

Inactividad física en el tiempo libre y auto percepción del estado de salud de colombianos entre los 18 y 64 años

Dario Mendoza Romero¹, Adriana Urbina²

¹Universidad Santo Tomás de Aquino, Bogotá, Colombia. ² Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, GI en Salud Pública, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

Recibido: 07.12.2016

Aceptado: 01.02.2017

Resumen

Objetivo: Explorar la relación entre la inactividad física en el tiempo libre y la auto percepción del estado de salud en la población colombiana entre 18 y 64 años de edad reportados en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) y Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) año 2010.

Metodología: El diseño del estudio es analítico de corte transversal y pretende con los datos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, explorar la asociación entre inactividad física en el tiempo libre y auto percepción del estado de salud de los colombianos entre 18 y 64 años.

Resultados: Para el 2010, en mujeres, la inactividad física explica una regular y mala auto percepción de la salud (OR=1,37; IC95% 1,10–1,70) después de haber ajustado por factores de confusión. Variables como edad, nivel escolar, afiliación al sistema de salud, estado civil, vivir en determinadas regiones como la oriental y Bogotá en mujeres también influyen en la auto percepción de la salud. En el grupo de los hombres no se observó que la inactividad física esté asociada con auto percepción regular o mala del estado de salud (OR=1,04; IC95% 0,85 – 1,29), pero sí la edad y la baja escolaridad.

Conclusión: Niveles bajos de actividad física en el tiempo libre se asocian con regulares y pobres auto percepciones de salud en mujeres, mientras que en hombres no se observó esta relación, lo que hace necesario tener en cuenta otro tipo de variables que pueden modificar esta percepción.

Palabras clave:

Actividad física. Estado de salud. Salud subjetiva.

Leisure time physical inactivity and self-perception of health status in colombian adults from 18 to 64 years old

Summary

Objective: To explore the relationship between leisure time physical inactivity (PI) and self-perceived health status in the Colombian population between 18 and 64 years of age reported in the National Nutrition Situation Survey (ENSIN) and National Demography and Health Survey (ENDS) 2010.

Methods: Cross-sectional analytical study to explore the association between physical inactivity and self-perception of the health status of Colombians between 18 and 64 from the National Survey of Nutrition Situation in Colombia (ENSIN) and the National Demographic and Health Survey (ENDS) 2010.

Results: PI explains a regular and poor self-perception of health (OR= 1.37; IC95% 1.10-1.70) in women after adjusting for confounding factors. Other associated variables included: age, educational level, affiliation to the health system, marital status, living in eastern region and Bogota. PI was not associated with self-perception of health status in men (OR=1.04; IC95% 0.85 – 1.29), but age and low educational level did show association.

Conclusion: Low levels of leisure time physical activity were associated with regular and poor self-perceived health status in women, whereas in men this relationship was not observed.

Key words:

Physical activity.
Health status.
Subjective health.

Correspondencia: Dario Mendoza Romero
E-mail: dariomendoza@usantotomas.edu.co

Introducción

La inactividad física se relaciona con 21-25% de los casos de cáncer de colon y de mama, 27% de los casos de diabetes y casi 30% de las enfermedades isquémicas cardíacas¹. La inactividad física es pues un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que representan 35 millones de muertes cada año, lo que equivale a 60% de todas las muertes en el mundo con un 80% de ellas ocurriendo en los países de bajos y medianos ingresos².

En Colombia, 22,4% de los hombres y 27,3% de las mujeres auto perciben su salud como regular y mala³ y 80% de los adultos entre 18 y 64 años presentan inactividad física en el tiempo libre⁴, lo que podría suponer aumento de los riesgos en materia de salud para las personas en este país. La inactividad física en el tiempo libre contribuye al desarrollo de otros factores de riesgo, tales como el sobrepeso y la obesidad, que afectan a 17,5% de los jóvenes colombianos entre 5 a 17 años (13,4% tiene sobrepeso y 4,1% obesidad)⁴. El desconocimiento de los factores asociados a la inactividad física en la población colombiana contribuye a la creciente amenaza de desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales se caracterizan por largos periodos de latencia. Establecer con claridad los factores que conllevan a la inactividad física en el dominio de tiempo libre contribuirá no solo al mejoramiento del estilo de vida de la población sino a la prevención de conductas psicosociales de riesgo, al mantenimiento de una buena salud mental y al mejoramiento de la condición física general⁵.

