



Fecha de recepción: febrero 4 de 2022
Fecha de aceptación: mayo 12 2022

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.39.01.004.924>

Estado nutricional autopercebido y riesgo cardiovascular en grupos étnicos de adultos de La Guajira colombiana

Self-perceived nutritional status and cardiovascular risk in adult ethnic groups in The Guajira region of Colombia

YAINA PANCIERA-DI-ZOPPOLA¹, JUAN NIÑO-RESTREPO²,
JOSÉ MELO-FREILE³, ROCÍO ORTIZ- MONCADA^{4*}

¹ Nutricionista-Dietista, Universidad del Atlántico, Magister en Investigación en Actividad Física y Deportes por la Universidad de Málaga, Docente Universidad de La Guajira, (Colombia). ydzoppola@uniguajira.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2762-410X>. CvLAC: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001409525.

² Licenciado en Educación Física Recreación y Deportes, Universidad del Tolima. Magíster en Docencia Universitaria Universidad de Sevilla. Docente Universidad de la Guajira, (Colombia) judanire@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-5822-8153>, https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001623937.

³ Ingeniero industrial, Universidad de La Guajira, Magíster en Estadística por la Universidad del Norte. Docente Universidad de La Guajira, (Colombia) jomefre@uniguajira.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0546-3974>. CvLAC https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000640425.

⁴ Nutricionista-dietista, Universidad Nacional de Colombia, Doctora en Salud Pública Universidad de Alicante, Docente de la universidad de Alicante, (España). Orcid: rocio.ortiz@ua.es <https://orcid.org/0000-0001-9179-2530>.

Correspondencia: Rocío Ortiz Moncada: rocio.ortiz@ua.es

RESUMEN

Objetivo: Determinar la autopercepción del estado nutricional y el riesgo cardiovascular (RCV) de los grupos étnicos de La Guajira colombiana.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo-transversal en 233 individuos adultos de zonas urbanas en tres municipios de La Guajira. Se evaluó la autopercepción del estado nutricional, la intención de realizar actividad física (AF), estado nutricional, calculando el índice de masa corporal (IMC) y el riesgo cardiovascular a través del índice cintura-cadera [Ci/Ca]), estas se relacionaron con el grupo étnico (afrocolombiano, indígena y no étnico) y el estrato socioeconómico (1, 2 y ≥ 3). Se calcularon Odd Ratios (OR) para determinar la relación entre el RCV y el resto de las variables.

Resultados: El 56,7 % de la muestra fueron mujeres, un 38,2 % afrocolombianos, un 32,2 % conformado por población indígena. El 65,2 % no contemplaba realizar AF y el 58,4 % presentó una autopercepción de su estado nutricional normal. Se encontró además que solo un 39,5 % presentó un IMC normal; un 48,5 % presentó un alto RCV. Se observó un alto RCV en mujeres afrocolombianas (OR= 3,22; IC 95 % 1,3-7,8) e indígenas (OR= 4,35; IC 95 % 1,7-10,9) en comparación con mujeres no étnicas (OR= 1, condición de referencia); así mismo, un mayor RCV en mujeres y hombres con sobrepeso y obesidad ($p < 0,05$).

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de RCV en la población de La Guajira, especialmente en las mujeres afrocolombianas e indígenas, siendo el IMC un indicador asociado al RCV en ellas.

Palabras claves: imagen corporal, síndrome metabólico, grupos étnicos, índice de masa corporal.

ABSTRACT

Objective: To determine the self-perception of nutritional status and cardiovascular risk (CVR) of ethnic groups in La Guajira, Colombia.

Materials and methods: Descriptive-cross-sectional study in 233 adult individuals from urban areas in three municipalities of La Guajira. Self-perception of nutritional status, intention to engage in physical activity (PA), nutritional status, calculating body mass index (BMI) and cardiovascular risk through waist-hip index [Ci/Ca]) were evaluated, these were related to ethnic group (Afro-Colombian, indigenous and non-ethnic) and socioeconomic stratum (1, 2 and ≥ 3). Odd Ratios (OR) were calculated to determine the relationship between CVR and the rest of the variables.

Results: 56.7% of the sample were women, 38.2% were Afro-Colombian, 32.2% were indigenous population. 65.2 % did not consider doing PA and 58.4 % presented a self-perception of their nutritional status as normal. It was also found that only 39.5 % had a normal BMI; 48.5 % had a high CVR. A high CVR was observed in Afro-Colombian (OR= 3.22; 95 % CI 1.3-7.8) and indigenous women (OR= 4.35; 95 % CI 1.7-10.9) compared to non-ethnic women (OR= 1, reference condition); likewise, a higher CVR in overweight and obese women and men ($p < 0.05$).

Conclusions: there is a high prevalence of CVR in the population of La Guajira, especially in Afro-Colombian and indigenous women, with BMI being an indicator associated with CVR in them.

