

Diferencias entre salud real y salud percibida como dificultador para la adquisición de conductas saludables en costaleros

José Miguel Robles Romero, Juan Gómez Salgado, Eduardo J. Fernández Ozcorta, Juan Jesús García Iglesias, Manuel Blanco Guillena, Macarena Romero Martín
Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva, Huelva (España)

Contacto: juan.gomez@denf.uhu.es

*Manuscrito recibido: 16/07/2019
Manuscrito aceptado: 8/10/2019*

Cómo citar este documento

Robles-Romero JM, Gómez-Salgado J, Fernández-Ozcorta EJ, García-Iglesias JJ, Blanco-Guillena M, Romero-Martín M. Diferencias entre salud real y salud percibida como dificultador para la adquisición de conductas saludables en costaleros. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2020 Febrero; 8 (1): 46-54.

Resumen

Objetivo: El objetivo del estudio es analizar si existe correspondencia entre la percepción que los individuos tienen de su estado de salud con los datos reales de composición corporal obtenidos en el análisis.

Método: Estudio descriptivo transversal de una muestra de 101 individuos hombres que pertenecían a una cuadrilla de costaleros de la provincia de Huelva, con una edad comprendida entre 18-51 años ($28,86 \pm 8,63$). Se realizó un análisis de composición corporal mediante impedancia bioeléctrica y una encuesta validada para conocer la percepción sobre su estado de salud, su condición física y los hábitos de vida que practicaban.

Resultados: El 67,43% de la muestra presentó un IMC fuera de la normalidad y un 25% poseía un riesgo cardiovascular elevado. En cuanto a la percepción de salud, el 70% pensaba que su salud era buena o muy buena. Se observó que por cada kilogramo que se incrementaba su grasa, la percepción de salud disminuía 0,03 puntos y su condición física un 0,04.

Conclusiones: Los costaleros consideran su salud como buena pese a estar por encima del peso ideal en más de diez kilogramos de media y tener vidas sedentarias. Esta buena percepción de la salud propicia que los individuos no realicen ningún esfuerzo en cambiar sus actitudes insanas y sus hábitos de vida, limitando la actividad física a esfuerzos puntuales laborales y/o de alguna práctica deportiva no continua.

Palabras clave:

Tejido adiposo; factores de riesgo; enfermedades cardiovasculares: obesidad; percepción del peso

Original

Differences between real health and health perceived as a difficult to improve healthy behaviors in costaleros

Abstract

Objective. The objective of the study is to analyze if there is a correspondence between the perceptions that people have of their health status compares with real body composition data obtained from analysis.

Methods. Transversal descriptive study of a sample of 101 men belonging to a group of costaleros from the province of Huelva, with an age between 18-51 years ($28,86 \pm 8,63$). An analysis of body composition by means of bioelectrical impedance was carried out, as well as a validated survey to know the perception of their health status, their physical condition and the stile life that they practice.

Results. 67,43% of costaleros have a BMI outside of normality and 25% of them have a high cardiovascular risk. Regarding their perception of health, 70% of them think that it's good or very good. It's observed that for each kilogram of fat that increase their perception of health, it decreases 0,03 points and their physical condition is 0,04.

Conclusions. The bearers consider their health as good despite being above the ideal weight in more than ten kilograms on average and have sedentary lives, which encourages individuals to make no effort to change their unhealthy attitudes and lifestyle habits, limiting the physical activity to punctual labour efforts and / or some sports practice doesn't continue.

Keywords

Adipose tissue; risk factors; cardiovascular diseases; obesity; weight perception

Introducción

Los estados ponderales de la población general han ido modificándose con el paso de los años. Se han incrementado los casos de sobrepeso situando a las enfermedades cardiovasculares como la principal causa de muerte y discapacidad en la actualidad (1), España se haya colocado a la cabeza de obesidad infantil en el mundo (2).

Según La Organización Mundial de la Salud (3) la obesidad, denominada "epidemia siglo XXI", por los niveles epidémicos alcanzados, desde el año 1980 ha duplicado

las cifras a nivel mundial, muriendo por esta causa anualmente 2,8 millones de personas.