Por otra parte, la auto percepción de la salud ha mostrado ser predictor de mortalidad y morbilidad en estudios poblacionales⁶. Tener una auto percepción de salud regular y mala se ha asociado a nivel socioeconómico bajo, baja escolaridad, ser mayor de 60 años y ser mujer, entre otros⁷. No se tiene una explicación unánime para este poder predictivo de la auto percepción de la salud, pero algunos autores discuten que los individuos son capaces de detectar tempranamente signos y síntomas relacionados con enfermedad, incluso antes que el personal médico⁸. Conocer los factores asociados a pobre auto percepción del estado de salud podría permitir intervenciones más tempranas en promoción primaria, antes que las enfermedades crónicas por sí mismas y sus complicaciones estén ya establecidas⁹. Por otra parte, estimar la asociación entre pobre auto percepción de la salud e inactividad física permite evidenciar más tempranamente las consecuencias negativas de un estilo de vida sedentario.

El objetivo de este trabajo fue explorar la asociación entre inactividad física en el tiempo libre y auto percepción del estado de salud en la población colombiana entre 18 y 64 años de edad, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN)⁴ y Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2010³.

Material y método

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio analítico de corte transversal empleando datos recogidos de las encuestas ENSIN y ENDS, 2010. Se fusionaron ambas encuestas, teniendo en cuenta que la ENSIN fue una sub muestra de la ENDS y se llevaron a cabo en el mismo periodo de tiempo. La ENSIN

2010 se aplicó en 50.670 hogares, 4.987 segmentos de 258 municipios de los 32 departamentos y Bogotá⁴.

Muestra

La muestra utilizada por la ENSIN 2010 es probabilística y representativa de la población colombiana que requirió un proceso complejo para su conformación en el que se emplearon muestreos por conglomerados, estratificados y polietápicos⁴. Los segmentos se seleccionaron en forma sistemática con un intervalo constante del listado de segmentos por departamento y municipio de la ENDS para garantizar cobertura de las 258 Unidades Primarias de Muestreo del 2010 en zonas urbanas y rurales de todo el territorio colombiano exceptuando la parte rural de la Amazonia y Orinoquia que representan menos del 1% de la población y están dispersos en 500.000 km² (4).

Selección de variables

Se seleccionaron los sujetos entre 18 y 64 años de edad encuestados por la ENSIN 2010, a quienes se les aplicó el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ)¹⁰ y se les preguntó sobre su auto percepción del estado de salud (en la ENDS)³. Se incluyeron también otras variables que pueden relacionarse con éstas. Los archivos con la información correspondiente de las dos encuestas, fueron proporcionados por la Gerencia de Evaluación de la Asociación Pro-bienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) para el caso de la ENDS³, y por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para la ENSIN⁴. Una vez firmadas las actas de compromiso de confidencialidad, estas entidades suministraron las claves necesarias para acceder, en un máximo de dos ocasiones, a la descarga de las bases de datos de las encuestas. Un archivo final quedó constituido por 6.241 hombres (43,15%) y 8.224 mujeres (56,85%).

Las variables de actividad física, fueron tratadas de acuerdo a los lineamientos establecidos en la guía de análisis del IPAQ¹¹ y se tuvo en cuenta la dimensión de tiempo libre, de acuerdo con las recomendaciones para el contexto latinoamericano¹.

Análisis estadístico

Se aplicó un modelo de regresión logística recodificando la variable dependiente de auto percepción de la salud en excelente, muy bueno y bueno como 1 y regular-malo como 0, en mujeres y hombres. Se ajustó el modelo por grupos de edad, actividad física, escolaridad, afiliación al sistema de seguridad social en salud, índice de masa corporal, riesgo de obesidad, medios de transporte, estrato socioeconómico y estado civil. Una estimación por intervalos de confianza al 95% fue tenida en cuenta para determinar significancia entre las variables. Los modelos fueron realizados en el software IBM SPSS versión 20.

Resultados

La frecuencia de reporte de autopercepción de un estado de salud bueno fue similar en hombres y mujeres (53,6% y 52,7%, respectivamente). Sin embargo, al sumar las percepciones positivas (estado de salud

bueno, muy bueno y excelente) el porcentaje obtenido por hombres es 77,1% y el de las mujeres de 68,6% ($p < 0,0001$).

En materia de actividad física, tanto hombres como mujeres en su gran mayoría, no realizan lo mínimo para mantener un estilo de vida saludable, 150 minutos a la semana de actividad preferiblemente aerobia¹², siendo más inactivas las mujeres 93,7% frente a 87,8% de los hombres. En materia de escolaridad, las diferencias empiezan a ser evidentes a partir de la secundaria, siendo más favorecido en esto, el grupo de los hombres.