Keywords: body image, metabolic syndrome, ethnic groups, body mass index..

INTRODUCCIÓN

La autopercepción sobre el estado de salud es un indicador muy empleado desde finales del siglo XX y principios del XXI, siendo un elemento comúnmente incluido en las encuestas de salud en general. Aun cuando es un indicador subjetivo, este se encuentra relacionado con factores propios del contexto de los individuos, como la edad (a menor edad se autopercibe mejor la salud), sexo (las mujeres suelen percibir peor su salud), educación (a menor educación es peor la autopercepción de la salud) y clase social o ingresos económicos (a menor ingresos es peor la autopercepción de salud) (1).

Por lo anterior, la medicina social reconoce la clase social, la cultura y la etnia como factores determinantes de la salud poblacional, que permiten, a su vez, una mayor comprensión de la salud pública, dando mayor importancia a los orígenes de las causas de enfermedades al destacar factores como las diferencias socioeconómicas y la ubicación geográfica, entre otros, como condicionantes del estado de salud (2).

Factores como el sobrepeso y la obesidad, de índole nutricional, son un problema de salud pública, siendo una causa frecuente de enfermedades no transmisibles y pérdida de la calidad de vida en aquellos individuos con dicha condición. De hecho, en los últimos 30 años ha llamado la atención de diversos actores en materia de salud pública, como la Organización Mundial para la Salud (OMS), que han reconocido la obesidad como una epidemia global, la cual afecta en gran medida a poblaciones de los estratos sociales más bajos (3-5). En este sentido, un estado nutricional de

sobrepeso y obesidad pueden ser desfavorables para la salud, por lo que un estado de salud nutricional puede ser, a su vez, un reflejo del estado de salud.

Con relación a lo anterior, se destaca que el exceso de tejido adiposo abdominal está asociado con alteraciones metabólicas como la resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2; razón por la cual existe una tendencia a una relación directa entre el exceso de tejido adiposo y la presencia de factores de riesgo cardiovascular (RCV), también conocidos como “síndrome metabólico”, que aumentan el riesgo relativo para desarrollar cardiopatías isquémicas y mortalidad producto de enfermedades cardiovasculares (4,5).

Conocer el estado nutricional y estimar la cantidad de tejido adiposo puede ayudar a prevenir la aparición de alteraciones cardíacas; por lo que se emplean mediciones antropométricas como el índice de masa corporal (IMC), la relación cintura-cadera (Ci/Ca), entre otras. Sin embargo, aspectos externos, como los factores socioeconómicos, el nivel de actividad física, la alimentación, grupos étnicos, entre otros, pueden representar un factor asociado a la acumulación de tejido adiposo y ser, a su vez, un factor de riesgo (4,6,7).

Con base en lo anterior, la etnicidad, como determinante en materia de salud, es un factor importante por las diferencias genóticas y el factor ontológico, que sumado a lo cultural y ambiental alteran la percepción del entorno de los individuos, así como también afectan el estado nutricional (5). Por lo anterior, al caracterizarse el continente americano por la coexistencia de pueblos indígenas, afrodescendientes, entre otros grupos étnicos, se hace necesario reconocer las diversas culturas en el ámbito de la salud; no obstante, los escasos datos regionales referente a cada variable étnica impide conocer el estado nutricional de cada grupo en particular, lo cual es una barrera para comprender mejor los determinantes sociales y las situaciones de salud de los grupos étnicos (8).

Los estudios sobre los factores socioeconómicos y culturales pueden sumar elementos para la comprensión integral sobre las causas de las alteraciones de salud; en este sentido, el estado nutricional de las diversas etnias que componen una comunidad son de particular interés, ya que permiten conocer en detalle los factores sociales que pueden afectar la población en general, y así implementar estrategias orientadas a disminuir la obesidad, además de establecer esquemas de alimentación nutritiva y práctica de actividad física según las necesidades puntuales de la población (9,10).

Específicamente, La Guajira colombiana, que para 2018 presentó una población total de 825 364 habitantes, de los cuales el 53 % fueron adultos (10), es uno de los departamentos con mayor necesidad económica, donde existe un alto contraste pluriétnico y multicultural que muestra desigualdad entre las condiciones étnicas (11). Aun cuando el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) adoptado en Colombia pretende brindar una atención integral enfocada en la prevención y fundamentada en el reconociendo de un sujeto con múltiples relaciones dentro de los contextos socioeconómicos, culturales y ambientales (8), es necesario establecer una línea base de información, sobre todo en las zonas de mayor presencia de grupos étnicos. Por esta razón, el objetivo de este estudio es determinar la autopercepción del estado nutricional y el RCV de los grupos étnicos de La Guajira Colombiana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Esta investigación es un estudio descriptivo de corte transversal sobre la percepción del estado de salud-nutricional y el riesgo cardiovascular.