En 2014, más de 1.900 millones de adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal (4).

El incremento de la ingesta de alimentos hipercalóricos ricos en grasa, sal y azúcares, unido al sedentarismo, cada vez más

acuciante en la población, han provocado el ascenso vertiginoso de la obesidad infantil, así como el aumento de la mortalidad y la aparición de secuelas por causas derivadas de patologías cardiovasculares (5-7). Así mismo se deben tener en cuenta el adelanto en la edad de la aparición de éstas patologías, el aumento de los casos de infarto de miocardio (6) y la incidencia de enfermos de diabetes tipo II (7).

Los hábitos dietéticos nocivos provocan la aparición de obesidad en niños, que serán, en la mayoría de los casos, penalizados socialmente y padecerán patologías relacionadas con el sobrepeso a edades tempranas (8). El rechazo social provoca aislamiento, y la disminución de relaciones conlleva sensación de soledad (9). Ambas circunstancias favorecen la aparición de patologías relacionadas con la auto-percepción negativa y la insatisfacción personal, situaciones altamente complejas que pueden desembocar en multitud de patologías relacionadas con el desequilibrio a nivel mental y degeneración neuronal, incrementando la aparición de enfermedades relacionadas con los trastornos de la alimentación (10).

Debido a esta situación, desde las autoridades sanitarias, se está haciendo mucho hincapié en la importancia de llevar una alimentación equilibrada y la práctica de ejercicio físico de manera habitual para reducir estos factores de riesgo (11). La puesta en marcha de dichas actitudes aporta beneficios tanto a nivel corporal, como social y mental (12).

Está demostrada la importancia de la prevención primaria en salud y el papel de los profesionales de enfermería en este ámbito. La identificación precoz de las personas en riesgo y su seguimiento es un objetivo primordial de la profesión enfermera en los distintos campos de actuación.

La Promoción de la salud, requiere de la concienciación de la sociedad, así como de la asunción de roles que favorezcan el cambio de conductas no saludables por hábitos de vida que conlleven una existencia libre

de enfermedades y secuelas, siendo crucial el cambio de perspectiva social. La percepción de salud contribuye a la modificación de los propios estados ponderales, en este sentido se observa un incremento en la incidencia y en la prevalencia de obesidad en adultos y niños (entre 12 y 16 años) (13, 17), provocando que la sensación de normalidad se vea alterada y se consideren como situación normal patrones que desde el punto de vista de la salud no lo son (17). Esta percepción social anómala provoca que fomentar el cambio de estilo de vida de una persona sea más difícil de conseguir e interiorizar.

Objetivos

El objetivo general del estudio es valorar si existe correspondencia entre la percepción que los individuos tienen de su estado de salud con los datos referentes a obesidad obtenidos mediante el análisis de composición corporal que presenta la muestra, intentando detectar si consideran la ganancia de peso corporal como un estado "no saludable", condición básica y necesaria para acometer un cambio de conducta.

Método

Los datos de la investigación se extrajeron de un estudio transversal descriptivo en un total de 101 individuos hombres que tenían como factor común pertenecer a una cuadrilla de costaleros de la provincia de Huelva, con una edad comprendida entre 18-51 años ($28,86 \pm 8,63$).

A todos ellos se les realizó un estudio de composición corporal mediante impedancia segmental bioeléctrica (18,19) con el medidor Inbody 230 (Biospace Corp., Seoul, Korea), que utiliza un método de electrodo táctil tetrapolar de 8 puntos, realizando diez mediciones de impedancia utilizando 2 frecuencias diferentes (20 y 100 kHz) en cada segmento (brazo derecho, brazo izquierdo, tronco, pierna derecha y pierna izquierda).

Con dicho análisis se obtuvieron las variables relativas a obesidad como peso real e ideal, índice de masa corporal (IMC), cantidad de grasa corporal y control de grasa, obtenido de la diferencia existente entre el contenido de grasa que presentaban con respecto al que debieran tener para encontrarse en niveles saludables.