En la clasificación del índice de masa corporal (IMC), los hombres proporcionalmente cuentan con mayor sobrepeso, 36,8% frente a 35,1% de las mujeres, pero en la obesidad la situación se invierte, siendo la mayor proporción encontrada en mujeres, con 21,4% frente a 14,5% en hombres. En obesidad abdominal la situación es similar al IMC, en los primeros niveles (obesidad abdominal y riesgo alto de enfermedad coronaria) la prevalencia en hombres es mayor, pero en el mayor nivel (riesgo muy alto de enfermedad coronaria) las mujeres presentan mayor proporción, 37,3% frente a 14,4% de los hombres.

La distribución con respecto a regiones geográficas fue similar entre hombres y mujeres, excepto en la región central, de la cual proceden un porcentaje mayor de mujeres que de hombres (28,3% y 26,4%, respectivamente; $p = 0,012$) y en territorios nacionales, del cual proceden una mayor proporción de hombres (14,5% y 12%, respectivamente; $p < 0,001$) (Tabla 1).

Las Tablas 2 y 3 presentan los análisis crudos y ajustados para auto percepción de estado de salud regular y malo. En este modelo para los resultados del año 2010, la cantidad de variables de ajuste incluidas es mayor que en un estudio previo para resultados del año 2005¹³.

Cuando se ajusta con todas las variables detalladas en la Tabla 2, las mujeres presentan mayor OR para regular y pobre autopercepción del estado de salud, si su actividad física en el tiempo libre es baja (OR: 1,30 IC95%: 1,03 – 1,62). En los hombres esta tendencia no se observó en el análisis ajustado (OR: 1,04 IC95%: 0,85 – 1,29) (Tabla 3).

La Figura 1 muestra algunas de las variables que se asociaron de manera significativa con auto percepción de la salud regular y mala. Se observa que las variables más fuertemente asociadas son no tener escolaridad en mujeres y ser mayor de 50 años en hombres.

Discusión

El presente estudio empleó datos de 14.465 personas entre 18 y 64 años de edad seleccionadas en los estudios poblacionales ENSIN y ENDS de Colombia del año 2010. Los resultados muestran que niveles bajos de actividad física en el tiempo libre se asocian con la auto percepción de un estado de salud pobre y regular, en el grupo de las mujeres, mientras que en los hombres no se observó esta relación.

La actividad física en el tiempo libre empieza a ser de importancia para la promoción de la salud de las personas¹⁴. Los beneficios asociados de la actividad física para la salud han hecho suponer una positiva relación con otros indicadores predictores de una buena salud como la auto percepción del estado de salud^{9,14,15}. Sin embargo, en el presente estudio no se evidenció esta asociación en los hombres, siendo este resultado reiterativo con los resultados del año 2005¹³.

Previamente se ha mostrado la relación que existe entre realizar actividad física y auto percibir el estado de salud en forma positiva (excelente, muy bueno y bueno)^{9,15-19}. De manera llamativa, en el presente estudio no se encontró tal evidencia en hombres (OR = 1,04, IC95% 0,85-1,29; Tabla 3), a pesar de que éstos, de manera proporcional, realizan más actividad física en el tiempo libre comparativamente con las mujeres (13% frente a 5,8%, respectivamente). Es necesario indagar y ajustar por otras variables que pueden influir en estos resultados tales como consumo de alcohol, fumar y hábitos alimenticios, los cuales no fueron incluidos en el análisis porque estas variables no se encuentran en la encuesta nacional o porque no fueron obtenidas para todos los sujetos de la muestra analizada. Al respecto, un estudio en una población del sur de Brasil, encontró asociaciones entre el consumo de frutas y actividad física con auto percibir un estado de salud en forma positiva, pero el uso del tabaco y abuso de alcohol no mostró tal relación²⁰.

Una recomendación para la realización de próximas encuestas poblacionales en Colombia es incluir preguntas acerca del consumo de alcohol en hombres y mujeres tanto adultos como adolescentes y, en cuanto a la pregunta acerca del consumo actual de cigarrillo, que se viene haciendo principalmente en mujeres, ésta debería hacerse también en hombres.