Población y muestra

Se seleccionaron los municipios de Manaure (Alta Guajira), Riohacha (Media Guajira) y Barrancas (Baja Guajira), los cuales comprenden aproximadamente el 21 % de los adultos del departamento de La Guajira (12).

Estos municipios fueron seleccionados para el estudio por ser zonas de fácil acceso y libres de conflicto de orden público. Por consiguiente, se seleccionó una muestra no probabilística de 233 individuos, cuya participación fue libre y voluntaria, siguiendo una búsqueda puerta a puerta en los municipios seleccionados. Los criterios de inclusión fueron ser individuos adultos (edad \geq 18 años), residentes de la zona urbana, hablar español y mujeres sin estado de embarazo.

Variables de estudio

La variable dependiente es el RCV, definido como la probabilidad de que una persona o un grupo de estas sufra algún evento no favorable relacionado con el sistema cardiovascular. Por otra parte, las variables independientes son la autopercepción del estado nutricional (definida como la per-

cepción propia de todo individuo sobre su apariencia corporal), la intención de realizar actividad física, IMC, además de los factores socioeconómicos de grupo étnico (indígena, afrocolombiano y no étnico) y estrato social (categorizado de forma numérica, mientras más bajo el número, es mayor la pobreza: 1, 2, \geq 3).

Instrumentos

Se realizaron encuestas entre marzo y junio de 2018, en las que se dio a conocer a los participantes los objetivos del estudio, así como su derecho al anonimato de los datos proporcionados y la opción de abandonar la encuesta en el momento que lo desearan, como estipula la normativa colombiana y mundial que regula la investigación en el campo de la salud (13,14).

El instrumento para la recolecta de información estuvo conformado por tres secciones. La primera consistió en preguntas sobre aspectos sociodemográficos, como sexo (mujer y hombre), etnia, estrato socioeconómico, escolaridad (primario, secundaria, técnico, universitario), grupo etario (18-26, 27-26, 37-46, \geq 47 años). La segunda sección recolectó datos sobre el conocimiento de la persona y cuidado de la salud personal; para ello se realizaron las siguientes preguntas: (a) ¿Tiene contemplado realizar actividad física (AF)?, con opciones de respuesta afirmativa (sí) y negativa (no), (b) ¿Cuál es su estado nutricional corporal?, con opciones de respuesta ser delgado, normal o sobrepeso; para esto se utilizó el test de siluetas de Stunkard, que consiste en mostrar al participante una serie de nueve figuras con la representación del cuerpo humano, bajo una perspectiva de la condición de cada individuo al momento de realizar este estudio (15).

La tercera sección se basó en mediciones antropométricas realizadas con un grado de certificación ISAK nivel III, siguiendo el protocolo estandarizado (16). Para conocer el RCV se consideró el índice cintura-cadera (Ci/Ca), el cual se determina con la medición entre el reborde costal y la cresta ilíaca en bipedestación y estado de espiración por medio de una cinta métrica, mientras que la circunferencia de la cadera fue medida a nivel de la prominencia glútea. En este sentido, a partir de los resultados del índice Ci/Ca se calculó el RCV estableciendo una condición de obesidad abdominal y alto RCV a valores \geq 0,90 en hombres y \geq 0,85 en mujeres, mientras valores inferiores a estos determinan un bajo RCV (5); se seleccionó dicho índice por ser una de las mejores métricas para determinar el RCV (17). Así mismo, a cada participante se determinó el peso (balanza portá-

til) y estatura (cinta métrica) para conocer el IMC, estimado por la ecuación 1, por ser una medida de amplio uso y para fines de clasificación nutricional (5).

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

Los resultados del IMC obtenidos fueron interpretados siguiendo la clasificación establecida según el valor obtenido, específicamente insuficiencia nutricional (IMC < 18,5), normal (IMC= 18,5 – 24,9), sobrepeso (IMC= 25-29,9) y obesidad (IMC ≥ 30) (5).

Análisis de datos

Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva como la frecuencia absoluta (n) y relativa (%) de las distintas variables dentro de la muestra. Por otra parte, para determinar la asociación de RCV con la condición de grupo étnico, estrato socioeconómico, IMC y autopercepción del estado nutricional se calcularon los *Odd Ratios* (OR), con un intervalo de confianza del 95 % (IC 95 %), cuya significancia estadística se interpretó como aquellos que no incluyen el uno como valor dentro del rango del intervalo, en vista de que corresponde al valor de referencia comparativo. Para esto se aplicaron tablas de contingencia (RCV vs. condición) y se empleó como subgrupo de referencia el no étnico, el estrato socioeconómico 3, un IMC normal y una autopercepción de estado nutricional corporal normal como representación ideal de los grupos que representan. Estos análisis se realizaron por medio del *software* estadístico SPSS v23.

