



Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias

Económicas y Empresariales

Trabajo de Fin de Grado

Grado ADE

**El efecto del sobrepeso y la obesidad
en la autopercepción de la salud en
Castilla y León**

Presentado por:

José Manuel Argote Rivas

Tutelado por:

David Antonio Sánchez Páez

Valladolid, 24 de junio de 2024

RESUMEN.

Este trabajo desarrolla un estudio sobre la relación entre el sobrepeso y obesidad con la autopercepción de la salud de la población de España, concretamente en la comunidad autónoma de Castilla y León, y en un grupo de individuos con una edad mayor a los 15 años.

El objetivo de esta investigación es conocer y establecer si existe una relación entre el peso de los individuos de la muestra y su autopercepción en cuanto a su salud, mediante la realización de análisis econométricos por los cuales, y tomando en cuenta la inclusión de otras variables de interés como son las sociodemográficas y enfermedades relacionadas con el peso como lo son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y la dislipidemia, se han realizado una serie de distribuciones y regresiones logit.

Obteniendo como resultado una correlación positiva entre las dos, pero para llevar a cabo un análisis de estas dos debemos tomar en cuenta otras variables las cuales afectan a la relación entre estas.

Palabras clave: Sobrepeso, Obesidad, Autopercepción, Salud.

ABSTRACT.

This work develops a study on the relationship between overweight and obesity with the self-perception of health in the population of Spain, specifically in the autonomous community of Castilla y León, and in a group of individuals over 15 years of age.

The objective of this research is to determine and establish whether there is a relationship between the weight of the individuals in the sample and their self-perception in terms of health, by performing econometric analyses by which, and taking into account the inclusion of other variables of interest such as sociodemographic variables and weight-related diseases such as diabetes,

cardiovascular diseases, arterial hypertension and dyslipidemia, a series of distributions and logit regressions have been performed.

The result is a positive correlation between the two, but to carry out an analysis of these two we must take into account other variables which affect the relationship between them.

Key words: Overweight, Obesity, Self-perception, Health

INDICE:

1. INTRODUCCION Y OBJETIVOS.....	5
2. METODOLOGIA DEL TRABAJO.....	7
2.1 Datos.....	7
2.2 Métodos	9
3. RESULTADOS.....	10
4. CONCLUSIONES.	21
5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	23

INDICE TABLAS:

1. TABLA 1	16
2. TABLA 2	16
3. TABLA 3	16
4. TABLA 4	17
5. TABLA 5	18
6. TABLA 6	19

1. INTRODUCCION Y OBJETIVOS.

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en uno de los principales desafíos de salud pública de nuestros tiempos. Estos términos se refieren a la acumulación excesiva de grasa corporal que puede afectar negativamente la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad han alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, con un aumento significativo tanto en adultos como en niños (WHO, 2024).

La principal causa del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las calorías gastadas (WHO, 2024), en términos simples, esto significa que muchas personas ingieren más calorías de las que queman a través de la actividad física y el metabolismo. Este desequilibrio está influenciado por una combinación de factores, a los que denominaremos factores de riesgo en los cuales tendremos los factores de riesgo modificables que incluye dietas ricas en calorías, el consumo de alimentos ultra procesados, la falta de actividad física, es decir factores que dependen de nuestras decisiones, y por otra parte factores de riesgo no modificables, los cuales son factores genéticos y metabólicos.

El impacto del sobrepeso y la obesidad en la salud de la población del mundo está asociado directamente con un aumento del riesgo de desarrollar una variedad de enfermedades crónicas, tales como la diabetes tipo 2 por la resistencia a la insulina (Serván, 2013; Rodríguez et al., 2020), enfermedades cardiovasculares (ECV) por la obstrucción en tejidos adiposos (Cruz et al., 2022; Urdánigo et al., 2022), hipertensión arterial (HTA) por aumento de la presión arterial (Carbo et al., 2022), dislipidemia por el desequilibrio lipídico (Moreira et al., 2022), accidentes cerebrovasculares, y ciertos tipos de cáncer. Además, pueden afectar negativamente la calidad de vida, provocando problemas de movilidad, dificultades respiratorias, trastornos del sueño, y afectaciones psicológicas como la depresión y la baja autoestima (Diaz et al., 2008). En este trabajo nos centraremos en las cuatro primeras enfermedades, la Diabetes tipo 2, las ECV, la HTA y la dislipidemia, ya que investigaciones actuales sugieren

una correlación significativa entre estas enfermedades y el sobrepeso y obesidad (Palango, 2020; Rosado et al., 2012).