El nivel de escolaridad e ingresos económicos han mostrado asociaciones con auto percibir la salud en forma positiva o negativa. Investigaciones previas han evidenciado que un alto grado de escolaridad y mejores ingresos favorecen percibir la salud de forma positiva^{6,13,21}. Este aspecto fue consecuente con los resultados del presente estudio en ambos sexos, y aunque no se indagó por los ingresos económicos, el hecho de preguntar por el estrato socio económico al que pertenece la vivienda y poseer bicicleta, moto o carro, es una forma de categorizar el nivel de ingresos en la población colombiana. Estas variables se introdujeron en los modelos con la intención de apreciar diferencias de auto percibir la salud, si se desplazan en bicicleta, comparativamente con los otros medios que no implican un esfuerzo físico, pero por las condiciones particulares de un país en vías de desarrollo, el hecho de que una persona posea alguno de estos medios, equivale a que cuente con los ingresos necesarios para adquirir y mantener este tipo de vehículos.

Tanto las mujeres como los hombres que se encuentran afiliados a un régimen de salud perciben su salud de forma positiva. En los datos de las encuestas poblacionales de 2005, esta relación solo se encontró en las mujeres¹³, mientras que un estudio realizado con una muestra de habitantes de la ciudad de Bogotá en 2014, que ajustó por variables demográficas de desigualdad y educación, tampoco evidenció esta asociación⁷.

Al analizar la relación entre IMC y auto percepción de la salud, no se evidenció asociación en ninguno de los sexos, mientras que un estudio llevado a cabo con datos de distintos países sí encuentra esta relación y describe un comportamiento en forma de U²².

En relación con el estado civil, los resultados encontrados especialmente en el grupo de las mujeres han sido contradictorios con respecto a los encontrados previamente en algunos estudios^{23,24}, ya que estar casado supone una condición favorable para auto percibir la salud como buena en países como Suecia y España. Para las mujeres de Colombia en el 2010, estar casadas supone una condición de riesgo (OR = 1,16; IC95% 1,00-1,35) para evaluar su salud como regular o pobre,

Tabla 1. Características de la población de estudio de las variables seleccionadas de la ENSIN y ENDS 2010.

Variables	Mujeres N = 8.224 (56,85%)	Hombres N = 6.241 (43,15%)	p
Grupo edad			
18 – 29	2679 (32,6%)	2149 (34,4%)	0,019
30 – 49	3741 (45,5%)	2790 (44,7%)	0,356
50 – 64	1804 (21,9%)	1302 (20,9%)	0,124
Estado de salud			
Excelente	604 (7,3%)	755 (12,1%)	<0,001
Muy bueno	709 (8,6%)	713 (11,4%)	<0,001
Bueno	4333 (52,7%)	3345 (53,6%)	0,284
Regular	2403 (29,2%)	1346 (21,6%)	<0,001
Malo	175 (2,1%)	82 (1,3%)	<0,001
Actividad física			
Baja	7702 (93,7%)	5477 (87,8%)	<0,001
Moderada	390 (4,7%)	434 (7,0%)	<0,001
Vigorosa	132 (1,6%)	330 (5,3%)	<0,001
Nivel Escolar			
Ninguno/No sabe	272 (3,3%)	223 (3,6%)	0,409
Pre/Primaria	2223 (27,0%)	1671 (26,8%)	0,745
Secundaria	3734 (45,4%)	2957 (47,4%)	0,019
Tec./Universitario	1995 (24,3%)	2390 (22,3%)	<0,001
Afiliado a sistema de salud			
Sí	7354 (89,4%)	5272(84,5%)	<0,001
No/No sabe	870 (10,6%)	969 (15,5%)	<0,001
Clasificación IMC	n = 7864	n = 5676	
Delgadez	261 (3,3%)	146 (2,6%)	0,013
Normal	3164 (40,2%)	2615 (46,1%)	<0,001
Sobrepeso	2759 (35,1%)	2091 (36,8%)	0,037
Obesidad	1680 (21,4%)	824 (14,5%)	<0,001
Obesidad abdominal	n = 7614	n = 5608	
Obesidad abdominal	2902 (38,1%)	3080 (54,9%)	<0,001
Riesgo alto de EC ⁺	1875 (24,6%)	1722 (30,7%)	<0,001
Riesgo muy alto de EC ⁺	2837 (37,3%)	806 (14,4%)	<0,001
Tiene moto	n = 8224	n = 6241	
Sí	2168 (26,4%)	1887 (30,2%)	<0,001
No	6056 (73,6%)	4354 (69,8%)	<0,001
Tiene coche	n = 8224	n = 6241	
Sí	1000 (12,2%)	808 (12,9%)	0,163
No	7224 (87,8%)	5433 (87,1%)	0,163
Tiene bicicleta	n = 8224	n = 6241	
Sí	3090 (37,6%)	2535 (40,6%)	<0,001
No	5134 (62,4%)	3706 (59,4%)	<0,001
Estrato	n = 8224	n = 6241	
Del 0 al 3	7842 (95,4%)	6003 (96,2%)	0,016
Del 4 al 6	382 (4,6%)	238 (3,8%)	0,016
Estado civil	n = 8224	n = 6241	
Casado/Unión libre	4620 (56,2%)	3811 (61,1%)	<0,001
Separado/Viudo	1758 (21,4%)	570 (9,1%)	<0,001
Soltero (a)/No sabe	1846 (22,4%)	1860 (29,8%)	<0,001
Área			
Cabecera municipal	8224 (100%)	6241 (100%)	<0,001
Resto (poblado)			
Resto (disperso)			
Regiones			
Atlántica	1770 (21,5%)	1408 (22,6%)	0,140
Oriental	1217 (14,8%)	893 (14,3%)	0,422
Central	2328 (28,3%)	1649 (26,4%)	0,012
Pacífica	1172 (14,3%)	843 (13,5%)	0,209
Bogotá	754 (9,2%)	541 (8,7%)	0,310
Territorios nacionales	983 (12%)	907 (14,5%)	<0,001