Aspectos éticos

A todos los participantes se les aplicó el consentimiento informado durante las encuestas, y se les informó sobre el anonimato de su participación, destacando el cumplimiento de la Declaración de Helsinki (13) y la normativa nacional colombiana (14). Por otra parte, los aspectos ligados a esta investigación fueron aprobados por el Comité de Ética de la Universidad de La Guajira

RESULTADOS

Desde lo sociodemográfico, la muestra presentó una mayor proporción de mujeres (56,7 %), mientras que según los grupos étnicos, la mayor representación es de afrocolombianos, con 38,2 %, se-

guido de los indígenas, con 32,2 %. El estrato socioeconómico mostró que es principalmente bajo (estrato 2), con el 72,5 %, además de niveles de escolaridad principalmente bajos, con un 34,3 % con nivel de secundaria, seguido de un 25,8 % de nivel primaria. Por su parte, la muestra mostró una distribución equitativa, aunque con mayor proporción de individuos entre los 27-36 años, con un 30,9 %, seguido de aquellos entre 18-26 años, con 24,5 % (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de estudio en La Guajira colombiana, marzo-junio de 2018

Variable sociodemográfica	n	%
Sexo		
Mujer	132	56,7
Hombre	101	43,3
Grupo étnico		
Afrocolombiano	89	38,2
Indígena	75	32,2
No étnico	69	22,6
Estrato socioeconómico		
> 3 (Medio-Alto)	47	20,2
2 (Bajo)	169	72,5
1 (Muy Bajo)	17	7,3
Escolaridad		
Primarios	60	25,8
Secundarios	80	34,3
Técnicos	63	27,0
Universitarios	30	12,9
Grupo etario (años)		
18-26	57	24,5
27-36	72	30,9
37-46	54	23,2
≥ 47	50	21,5

Fuente: elaboración propia.

La frecuencia absoluta y relativa de las variables estudiadas muestra que el 65,2 % no contemplaba realizar actividad física, así como el 58,4 % presentó una autopercepción de un estado nutricional normal. Por otro lado, un 39,5 % mostró un estado nutricional normal (según el IMC), seguido de un 37,8 % que mostró sobrepeso, mientras que un 48,5 % se mostró en alto RCV (tabla 2).

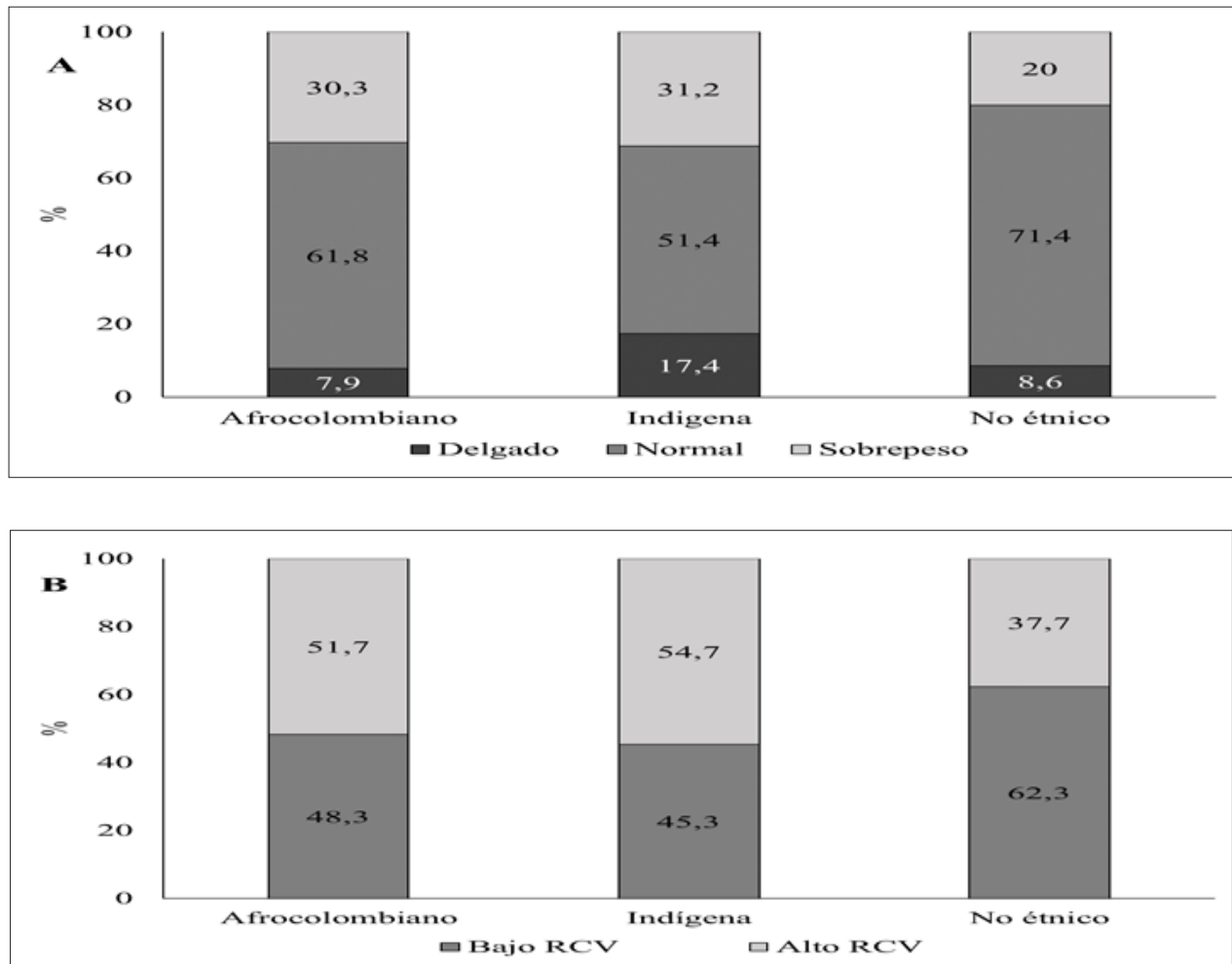
Tabla 2. Frecuencia relativa y porcentaje de las variables estudiadas en la muestra de estudio en La Guajira colombiana, marzo-junio de 2018