En segundo lugar, se sometió la muestra a una encuesta debidamente validada y elaborada por Gavala (17), donde se recogieron datos referentes a hábitos y estilos de vida, así como preguntas referentes a alimentación y ejercicio físico, con un total de 63 ítems de respuesta múltiple.

Para la puesta en marcha del estudio, así como para el posterior manejo de los resultados obtenidos, se contó con la aprobación del comité ético, se informó del proceso a todos los participantes y se les solicitó la firma de su consentimiento informado siguiendo la última versión de la Declaración de Helsinki.

Población y muestra

La muestra fue obtenida de la población total de costaleros onubenses, que ejercían la labor de alta exigencia física de transportar los pasos de Semana Santa de la capital. El total de la misma ascendía a 101 individuos hombres seleccionados individualmente por ser aquellos que mayor esfuerzo realizaban dentro de la alta exigencia física que presentaba dicha labor, de una población aproximada de 400 hombres (10) con edades por encima de los 18 años, condición necesaria para realizar dicho trabajo.

Covariables

Las medidas conductuales tomadas incluían el estado de fumar (nunca, actual o exfumador); nivel de actividad física (categorizada como activa [$\geq 2,5$ h / semanales de actividad física moderada o ≥ 1 h / semana de actividad física vigorosa], inactiva [< 1 h / semana de moderada y, < 1 h / semana de actividad física vigorosa], o

moderadamente activa [no activo o inactivo]); y el consumo de frutas y verduras (evaluadas con la pregunta "¿Con qué frecuencia comes frutas o verduras frescas?"; las respuestas se dieron en una escala de dos puntos: ≥ 1 fruta o verdura / día, o < 1 fruta o verdura / día).

Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS ver. 23 (IBM). Los análisis realizados se basaron en el análisis descriptivo de las variables estudiadas. En concreto, las variables cualitativas se expresaron como una distribución de frecuencias y las variables cuantitativas, como media \pm desviación estándar ($M \pm SD$).

Posteriormente se realizó un análisis de correlación lineal de Pearson entre variables para obtener el grado de covariación entre ellas de manera lineal. Y finalmente se aplicó el análisis de regresión estadística, buscando de este modo la relación existente entre las variables corporales y la percepción de los individuos de su estado saludable, calculando tanto la pendiente como el coeficiente de determinación.

Resultados

Sobre la muestra de 101 individuos se encontró que en el momento del estudio la media de edad ascendía a $28,86 \pm 8,63$ años, con un peso 82,96 kilogramos ($\pm 14,71$) y una altura de 173,78 centímetros ($\pm 5,74$).

Variables de análisis corporal obtenidas mediante impedancia bioeléctrica

El peso medio ascendía a 82,59 kg, siendo el mayor peso registrado de 126,4 Kg, y de 53,7 kg el menor con una desviación estándar de 14,89 kg. De todos los sujetos analizados sólo el 7% se encontraban en su peso ideal, el 9% estaban por debajo de su peso y el 84% restante, se encontraban por encima de su peso ideal. Teniendo en cuenta no sólo el peso como tal, sino el

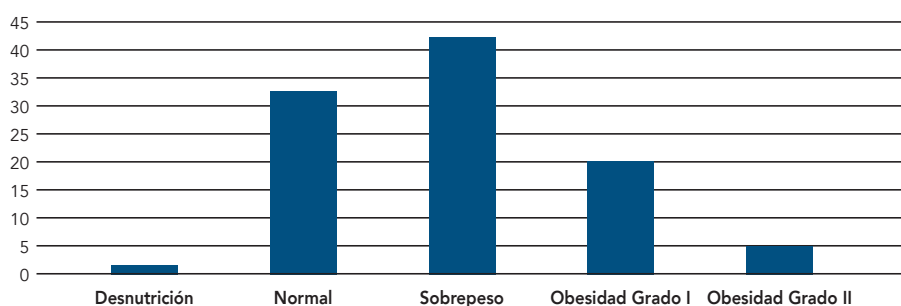
peso ideal en función a edad, sexo y altura de los individuos, se obtuvo que existía un aumento medio con respecto al peso objetivo de 10,44 kg. Del mismo modo, si se agrupaban por grupos de 5 kilogramos para observar mejor su distribución, se vio que existía un 5% de personas con más de 30 kg de sobrepeso, y que un 20,79% de la muestra presentaba más de 20 kg sobre su peso ideal.