+ EC: enfermedad coronaria.

Tabla 2. Razones de disparidad (OR) y su intervalo de confianza al 95% para regular y mala autopercepción del estado de salud con respecto a todas las características contempladas para el presente estudio en mujeres, ENSIN 2010 y ENDS 2010.

Variables	n (%)	OR (IC 95%)	
		Crudo	Ajustado*
Grupo edad			
18 – 29	520 (19,4%)	1	1
30 – 49	1242 (33,2%)	2,06 (1,83 – 2,32)	1,68 (1,46 – 1,92)
50 – 64	816 (45,2%)	3,42 (3,00 – 3,91)	2,32 (1,96 – 2,74)
Actividad física			
Baja	2453 (31,8%)	1,48 (1,20 – 1,82)	1,30 (1,03 – 1,62)
Moderada a vigorosa	125 (23,9%)	1	1
Nivel Escolar			
Ninguno/No sabe	138 (50,7%)	5,47 (4,19 – 7,14)	2,77 (2,06 – 3,72)
Pre/Primaria	1036 (46,6%)	4,63 (4,00 – 5,36)	2,70 (2,29 – 3,19)
Secundaria	1088 (29,1%)	2,18 (1,90 – 2,51)	1,70 (1,46 – 1,98)
Tec./Universitario	316 (15,8%)	1	1
Clasificación IMC			
Delgadez	79 (30,3%)	0,65 (0,49 – 0,86)	1,28 (0,89 – 1,82)
Normal	827 (26,1%)	0,53 (0,46 – 0,60)	0,91 (0,74 – 1,13)
Sobrepeso	887 (32,1%)	0,71 (0,62 – 0,80)	0,88 (0,76 – 1,03)
Obesidad	672 (40,0%)	1	1
Obesidad abdominal			
Obesidad abdominal	715 (24,6%)	1	1
Riesgo alto de EC ⁺⁺	563 (30,0%)	1,31 (1,15 – 1,49)	1,02 (0,87 – 1,21)
Riesgo muy alto de EC ⁺⁺	1099 (38,7%)	1,93 (1,72 – 2,16)	1,19 (0,97 – 1,46)
Tiene moto			
Sí	594 (27,4%)	1	1
No	1984 (32,8%)	1,29 (1,15 – 1,43)	1,20 (1,06 – 1,36)
Tiene coche			
Sí	198 (19,8%)	1	1
No	2380 (32,9%)	1,99 (1,69 – 2,34)	1,46 (1,21 – 1,76)
Tiene bicicleta			
Sí	851 (27,5%)	1	1
No	1727 (33,6%)	1,33 (1,20 – 1,47)	1,21 (1,08 – 1,34)
Estrato socio-económico			
Del 0 al 3	2520 (32,1%)	2,64 (1,99 – 3,51)	1,98 (1,42 – 2,77)
Del 4 al 6	58 (15,2%)	1	1
Estado Civil			
Casado/Unión libre	1524 (33,0%)	1,78 (1,57 – 2,02)	1,16 (1,00 – 1,35)
Separado/Viudo	655 (37,3%)	2,15 (1,85 – 2,49)	1,07 (0,90 – 1,28)
Soltero (a)/No sabe	399 (21,6)	1	1
Afiliado al sistema de salud			
Sí	2297 (31,2%)	1	1
No/No sabe	281 (32,3%)	1,05 (0,90 – 1,22)	1,22 (1,03 – 1,44)
Regiones			
Atlántica	581 (32,8%)	1,01 (0,85 – 1,19)	0,96 (0,80 – 1,15)
Oriental	358 (29,4%)	0,86 (0,72 – 1,03)	0,81 (0,66 – 0,99)
Central	738 (31,7%)	0,96 (0,82 – 1,12)	0,90 (0,76 – 1,08)
Pacífica	406 (34,6%)	1,09 (0,91 – 1,31)	1,07 (0,88 – 1,31)
Bogotá	175 (23,2%)	0,62 (0,50 – 0,77)	0,67 (0,53 – 0,85)
Territorios nacionales	320 (32,6%)	1	1