Variable	Categoría	n	%
Tiene contemplado realizar actividad física	Si	81	34,8
	No	152	65,2
Autopercepción del estado nutricional	Delgado	29	12,4
	Normal	136	58,4
	Sobrepeso	68	29,2
IMC (estado nutricional)	Normal	92	39,5
	Sobrepeso	88	37,8
	Obesidad	53	22,7
RCV	Bajo riesgo	120	51,5
	Alto riesgo	113	48,5

IMC: Índice de Masa Corporal; RCV: Riesgo cardiovascular.

Fuente: elaboración propia.

Desde una perspectiva étnica, los indígenas mostraron menor proporción de personas con autopercepción de un estado nutricional normal (51,4 %), mientras que se observó el mayor porcentaje de condición de alto RCV (54,7 %) en este grupo, así como se muestra una relación inversa entre su percepción y su condición real. Por otra parte, los afrocolombianos mostraron una alta autopercepción de un estado nutricional normal (61,8 %) que no se reflejó en su mayor proporción de RCV. El grupo no étnico mostró una alta autopercepción de estado nutricional normal y una baja proporción de alto RCV, que indica una mejor autopercepción de su estado nutricional en comparación con los afrocolombianos e indígenas (figura 1).



Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Autopercepción (A) y Riesgo cardiovascular (B) según grupos étnicos en La Guajira colombiana, marzo-junio 2018

Se destaca, que según la etnia, las mujeres afrocolombianas ($OR= 3,22$; $IC\ 95\ \% 1,3-7,8$) e indígenas ($OR= 4,35$; $IC\ 95\ \% 1,7-10,9$) presentan un significativo alto RCV en comparación con las que no pertenecen a un grupo étnico. Para el IMC se evidenció igualmente que las mujeres con obesidad leve ($OR= 3,83$; $IC\ 95\ \% 2,12-6,91$) y obesidad moderada ($OR= 3,64$; $IC\ 95\ \% 2,03-6,56$) presentan una significativa mayor prevalencia de alto RCV en comparación con aquellas con una

condición nutricional normal; por su parte, los hombres con sobrepeso ($OR= 3,12$; $IC\ 95\ \% 1,74-5,59$) y obesidad leve ($OR= 4,05$; $IC\ 95\ \% 2,24-7,32$) presentaron una significativa mayor prevalencia de alto RCV, lo cual también se ve reflejado en la muestra independientemente del sexo. Para el caso tanto del estrato socioeconómico como de la autopercepción, no se observó una relación con un alto RCV (tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de alto riesgo cardiovascular (RCV) y su relación con etnia, estrato socioeconómico, índice de masa corporal (IMC) y autopercepción en la muestra de estudio en La Guajira colombiana, marzo-junio de 2018

Sexo	Condición - Etnia	Prevalencia de alto RCV	OR	IC 95 %
Mujer	Afrocolombiana	57,1	3,22	1,3-7,8**
	Indígena	64,3	4,35	1,7-10,9**
	No étnico*	29,3	1	
Hombre	Afrocolombiano	45,0	0,819	0,31-2,15
	Indígena	42,4	0,736	0,26-2,03
	No étnico*	50,0	1	
Total	Afrocolombiano	51,7	1,76	0,93-3,36
	Indígena	54,7	1,99	1,02-3,88
	No étnico*	37,7	1	
Estrato socioeconómico				
Mujer	1	42,4	0,48	0,27-0,85
	2	52,8	0,75	0,43-1,31
	$\geq 3^*$	60,0	1	
Hombre	1	57,1	1	0,57-1,75
	2	42,5	0,558	0,31-0,97
	$\geq 3^*$	57,1	1	
Total	1	53,2	1,62	0,93-2,84

Continúa...