La autopercepción de salud (en adelante, autopercepción), o cómo una persona se ve a sí misma y evalúa su propio cuerpo y salud, juega un papel crucial en la forma en que se aborda y maneja el sobrepeso y la obesidad. La imagen corporal y la autoestima son componentes esenciales de la salud mental y emocional, y están profundamente entrelazados con las experiencias de quienes enfrentan el sobrepeso y la obesidad (Díaz et al., 2008). La autopercepción es un factor que puede influir en el comportamiento alimentario, la motivación para la actividad física y la disposición para buscar ayuda médica (Rodríguez et al., 2010). Además, las personas con sobrepeso u obesidad a menudo experimentan una discrepancia entre su autopercepción y los ideales de belleza promovidos por la sociedad (Domingo et al., 2014). Esta discrepancia puede generar sentimientos de insatisfacción corporal, baja autoestima y, en algunos casos, puede conducir a trastornos alimentarios como puede ser la ingesta masiva de alimentos, un arrebatado de atracones.

Por otro lado, la estigmatización y la discriminación basadas en el peso pueden agravar los problemas de autopercepción. Las personas con sobrepeso y obesidad frecuentemente enfrentan prejuicios y actitudes negativas tanto en entornos sociales como en el lugar de trabajo (Domingo et al., 2014). Este estigma puede llevar a la internalización de creencias negativas sobre uno mismo, afectando gravemente la salud mental y emocional. La vergüenza y la culpa asociadas con el peso pueden disminuir la motivación para adoptar hábitos de vida saludables y buscar apoyo profesional (Díaz et al., 2008).

La relación entre la autopercepción y el sobrepeso u obesidad puede ser bidireccional (Rodríguez et al., 2010). Mientras que una autopercepción negativa puede contribuir al mantenimiento o empeoramiento del sobrepeso y la obesidad, la mejora de la autopercepción y la autoestima puede tener efectos positivos en la salud y el bienestar general (Brener et al., 2004).

Esta relación ha sido encontrada también en España, particularmente en Madrid (Cánovas et al., 2001) y en Galicia (Míguez et al., 2011).

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre autopercepción y sobrepeso y obesidad en Castilla y León.

2. METODOLOGIA DEL TRABAJO.

2.1 Datos

Para la elaboración de este estudio se utilizó la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2017, que es recogida por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España. La ENS “es una investigación dirigida a la población que reside en viviendas familiares cuya finalidad principal es obtener datos sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos” (INE, 2024)., La ENS tiene muestra representativa de 39.069.654 individuos a nivel nacional, aunque también permite el análisis a nivel de comunidad autónoma.

La variable de interés es la autopercepción de salud. Esta variable corresponde al código G21 en la ENS y mide el estado de salud percibido en los últimos 12 meses. Las respuestas de los encuestados son agrupadas en 5 categorías siendo 1: Muy bueno, 2: Bueno, 3: Regular, 4: Malo y 5: Muy malo. Por otro lado, la variable explicativa es el índice de masa corporal (IMC). Esta variable corresponde al código IMCa en la ENS y mide el Índice de masa corporal (IMC) del adulto. El IMC se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros:

$$IMC = \frac{\text{peso(kg)}}{\text{Estatura(m)}^2}$$

El resultado es agrupado en 4 rangos: 1: Peso insuficiente, 2: Normopeso, 3: Sobrepeso y 4: Obesidad. Este estudio se centra en los rangos sobrepeso y obesidad, los cuales se han agrupado en una sola categoría.

En la ENS también se puede identificar la preexistencia de enfermedades como la diabetes (pregunta G25a_12), ECV (Preguntas G25a_2, G25a_3, G25a_4, G25a_23), HTA (pregunta G25a_1) y la dislipidemia (pregunta G25a_15). Todas estas miden si la persona padece o han padecido la enfermedad. Los resultados se agrupan en 4 rangos: 1: Sí, 2: No, 8: No sabe y 9: No contesta. Este estudio se centrará solo en que si los individuos sí padezcan estas enfermedades.