*El modelo de regresión logística se ajusta por las variables de grupo edad, actividad física, nivel escolar, afiliado al sistema de salud, área, regiones, clasificación del índice de masa corporal (IMC), obesidad abdominal, tiene moto, coche, bicicleta, estrato socio-económico y estado civil.

**EC: Enfermedad coronaria.

mientras que en los hombres no se encontró evidencia de asociación alguna. Estos resultados son, en cambio, similares a los informados por Onadja, en Ouagadougou, capital de Burkina Faso¹⁸, donde tampoco se evidenció relación alguna para ser soltero, con ajuste para las demás variables (OR=0,87; IC95% 0,62-1,21).

Algunas limitaciones del presente estudio se encuentran relacionadas con la utilización de datos que son auto declarados por parte de las personas como, por ejemplo, la auto percepción de la salud y que pueden conducir a sesgos²⁴. Sin embargo, ya se han mencionado las fuertes asociaciones que tiene este indicador con la predicción de mor-

Tabla 3. Razones de disparidad (OR) y su intervalo de confianza al 95% para regular y mala auto percepción del estado de salud con respecto a todas las características contempladas para el presente estudio en hombres, ENSIN 2010 y ENDS 2010.

Variables	n (%)	OR (IC 95%)	
		Crudo	Ajustado*
Grupo edad			
18 – 29	318 (14,8%)	1	1
30 – 49	638 (22,9%)	1,70 (1,47 – 1,98)	1,61 (1,34 – 1,95)
50 – 64	472 (36,3%)	3,27 (2,77 – 3,85)	2,83 (2,27 – 3,52)
Actividad física			
Baja	1281 (23,4%)	1,28 (1,05 – 1,55)	1,04 (0,85 – 1,29)
Moderada a vigorosa	147 (19,2%)	1	1
Nivel Escolar			
Ninguno/No sabe	87 (39,0%)	4,35 (3,18 – 5,94)	2,34 (1,64 – 3,33)
Pre/Primaria	551 (33,0%)	3,35 (2,77 – 4,04)	2,08 (1,68 – 2,58)
Secundaria	612 (20,7%)	1,77 (1,48 – 2,12)	1,43 (1,17 – 1,74)
Tec./Universitario	178 (12,8%)	1	1
Clasificación IMC			
Delgadez	24 (16,4%)	0,63 (0,39 – 1,01)	0,95 (0,54 – 1,65)
Normal	565 (21,6%)	0,88 (0,73 – 1,07)	1,08 (0,78 – 1,50)
Sobrepeso	492 (23,5%)	0,99 (0,82 – 1,20)	1,09 (0,84 – 1,43)
Obesidad	195 (23,7%)	1	1
Obesidad abdominal			
Obesidad abdominal	630 (20,5%)	1	1
Riesgo alto de EC ⁺⁺	409 (23,8%)	1,21 (1,05 – 1,39)	1,00 (0,81 – 1,23)
Riesgo muy alto de EC ⁺⁺	213 (26,4%)	1,39 (1,16 – 1,67)	1,20 (0,87 – 1,65)
Tiene moto			
Sí	354 (18,8%)	1	1
No	1074 (24,7%)	1,41 (1,23 – 1,62)	1,40 (1,20 – 1,63)
Tiene coche			
Sí	127 (15,7%)	1	1
No	1301 (23,9%)	1,68 (1,38 – 2,06)	1,40 (1,11 – 1,78)
Tiene bicicleta			
Sí	522 (20,6%)	1	1
No	906 (24,4%)	1,24 (1,10 – 1,41)	1,23 (1,07 – 1,40)
Estrato socio-económico			
Del 0 al 3	1403 (23,4%)	2,59 (1,71 – 3,95)	2,16 (1,31 – 3,55)
Del 4 al 6	25 (10,5%)	1	1
Estado civil			
Casado/Unión libre	961 (25,2%)	1,59 (1,38 – 1,83)	1,03 (0,86 – 1,24)
Separado/Viudo	143 (25,1%)	1,58 (1,26 – 1,98)	0,85 (0,65 – 1,11)
Soltero (a)/No sabe	324 (17,4%)	1	1
Afiliado al sistema de salud			
Sí	1192 (22,6%)	1	1
No/No sabe	236 (24,4%)	1,10 (0,93 – 1,29)	1,22 (1,02 – 1,46)
Regiones			
Atlántica	345 (24,5%)	0,84 (0,69 – 1,01)	0,77 (0,62 – 0,96)
Oriental	213 (23,9%)	0,81 (0,66 – 1,00)	0,81 (0,64 – 1,03)
Central	350 (21,2%)	0,70 (0,58 – 0,84)	0,63 (0,51 – 0,78)
Pacífica	179 (21,2%)	0,70 (0,56 – 0,87)	0,76 (0,60 – 0,98)
Bogotá	89 (16,5%)	0,51 (0,39 – 0,67)	0,55 (0,41 – 0,75)
Territorios nacionales	252 (27,8)	1	1

