023;21(2):72-98. doi:10.11600/rllcsnj.21.2.5428
13. Gallegos LIF, Chávez JFA, León ACP de, Hernández GSIR, Mata KJM. Intersecciones entre la salud mental y la actividad física: revisión de beneficios y mecanismos neurofisiológicos. *Rev Científica Salud Desarro Hum.* 2024;5(2):304-325. doi:10.61368/r.s.d.h.v5i2.137
14. The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM, Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos. *WMA*, 2025. Accessed February 19, 2025. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
15. Organización Mundial de la Salud. Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ). Accessed December 13, 2024. <https://www.who.int/es/publications/m/item/global-physical-activity-questionnaire>
16. Keating XD, Zhou K, Liu X, et al. Reliability and Concurrent Validity of Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(21):4128. doi:10.3390/ijerph16214128
17. Neto CSP, Glaner MF. “Ecuación de Faulkner” para predizer a gordura corporal: o fim de um mito. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2007;9(2):207-213. Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/4065>
18. Manuel Moreno G. Definición y clasificación de la obesidad. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2012;23(2):124-128. doi:10.1016/S0716-8640(12)70288-2
19. Cardozo LA, Cuervo Guzman YA, Murcia Torres JA. Porcentaje de grasa corporal y prevalencia de sobrepeso - obesidad en estudiantes universitarios de rendimiento deportivo de Bogotá, Colombia. *Nutr Clínica Dietética Hosp.* 2016;36(3):68-75. doi:10.12873/363cardozo
20. Durán A S, Valdés B P, Godoy C A, Herrera V T. Hábitos alimentarios y condición física en estudiantes de pedagogía en educación física. *Rev Chil Nutr.* 2014;41(3):251-259. doi:10.4067/S0717-75182014000300004
21. Organización Panamericana de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. *PAHO*; 2017. doi:10.37774/9789275319727

22. Ratner R, Sabal J, Hernández P, Romero D, Atalah E. Estilos de vida y estado nutricional de trabajadores en empresas públicas y privadas de dos regiones de Chile. *Rev Médica Chile*. 2008;136(11):1406-1414. doi:10.4067/S0034-98872008001100006
23. Eduardo Atalah S. Epidemiología de la obesidad en Chile. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2012;23(2):117-123. doi:10.1016/S0716-8640(12)70287-0
24. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Estudio INTA: Revisión y Actualización Guías Alimentarias Población Chilena 2013. *INTA*, 2013. Accessed June 23, 2025. <https://dinta.cl/estudio-inta-revision-y-actualizacion-guias-alimentarias-poblacion-chilena-2013/>
25. Ratner G R, Hernández J P, Martel A J, Atalah S E. Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. *Rev Médica Chile*. 2012;140(12):1571-1579. doi:10.4067/S0034-98872012001200008
26. Salinas J, Lera L, González CG, Villalobos E, Vio F. Estilos de vida, alimentación y estado nutricional en trabajadores de la construcción de la Región Metropolitana de Chile. *Rev Médica Chile*. 2014;142(7):833-840. doi:10.4067/S0034-98872014000700003
27. Leppe Zamora J, Leppe Zamora M, Roa-Alcaino S, Sarmiento OL. Sedentary Behavior, Physical Activity, and Health of Workers in Chile According to the National Health Survey-2017. *Epidemiologia*. 2025;6(1):15. doi:10.3390/epidemiologia6010015
28. de León Ricardi CA, García Méndez M. Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. *Cienc Psicológicas*. 2016;10(2):119-127. doi:10.22235/cp.v10i2.1245
29. Schmitt DP, Allik J. Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *J Pers Soc Psychol*. 2005;89(4):623-642. doi:10.1037/0022-3514.89.4.623
30. Miranda J C, Wilhelm O K, Martin G, Arancibia M, Osses S. Autoestima profesional en docentes beneficiarios del Programa de Postítulo de matemáticas en el contexto de la evaluación docente. *Estud Pedagógicos Valdivia*. 2013;39(1):129-142. doi:10.4067/S0718-07052013000100008
31. Beauregard LA, Bouffard R, Duclos G. Autoestima: Para quererse más y relacionarse mejor. Narcea Ediciones; 2005.
32. García-López SZ, Gutiérrez-Romero A, García-López SZ, Gutiérrez-Romero A. Índice de masa corporal asociado a imagen corporal y autoestima en adultos jóvenes, UMF 62. *Rev Mex Med Fam*. 2023;10(1):11-16. doi:10.24875/rmf.22000046
33. Ministerio del Deporte, Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte 2018 en Población de 18 años y Más. Accessed December 15, 2024. <https://biblioteca.digital.gob.cl/items/2626670e-c208-4bec-8cc2-6fd06213b693>
34. Villa González E, Pérez IJ, Ruíz Ruíz J, Delgado Fernández M, Chillón Garzón P. El desplazamiento activo al colegio. *Tándem Didáctica Educ Física*. 2014;(46):24-32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4829842>

Afiliaciones

¹ Magister en Educación en Salud y Bienestar Humano, Escuela de Educación Física, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Chile.

² Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.

³ iGEO Group, School of Physical Education, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

Declaración de Autoría

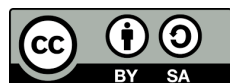
A.R-B.: estuvo a cargo de todo el procedimiento del estudio, acceso a todos los datos, y tomó responsabilidad para diseñar y escribir el manuscrito; X.A-A.: contribuyó a la interpretación de los datos y realizó revisiones críticas del manuscrito; y X.P-L.: contribuyó en el diseño de la metodología y análisis de los datos, y realizó revisiones críticas del manuscrito. Todas las autoras contribuyeron al escrito final del manuscrito, lo leyeron y están de acuerdo con la última versión a publicar.

Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Uso de IA generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción

Las autoras declaran que no se utilizó IA generativa y tecnologías asistidas por IA en el proceso de redacción.



Copyright (c) 2026 Journal of Movement and Health. Este documento se publica con la política de Acceso Abierto. Distribuido bajo los términos y condiciones de Creative Commons 4.0 Internacional <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>.

Material Suplementario

Tabla I. análisis complementario de sensibilidad de correlaciones parciales entre la actividad física, comportamiento sedentario, composición corporal, hábitos alimentarios y autoestima de los y las participantes, ajustado por sexo, edad y ambas variables de forma conjunta.

a. Correlaciones parciales ajustado por sexo											
	AF total	AF-T	AF-D	AF-TL	CS	IMC	CC	%MG	HA1	HA2	Autoestima
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
AF total	1										
CS	-0,33	-0,19	-0,48	-0,07	1						
IMC	0,23	0,25	0,07	-0,30	-0,10	1					
CC	-0,06	0,24	0,06	-0,42	-0,11	0,91	1				
%MG	-0,14	0,05	-0,11	-0,24	-0,04	0,79	0,80	1			
HA1	0,37	0,21	0,06	0,42	0,08	0,19	-0,25	-0,29	1		
HA2	0,94	0,07	-0,08	0,12	0,19	-0,06	-0,10	-0,07	-0,14	1	
Autoestima	0,17	0,03	0,11	0,19	0,07	0,07	-0,11	-0,03	0,90	0,16	1
b. Correlaciones parciales ajustado por edad											
	AF total	AF-T	AF-D	AF-TL	CS	IMC	CC	%MG	HA1	HA2	Autoestima
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
AF total	1										
CS	-0,41	-0,27	-0,46	-0,12	1						
IMC	0,81	0,33	0,60	-0,24	-0,14	1					
CC	0,11	0,37	0,53	-0,32	-0,18	0,91	1				
%MG	-0,15	0,03	-0,12	-0,26	-0,31	0,76	0,73	1			
HA1	0,27	0,13	0,02	0,35	0,18	0,19	-0,27	-0,29	1		
HA2	0,07	0,09	-0,40	0,02	0,12	-0,16	-0,05	-0,75	-0,24	1	
Autoestima	0,14	0,59	0,17	0,09	0,03	0,27	-0,06	-0,39	0,76	0,10	1
c. Correlaciones parciales ajustado por sexo y edad											
	AF total	AF-T	AF-D	AF-TL	CS	IMC	CC	%MG	HA1	HA2	Autoestima
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
AF total	1										
CS	-0,37	-0,20	-0,47	-0,12	1						
IMC	0,05	0,27	0,50	-0,26	-0,08	1					
CC	0,01	0,26	0,54	-0,37	-0,08	0,92	1				
%MG	-0,14	0,05	-0,12	-0,26	-0,46	0,80	0,83	1			
HA1	0,34	0,21	0,02	0,37	0,02	0,15	-0,20	-0,30	1		
HA2	0,04	0,06	-0,46	0,02	0,16	-0,14	-0,04	-0,70	-0,23	1	
Autoestima	0,11	0,15	0,17	0,08	0,03	0,05	-0,05	-0,34	0,10	0,09	1

Notas: Las correlaciones entre el puntaje total de AF y sus dominios (trabajo, desplazamiento, tiempo libre) no se incluyeron en la tabla para evitar correlaciones espurias. AF=actividad física; T=trabajo; D=desplazamiento/transporte; TL= tiempo libre; CS=comportamiento sedentario; IMC= Índice de Masa Corporal; CC=circunferencia de cintura; %MG= porcentaje masa grasa; HA=hábitos alimentarios; HA1= connotación positiva para la salud; HA2; connotación negativa para la salud; r= correlación de Pearson; negrita= nivel de significancia de $p < 0,05$.