Tras analizar la variable IMC, se detectó que la media de la muestra era de 27,33 kg/m², con un mínimo de 18,2 y un máximo de 37,7. Al distribuir a los individuos según su tabulación, se observó que sólo el 32,57% de los individuos se encontraban dentro de la normalidad (gráfica 1). Del 67,43% que se encontraban fuera del rango considerado "normal" (IMC 18,50-24,99) el 42% tenían sobrepeso, y un 25% de ellos presentaban un riesgo cardiovascular elevado (aquellos que se encontraban en Obesidad grado I y II).

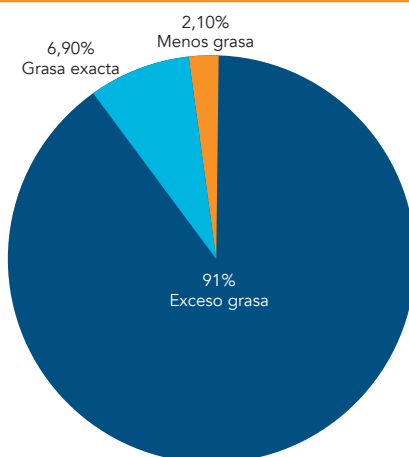
Teniendo en cuenta que tanto la variable peso como el IMC podían dar valores erróneos si la población que se estudiaba tenía altos niveles de masa muscular, se decidió calcular también la masa grasa de cada individuo específicamente, con lo que desapareció el riesgo de error de categorización de grupo en riesgo, obteniéndose un diagnóstico de riesgo cardiovascular exacto.

En relación con el control de grasa (referido a la diferencia existente entre la grasa real y la que sería considerada como normal según sus características corporales) la media que presentaba la muestra era de -11,27 kg (± 4.44), siendo el mayor valor encontrado de -35,5 kg y un individuo que estaba 4,5 kg por debajo de su peso. Sólo el 6,9% de los individuos presentaban la cantidad de grasa ideal, y el 91% de ellos tenían mayor contenido de grasa del que les correspondería, quedando sólo un 2,1% con menos grasa de la debida (gráfica 2).

Gráfica 1. Número de casos en función a niveles IMC establecidos por la bibliografía



Gráfica 2. Porcentaje de individuos con exceso de grasa de la muestra con respecto a la ideal



Resultados obtenidos referentes a la percepción de salud

Mediante la encuesta se preguntó a los participantes sobre cómo consideraban su estado de salud y su condición física, en una escala numérica del 1 al 5, donde 1 correspondía a "muy mala" y 5 a "muy buena".

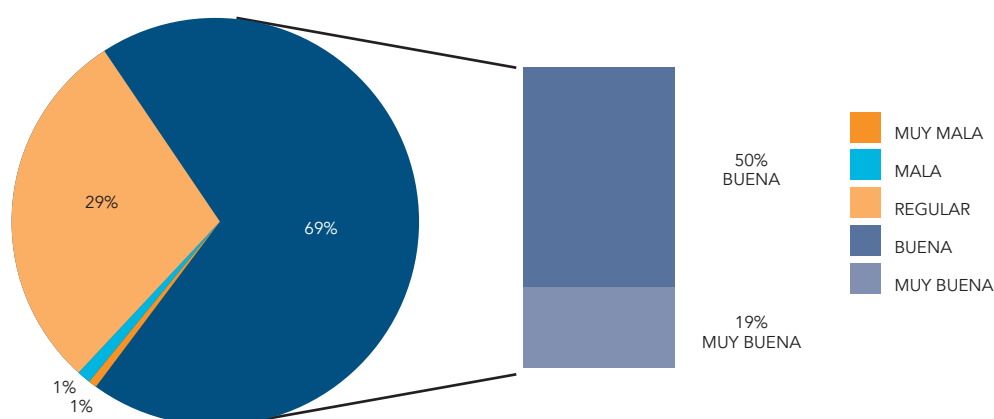
Cuando se preguntó la opinión que tenían sobre su salud se observó que el 69% pensaban que era buena o muy buena (gráfica 3), el 29% la situaba como regular y solo el 2% pensaba que su estado de salud era malo o muy malo.