*El modelo de regresión logística se ajusta por las variables de grupo edad, actividad física, nivel escolar, afiliado al sistema de salud, área, regiones, clasificación del índice de masa corporal (IMC), obesidad abdominal, tiene moto, carro, bicicleta, estrato socio-económico y estado civil.

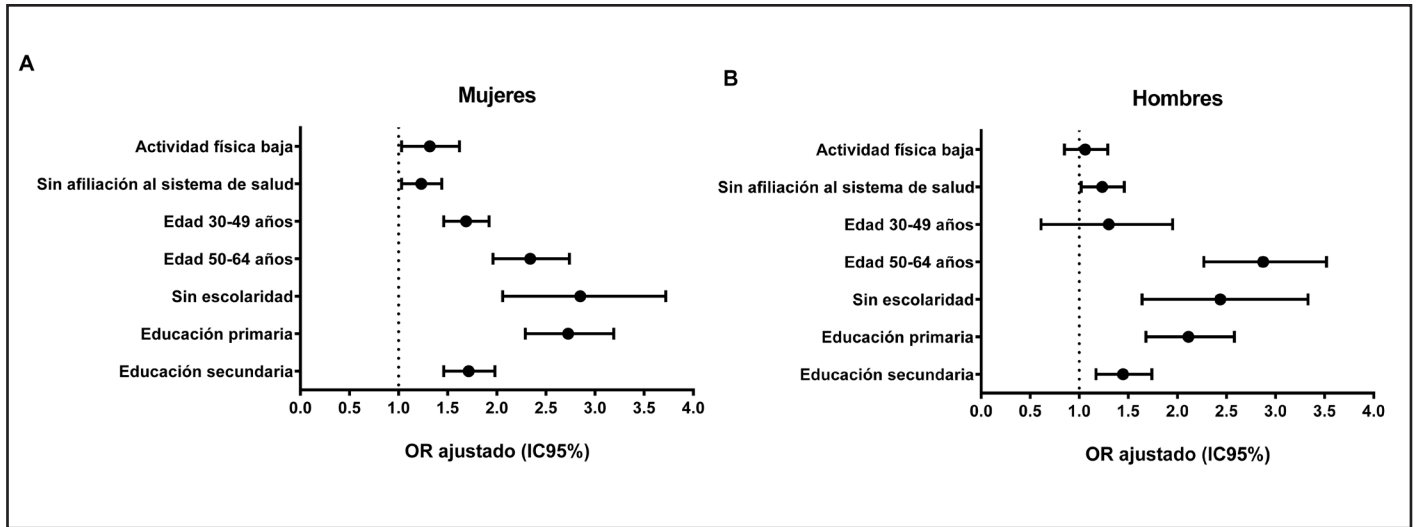
**EC: Enfermedad coronaria.

talidad, nivel educativo, edad y actividad física, entre otras^{8,14-18}. A pesar de que algunas de estas asociaciones no se han evidenciado en el grupo de los hombres en este estudio, los resultados nos permiten entender aquellos fenómenos propios e inherentes de la población colombiana que deben ser tenidos en cuenta para implementar políticas, planes y programas relacionados con la promoción de estilos de vida saludable.