Sexo	Condición - Etnia	Prevalencia de alto RCV	OR	IC 95 %
	2	52,1	1,55	0,89-2,73
	≥ 3*	41,2	1	
IMC				
Mujer	Normal*	39,3	1	
	Sobrepeso	52,5	1,72	0,98-3,02
	Obesidad leve	71,4	3,83	2,12-6,91**
	Obesidad Moderada	70,0	3,64	2,03-6,56**
Hombre	Normal*	29,0	1	
	Sobrepeso	56,3	3,12	1,74-5,59**
	Obesidad leve	62,5	4,05	2,24-7,32**
	Obesidad Moderada	0	0	
Total	Normal*	35,9	1	
	Sobrepeso	54,5	2,12	1,21-3,74**
	Obesidad leve	67,6	3,77	2,1-6,79**
	Obesidad Moderada	43,8	1,4	0,79-2,47
Autopercepción				
Mujer	Normal*	51,4	1	
	Delgada	25,0	0,319	0,1-1,07
	Sobrepeso	59,5	1,41	0,65-2,99
Hombre	Normal*	43,5	1	
	Delgado	46,2	1,11	0,33-3,69
	Sobrepeso	50,0	1,3	0,52-3,25
Total	Normal*	47,8	1	
	Delgado	34,5	0,568	0,25-1,33
	Sobrepeso	55,9	1,38	0,77-2,48

*Condición de referencia.

**Diferencias significativas ($p < 0,05$).

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los indígenas presentaron una autopercepción de un estado nutricional normal cuya proporción no difiere en alto grado con respecto a la proporción de bajo RCV, mientras que los afrocolombianos presentaron una mayor diferencia entre la proporción de autopercepción de estado nutricional normal y proporción de bajo RCV, que indica una percepción más desviada de la realidad en este último grupo; por su parte, el grupo no étnico mostró también una diferencia notable entre la autopercepción de salud y la condición de RCV, aunque este grupo mostró la mayor proporción de autopercepción de estado de salud normal y de bajo RCV. De ahí que se destaca que no se observó una diferencia significativa entre la autopercepción de salud y el nivel de RCV. Por otro lado, un mayor RCV fue asociado a mujeres afrocolombianas e indígenas, mientras que en la muestra general, un mayor RCV se encontró asociado a mujeres con obesidad leve y moderada, así como también a hombres con sobrepeso y obesidad leve, además de que el RCV no puede ser explicado por el estrato socioeconómico en la población estudiada en La Guajira.

Con base en lo anterior, la condición observada en este estudio se hace compleja de explicar desde un solo punto de vista, ya que la obesidad y sobrepeso son condiciones inmersas en diversos contextos geográficos y culturales (2). Así como por tendencias genéticas en las descendencias de individuos con mayor IMC (18). Además de hábitos agravantes como conductas de exceso de ingesta de comida y la percepción nutricional o de buena salud (6). De hecho, existe evidencia de una fuerte asociación entre los hábitos alimenticios de los padres e hijos, cuyo contexto cultural se trata de modelar por medio de la concientización a la población adulta, por medio de promoción a la salud e información acerca de alimentos pocos saludables y estados nutricionales perjudiciales para la salud, con la finalidad de crear nuevos valores que los hijos puedan imitar (19). La obesidad podría provocar problemas de salud como ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, diabetes e hipertensión. Sin embargo, la gravedad de la obesidad puede percibirse de manera diferente entre grupos (20).

En este estudio se observó un mayor RCV en mujeres indígenas y afrocolombianas, destacando que las diferencias tanto en sexo como en grupos étnicos son comunes según el índice Ci/Ca; en este sentido, la evidencia para los grupos étnicos destaca que grupos como los asiáticos y europeos presentan mayor tejido adiposo, mientras que africanos e isleños del Pacífico presentan menor tejido adiposo. Así mismo, en indígenas australianos se ha evidenciado mayores relaciones Ci/Ca en los más bajos niveles de IMC en comparación con australianos de origen europeo en

zonas urbanas (20). Por lo anterior, las diferencias en grupos étnicos deben ser reevaluadas una vez se observen, y poder analizar otros aspectos como el punto de corte en el valor de índice para determinar el verdadero RCV entre otras patologías metabólicas.