Al preguntar la percepción sobre su condición física (gráfica 4), variable subjetiva al igual que la anterior, aparecía un 47% que consideraban tenerla buena o muy buena, el 41% la calificaban de regular y el 12% restante como mala o muy mala.

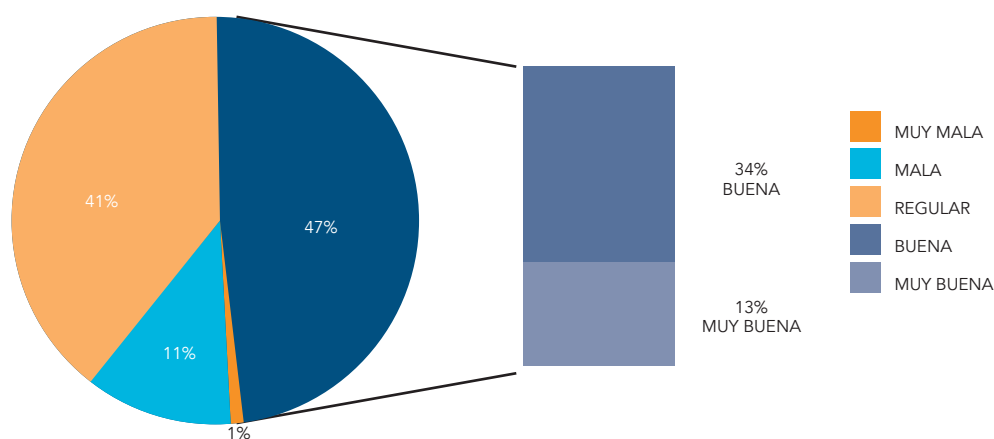
Para conocer el estilo de vida también se tuvo en cuenta el tipo de trabajo que realizaban de manera habitual, si requerían de esfuerzos físicos o tenían una labor sedentaria. Según la encuesta sólo un 13% de los analizados desempeñaban un trabajo que implicaba la realización de esfuerzos físicos, el resto presentaban características sedentarias en su jornada laboral, ejerciendo el 32% de ellos su labor sentado (24% sentado como tal y 8% en coche).

Al hacer el análisis de correlación estadística se obtuvo que cuanto menor contenido en grasa presentaban los individuos, mejor percepción tenían de su salud, debido a las correlaciones inversas que presentaba la asociación con el índice de masa corporal (-0,324), la masa grasa corporal (-0,357). Algo similar ocurrió con la forma física donde ambas ascendían a -0,359 y -0,432

Grafica 3. Número de casos en función a la autovaloración sobre el estado de salud



Grafica 4. Número de casos en función a la autovaloración de la condición física



respectivamente (tabla 1). Con la regresión lineal se observó que por cada kilogramo de grasa que aumentaba en el costalero su percepción de salud disminuía 0,03 puntos y su condición física 0,04. Al relacionarse con la variable IMC ambas disminuían en 0,06 y 0,07 respectivamente por cada incremento de unidad en el índice (tabla 2).

Discusión

Las características de la muestra son las de un hombre de 28 años y 7 meses de edad que mide 173,7 cm y pesa 82,59 kg. Teniendo en cuenta los datos objetivos se calcula que presenta un exceso de grasa corporal de 11,27 kg, y se sitúa en un IMC de 27,33 kg/m².