Conclusiones

De acuerdo con los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud de Colombia de 2010, en mujeres la inactividad física se asocia con regular y mala auto percepción de la salud después de haber ajustado por factores de confusión. La edad, el nivel de escolaridad, la

Figura 1. Comparación gráfica del grado de asociación de algunas variables con auto percepción del estado de salud regular y mala en mujeres (A) y en hombres (B).



afiliación al sistema de salud, el estado civil, vivir en la región oriental y en Bogotá también influyen en la auto percepción de la salud en mujeres. En contraste, en hombres no se observó que la inactividad física esté asociada con auto percepción regular o mala del estado de salud, pero sí la edad y la baja escolaridad. De lo anterior se desprende que los factores asociados a la auto percepción de la salud pueden ser distintos entre hombres y mujeres, por lo tanto, debe contemplarse que las intervenciones en salud dirigidas a mejorar este indicador sean diferenciadas y específicas.

Bibliografía

- Hallal PC, Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. *J Phys Act Health*. 2010;7 Suppl 2:S259-64.
- World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2008.
- Profamilia, Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9
- ICBF. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 - ENSIN [Internet]. Primera. Bogotá, Colombia; 2010. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/NormatividadC/ENSIN1/ENSIN2010/LibroENSIN2010.pdf>
- Keresztes N, Piko B, Pluhar Z, Page R. Social influences in sports activity among adolescents. *J R Soc Promot Health*. 2008;128:21.
- Höfelmann DA, García LP, Freitas D, Santana LR. Self-rated health in Brazilian adults and elderly: Data from the National Household Sample Survey 2008. *Salud Pública México*. 2014;56(6):603-11.
- Caicedo B, Berbesi Fernández D. [Self-rated health in adults: influence of poverty and income inequality in the area of residence]. *Gac Sanit SESPAS*. 2014;
- Undén A-L, Elofsson S. Do different factors explain self-rated health in men and women? *Gen Med*. 2006;3(4):295-308.
- Han MA, Kim KS, Park J, Kang MG, Ryu SY. Association between levels of physical activity and poor self-rated health in Korean adults: The Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES), 2005. *Public Health*. 2009;123(10):665-9.
- IPAQ. International Physical Activity Questionnaire [Internet]. Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm>
- International Physical Activity Questionnaire, IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire. 2005.
- Haskell W, Lee I, Pate R, Powell K, Blair S, Franklin B, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39:1423-34.
- Mendoza Romero D, Urbina A. Actividad física en el tiempo libre y auto percepción del estado de salud en Colombia. *Apunts Med LEsport Castell*. 2013;48(177):3-9.
- Pucci GCMF, Rech CR, Fermino RC, Reis RS. Association between physical activity and quality of life in adults. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):166-79.
- Ciccolo JT, Pettee Gabriel KK, Macera C, Ainsworth BE. Association between self-reported resistance training and self-rated health in a national sample of U.S. men and women. *J Phys Act Health*. 2010;7(3):289-98.
- Kaletka D, Polanska K, Dziankowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health*. 2009;17:122-7.
- Kaletka D, Makowiec-Dabrowska T, Dziankowska-Zaborszczyk E, Jegier A. Physical activity and self-perceived health status. *Int J Occup Med Env Health*. 2006;19:61-9.
- Onadja Y, Bignami S, Rossier C, Zunzunegui M-V. The components of self-rated health among adults in Ouagadougou, Burkina Faso. *Popul Health Metr*. 2013;11(1):15.
- Alkerwi A 'a, Schuh B, Sauvageot N, Zannad F, Olivier A, Guillaume M, et al. Adherence to physical activity recommendations and its associated factors: an interregional population-based study. *J Public Health Res*. 2015;4(1):406.
- Loch MR, Souza RKT de, Mesas AE, González AD, Rodríguez-Artalejo F, Loch MR, et al. Association between social capital and self-perception of health in Brazilian adults. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado 14 de noviembre de 2016];49. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102015000100230&lng=en&nrm=iso&tng=en
- Alvarez-Galvez J, Rodero-Cosano ML, Motrico E, Salinas-Perez JA, Garcia-Alonso C, Salvador-Carulla L. The impact of socio-economic status on self-rated health: study of 29 countries using European social surveys (2002-2008). *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(3):747-61.
- Wang A, Arah OA. Body Mass Index and Poor Self-Rated Health in 49 Low-Income and Middle-Income Countries, By Sex, 2002-2004. *Prev Chronic Dis*. 2015;12:E133.
- Sodergren M, Sundquist J, Johansson S-E, Sundquist K. Physical activity, exercise and self-rated health: a population-based study from Sweden. *BMC Public Health*. 2008;8:352.
- Maestre-Miquel C, Regidor E, Cuthill F, Martínez D. [Educational Inequality in Physical Inactivity in Leisure Time in Spanish Adult Population: differences in Ten Years (2002-2012)]. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89(3):259-69.