Los determinantes sociales como la cultura pueden llegar a producir sesgos en aquellas poblaciones poco regulares y con alta prevalencia de sobrepeso, ya que esto puede alterar la apreciación subjetiva del estado nutricional de los individuos, llegando a una autopercepción errónea y una subestimación del sobrepeso en la población (21). En las comunidades de los países subdesarrollados donde el nivel socioeconómico es bajo se incurre en el error de que a mayor cantidad de ingesta de alimentos es mejor el estado de salud (11,22).

En Colombia se ha observado que la obesidad ha tenido una incidencia mayor en las poblaciones con un nivel sociocultural bajo presentes en zonas urbanas, y se ha encontrado una asociación entre las zonas con disponibilidad de comida rápida, aunados a hábitos alimentarios irregulares, lo que conlleva a sobrepeso (3). Por otro lado, la actividad física y la autopercepción en Colombia se han relacionado con factores socioeconómicos, y se ha observado una relación positiva entre el nivel de educativo y la condición socioeconómica con la actividad física en tiempo libre, teniendo una mejor autopercepción de salud aquellos que realizan una actividad física vigorosa; es decir, que los estratos más bajos son más propensos al sedentarismo en su tiempo libre y a tener una mala percepción de su salud (23). Sin embargo, en este estudio no se encontró ningún tipo de asociación entre el estrato socioeconómico y el alto RCV.

La autopercepción física parece estar ligada directamente con la disposición de realizar alguna actividad física; respecto a lo cual, aquellas personas que han realizado algún tipo de actividad deportiva tienen una mejor autopercepción física de ellos, siendo los sedentarios los que tienen una autopercepción física inferior. En tal sentido, aquellos que realizan un deporte como actividad física son los que mejor autopercepción y condición física tienen, y se ha observado, además, un decrecimiento del autoconcepto físico a medida que aumenta la edad en personas sedentarias (24).

Por otra parte, con base en la tendencia observada a no realizar actividad física (ejercicio), en este estudio se destaca que las motivaciones a realizar actividad física deben formar parte del contexto cultural en el que se desenvuelven los individuos, lo que, a su vez, repercute en su autopercepción física (24).

La percepción de tallas depende de subgrupos sociales, en los que las mujeres suelen sobrestimar la talla al igual, que las personas con niveles educativos superiores, siendo congruente con la cultura occidental y la idealización de la talla ideal, contrariamente a los hombres y las personas con bajo nivel académico. En este sentido, en la cultura oriental parece haber una aceptación de la obesidad o sobrepeso como tallas normales en los hombres, a diferencia de las mujeres. Sin embargo, en culturas no occidentales, principalmente de bajo nivel socioeconómico, parece haber una buena aceptación del sobrepeso, incluso se ve favorecido socialmente (25). Un estudio de desarrollo de riesgo de arteria coronaria en adultos jóvenes (CARDIA) arrojó que un índice de masa corporal más alto se asocia con una peor imagen de sí mismas y una menor satisfacción con el tamaño corporal (26).

Por lo anterior, se puede explicar la diferencia de autopercepción de condición nutricional normal versus la estimada con IMC, siendo una mayor que la otra, respectivamente, lo que indica una sobrestimación, al menos de esta condición nutricional, en la muestra de estudio. Sin embargo, el índice Ci/Ca, mucho más relacionado con el volumen de grasa visceral (27), mostró un equilibrio entre la condición de bajo RCV y alto RCV en la muestra total.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra el muestreo no probabilístico, debido a la presencia de conflictos de orden público en la región, lo cual se convierte en una barrera para realizar un muestreo totalmente aleatorio; por ende, estos resultados no pueden ser extrapolados a toda la población de La Guajira; asimismo, al ser un estudio transversal, la temporalidad se convierte en una limitante. Otra limitación fue la diferencia de muestra en cada municipio, lo cual se debió a factores que no pudieron controlarse, como la densidad poblacional. Finalmente, el estado nutricional de un individuo no puede ser solo reflejado por el IMC, ya que este es dependiente de múltiples factores y este indicador es solo un reflejo estimado de dicho estado.

En conclusión, existe una alta prevalencia de RCV en la muestra estudiada en La Guajira, donde principalmente las mujeres afrocolombianas e indígenas presentan un mayor RCV. Así mismo, se asocia un mayor RCV a mujeres y hombres en condición de sobrepeso y obesidad según el IMC, por lo que este indicador puede ser empleado para observar la condición de RCV en esta población. Es necesario aplicar estrategias de promoción de salud dirigidas a motivar mejores hábitos alimenticios y actividad física, sobre todo en esta última, dada la baja intención de la población a realizar este factor de protección para la salud.