Los costaleros consideran su salud como buena pese a estar por encima del peso ideal en más de diez kilogramos de media y tener vidas sedentarias, lo que propicia que los individuos no realicen ningún esfuerzo en cambiar sus actitudes insalubres y sus hábitos de vida, limitando la actividad física a esfuerzos puntuales laborales y/o de alguna práctica deportiva no continua.

Este problema de autopercepción perjudicial es propio de gente joven ya que los efectos del sobrepeso y de las patologías cardiovasculares son asintomáticos en las primeras fases iniciándose los síntomas de forma mas tardía (17, 20, 21). Además debemos tener en cuenta que la mitad de ellos consideran su condición física como buena, y refieren que cuidan su dieta, pese a las cifras de sobrepeso que aparecen (20). Esto es efecto sin duda del cambio de la salud percibida, ya que el hecho de vivir en una sociedad con sobrepeso (4), y donde la obesidad infantil aumenta de manera significativa (3), el verse con unos kilogramos de más no es considerado como nocivo, sino que la población la percibe como algo normal al estar rodeados de tantas personas con obesidad severa (21).

Sin duda este aspecto es un dificultador a la hora de intentar establecer un estilo de vida saludable, y la modificación de las prácticas nocivas son entorpecidas por percepciones que se alejan de la realidad (22, 23).

**Tabla 1. Correlaciones estadísticas significativas de las variables
Percepción de salud y de condición física**

VARIABLES	IMC	MASA GRASA CORPORAL
Percepción salud	-,324	-,357
Percepción condición física	-,359	-,432

**Tabla 2. Regresiones lineales con variables dependientes
Percepción de salud y condición física respecto al aumento de grasa corporal e IMC**

VARIABLE AUMENTA	VARIABLE DEPENDIENTE	B (Pendiente)
+1 kg de grasa	Percepción de salud	-0,03
	Percepción de condición física	-0,04
+1 kg/m ² (I.M.C.)	Percepción de salud	-0,06
	Percepción de condición física	-0,07

Conclusiones

Los costaleros consideran su salud como buena pese a estar por encima del peso ideal en más de diez kilogramos de media y tener vidas sedentarias, lo que propicia que los individuos no realicen ningún esfuerzo en cambiar sus actitudes y sus hábitos de vida insanos, limitando la actividad física a esfuerzos puntuales laborales y/o de alguna práctica deportiva no continua. Esta discrepancia importante entre la percepción que tienen estos individuos en relación a su

estado de salud con respecto a la realidad existente, es un elemento dificultador para la consecución de los objetivos de estilos de vida saludables.

En este sentido, los profesionales de enfermería pueden llegar a ofrecer una labor crucial tanto en la búsqueda del cambio de hábitos de vida insanos, como en hacer ver que la percepción de estas personas se encuentra alterada con respecto a la normalidad.