REFERENCIAS

1. Abellán García A. Percepción del estado de salud. *Rev Multidiscip Gerontol.* 2003; 13:340-2.
2. Franco-Giraldo Á. Public health under discussion. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2019;37(1):15-28.
3. Fernández-Juan A, Ramírez-Gil C, van der Werf L. Anthropometric assessment in the school context as a measure to detect and prevent long-term effects of obesity and overweight in school-aged children. *Rev Colomb Cardiol.* 2016;23(5):435-42.
4. Huxley R, Mendis S, Zheleznyakov E, Reddy S, Chan J. Body mass index, waist circumference and waist: hip ratio as predictors of cardiovascular risk —a review of the literature. *Eur J Clin Nutr.* 2010;64(1):16-22.
5. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, December 8-11, 2008. Geneva: WHO; 2011.
6. Castelao-Naval O, Blanco-Fernández A, Meseguer-Barros CM, Thuissard-Vasallo IJ, Cerdá B, Larrosa M. Lifestyle and risk of atypical eating disorders in university students: Reality versus perception. *Enferm Clínica Engl Ed.* 2019;29(5):280-90.
7. Oliva J, González L, Labeaga JM, Álvarez Dardet C. Public health, economics and obesity: The good, the bad and the ugly. *SciELO Public Health;* 2008.
8. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos DS, Calderón C. The WHO model as a guide for public health based on social determinants. *Rev Salud Pública.* 2017;19:393-5.
9. González-Jaimes NL, Tejeda-Alcántara AA, Quintín Fernández E. Anthropometric indicators and lifestyles related to the atherogenic index in adult population. *Cienc -Sum.* 2019;27(1):e74.
10. Mendoza Romero D, Urbina A. Physical activity in leisure time and self-perception of health status in Colombia. *Apunts Med Esport.* 2013;48(177):3-9.
11. Mejía Curiel EB. Malnutrition in children of the Wayuu ethnic group: Between the ethical, the proper and the pertinent. *Rev Médica Electrónica.* 2017;39(S1):803-12.
12. National Administrative Department of Statistics. Wayúu people: Results of the National Population and Housing Census 2018[Internet]. DANE: Aug 2019. [citado 4 de agosto 2021]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190816-CNPV-presentacion-Resultados-Guajira-Pueblo-Wayuu.pdf>.

13. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Adopted by the 18th World Medical Assembly*. Finland: World Medical Association; 2013.
14. Ministry of Health. Resolution N° 008430. By which the scientific, technical and administrative norms for health research are established. Colombia; 1993.
15. Studcard AJ, Soreasen T, Schlusinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Genet Neurol Psychiatr Disord*. 1983;60:115-20.
16. International Society for the Advancement of Kinanthropometry. *International standards for anthropometric assessment*. Australia: ISAK; 2001.
17. Mørkedal B, Romundstad PR, Vatten LJ. Informativeness of indices of blood pressure, obesity and serum lipids in relation to ischaemic heart disease mortality: the HUNT-II study. *European journal of epidemiology*. Junio 2011; 26(6):457-61.
18. Martínez-Villanueva J, González-Leal R, Argente J, Martos-Moreno GÁ. Parental obesity is associated with the severity of childhood obesity and its comorbidities. *An Pediatría Engl Ed*. 2019; 90(4):224-31.
19. Mahmood L, Flores-Barrantes P, Moreno LA, Manios Y, Gonzalez-Gil EM. The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients*. 2021; 13(4):1138.
20. Okop KJ, Mukumbang FC, Mathole T, Levitt N, Puoane T. Perceptions of body size, obesity threat and the willingness to lose weight among black South African adults: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2016; 16(1):1-13.
21. Sáez Abello GA, Garcia MA. Physical Growth and Nutritional Status in Taekwondists. *Rev Entren Deport*. 2019; 33:3-8.
22. Fernández CI. Nutrition Transition and Health Outcomes Among Indigenous Populations of Chile. *Curr Dev Nutr*. Mayo 2020; 4(5):nzaa070.
23. Gómez LF, Duperly J, Lucumí DI, Gámez R, Venegas AS. Global physical activity level in the adult population of Bogotá (Colombia): Prevalence and associated factors. *Gac Sanit*. 2005; 19(3):206-13.
24. Infante Borinaga G, Axpe Sáez I, Revuelta Revuelta L, Martínez De La Hidalga I. Physical self-perception and physical activity modalities in adulthood. *Apunts Educ Física Deport*. 2012; (110):19-25.
25. Acuña L, González-García DA. Assignment of size labels to third parties as a function of the sociodemographic characteristics of the observer. *Acta Investig Psicológica*. 2017; 7(2):2667-78.

26. Balzer Riley J. Communication in nursing. Missouri, USA: *Elsevier Health Sciences*; 2015.
27. Chen C-H, Chen Y-Y, Chuang C-L, Chiang L-M, Chiao S-M, Hsieh K-C. The study of anthropometric estimates in the visceral fat of healthy individuals. *Nutr J.* 2014; 13(1):1-8.