Bibliografía

1. Ocaña R, Mayoral J, Blanco E. Efectos de la edad, el periodo de defunción y la cohorte de nacimiento en la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en el sur de España. *Revista Española de Cardiología*. 2015; 68(5): 373-81.
2. Baños R. Prescripción del ejercicio físico en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 y diabetes gestacional. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 2016; 29: 134-9.
3. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. 2016 [Internet]. [citado 15 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
4. Ramos M, González A, Pacheco C. Recreación, ejercicio y ocupación del tiempo libre en la vejez. *Revista Edu-Física*. 2016; 18(8).
5. Marrodan MD, Martínez-Alvarez JR, Gonzalez-Montero De Espinosa M, Lopez-Ejeda N, Cabanas MD, Prado C. Diagnostic accuracy of waist to height ratio in screening of overweight and infant obesity. *Med clin*. 2013; 140(7): 296-301.
6. Martínez R, Duarte A, González L, Cabrera M. Comportamiento del infarto agudo de miocardio en adultos mayores atendidos en el Policlínico XX Aniversario. *CorSalud*. 2016; 8(1): 52-7.
7. Channanath AM, Farran B, Behbehani K, Thanaraj TA. Association between body mass index and onset of hypertension in men and women with and without diabetes: a cross-sectional study using national health data from the State of Kuwait in the Arabian Peninsula. *BMJ Open*. 2015; 5(6): e007043.
8. Estrada P, Vázquez E, Gálea A, Ortega I, Serrano L. Beneficios psicológicos de la actividad física en el trabajo de un centro educativo. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. 2016; 30: 203-6.
9. Robles JM. El costalero en Huelva, composición corporal y adecuación al trabajo. [Tesis]. [Huelva]: Universidad de Huelva; 2017.
10. Chuang YF, An Y, Bilgel M, Wong DF, Troncoso JC, O'Brien RJ, et al. Midlife adiposity predicts earlier onset of Alzheimer's dementia, neuropathology and presymptomatic cerebral amyloid accumulation. *Mol Psychiatry*. 2016; 21(7): 910-5.
11. Bouzas-Mosquera C, Bouzas-Mosquera A, Peteiro J. Valor pronóstico del incremento de la presión arterial sistólica con el ejercicio en pacientes hipertensos con enfermedad coronaria conocida o sospechada. *Med Clin (Barc)*. 2017; 148(2): 51-5.
12. Martín-Castellanos A, Barca FJ, Cabañas MD, Martín P, García M, Muñoz MA, et al. Obesidad e indicadores antropométricos en una muestra de varones con Síndrome Coronario Agudo, en un Área de Salud que incluye reclusos: estudio caso-control. *Rev. Esp. Sanid. Penit*. 2015; 17(1): 20-9.
13. Myint PK, Kwok CS, Luben RN, Wareham NJ, Khaw KT. Body fat percentage, body mass index and waist-to-hip ratio as predictors of mortality and cardiovascular disease. *Heart*. 2014; 100(20): 1613-9.
14. Paleczny B, Siennicka A, Zacharski M, Jankowska EA, Ponikowska B, Ponikowski P. Increased body fat is associated with potentiation of blood pressure response to hypoxia in healthy men: relations with insulin and leptin. *Clin Auton Res*. 2016; 26(2): 107-16.

15. Becerril M, Flores N, Ramos N, Ortiz L. Ecuaciones de predicción del gasto de energía en reposo en escolares de la ciudad de México. *Acta pediátrica de México*. 2015; 36(3): 147-57.
16. Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A, Carmena R, et al. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Rev Española Cardiol*. 2016; 69(6): 572-8.
17. Gavala J. La actividad física del costalero sevillano. Hábitos y costumbres. [Tesis]. [Sevilla]: Universidad de Sevilla; 2009.
18. Quesada L, León C, Betancourt J, Nicolau E. Elementos teóricos y prácticos sobre la bioimpedancia eléctrica en salud. *Archivo Médico de Camagüey*. 2016;20(5):565-78.
19. Karelis AD, Chamberland G, Aubertin-Leheudre M, Duval C; Ecological mobility in Aging and Parkinson (EMAP) group. Validation of a portable bioelectrical impedance analyzer for the assessment of body composition. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2013; 38(1): 27-32.
20. Robles J. Ejercicio físico y envejecimiento activo, bases para una salud mental positiva. En M. Pérez, y J. Gázquez, *Envejecimiento y demencia: un enfoque multidisciplinar*. (págs. 323-328). Almería: Editorial Geu; 2011.
21. Escribano A. El estudio fisiológico del esfuerzo y alimentación del costalero. Sevilla: Ponencia organizada por la Hermandad de la Esperanza Macarena. 2008
22. Rodríguez-Cabrero M, García-Aparicio A, García-Pastor T, Salinero JJ, Pérez-González B, Sánchez-Fernández JJ, et al. Actividad física y ocio y su relación con el índice de Ruffier en adolescentes. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*. 2015; 15(57): 165-80.
23. Martínez A, Rizo M, Sánchez M, Reig M, Cortés E. Relación entre variables antropométricas y dismorfia muscular en gimnastas de la provincia de Alicante. *Nutrición Hospitalaria*. 2014; 30(5): 1125-9.