La ENS también incluye variables sociodemográficas que en cierta medida pueden modificar los factores de riesgo mencionados anteriormente. Por ejemplo, sexo (código SEXOa), los resultados están divididos en 2 rangos: 1: Hombre y 2: Mujer. Edad (código EDADa), En el caso de la edad tiene un rango de valores de 15 a 120. Educación (NIVEST), tiene 11 rangos: 1: No procede, es menor de 10 años, 2: No sabe leer o escribir, 3: Educación Primaria incompleta (Ha asistido menos de 5 años a la escuela), 4: Educación Primaria completa, 5: Primera etapa de Enseñanza Secundaria, con o sin título (2º ESO aprobado, EGB, Bachillerato Elemental), 6: Estudios de Bachillerato, 7: Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes, 8: Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes, 9: Estudios universitarios o equivalentes, 98: No sabe, 99: No contesta. Este estudio se centrará en un rango más reducido en la cual agruparemos las opciones quedándonos con cuatro categorías las cuales serán Primaria, Estudios secundarios obligatorios (ESO, de aquí en adelante), Bachillerato y Universidad. En cuanto al estado civil hemos considerado analizar su convivencia en pareja la cual tiene 5 rangos: 1: Conviviendo con su cónyuge, 2: Conviviendo con una pareja de hecho, 3: No conviviendo en pareja, 8: No

sabe, y 9: No contesta. En este estudio agruparemos los rangos 1 y 2 para así tener solo una categoría de si sí son convivientes.

2.2 Métodos

De acuerdo con el objetivo de este estudio, se utilizarán los 1.288 individuos presentes en la ENS que residen en Castilla y León. Esta muestra, tomando en cuenta el factor de expansión, representa a un total de 2.089.967 personas. Cabe señalar que se excluyó a todos los individuos sin información completa, quienes representan el 4,7% de la muestra. Primero, se hace un análisis estadístico descriptivo para mostrar la distribución de la autopercepción y del IMC respecto a enfermedades preexistentes y variables sociodemográficas.

Segundo, se hace un análisis econométrico para estimar la asociación entre IMC y autopercepción. Dado que la variable dependiente ha sido transformada a una variable dicotómica (1 sobrepeso y obesidad, 0 de otra manera), se utiliza un modelo binomial logit. Un modelo logit es un modelo de elección binaria, el cual se basa en una distribución acumulada logística estándar (Westreicher, 2021) y se lo usa cuando se tiene una variable dependiente o de respuesta binaria, en la cual se supone que solo asume dos valores posibles 0 y 1, que son asignaciones arbitrarias a una respuesta cualitativa. Tal respuesta puede corresponder a no y sí, a incumplimiento y cumplimiento, en general, a fracaso y éxito (Moscote, 2022).

Se proponen cuatro estimaciones. En la primera (modelo 1), la regresión incluye únicamente autopercepción e IMC. La segunda estimación (modelo 2), además de incluir la autopercepción y el IMC, incluye las variables de las enfermedades. Estas variables son incluidas como dicotómicas tomando el valor de 1 si existe la enfermedad y 0 si no. La tercera estimación incluye la autopercepción e IMC, pero en esta en vez de incluir la variable de las enfermedades se incluye las variables sociodemográficas. Por último, la

cuarta estimación incluye todas las variables, la autopercepción, el IMC, las enfermedades, y las sociodemográficas.

Los análisis se realizaron mediante los programas Excel y R para Windows.

3. RESULTADOS.

Las Tablas 1 a 5 muestran la distribución de la población con respecto al IMC y la autopercepción. Los datos muestran que la población se concentra sobre todo en peso normal (45,8%) y sobre peso (38,5%). Otro dato que también podemos resaltar es que el 51,2% de la población de Castilla y León tiene sobre peso y obesidad. Por otra parte, en el caso de la distribución de la población según la autopercepción de salud se observa que en general los individuos se auto perciben con salud buena (53,7%) y muy buena (17,8%). La opción regular es la segunda opción con más individuos (21,1%), por lo que podemos a rasgos así generales podemos decir que la población tiene una visión positiva de sí mismos, pero tampoco muy positiva.

En cuanto a la distribución de la autopercepción según el IMC, que se presenta en la Tabla 1, podemos observar que en general sea cual sea el peso de las personas, la mayoría de los individuos tienen una autopercepción buena o muy buena, aunque en el caso de los individuos con sobre peso y obesidad esta percepción cambia ya que dejan de verse tan bien ya que el porcentaje de que se perciban regular aumenta (22,2 y 30,9%, respectivamente) pero aun así los porcentajes de malo y muy malo se mantienen bajos (4,4% y 1,1%). Hay que destacar que, aunque la mayor parte de los individuos de la muestra se encuentre con sobrepeso u obesidad estos no tienen una autopercepción mala o muy mala de sí mismos sino todo lo contrario es más el porcentaje de sentirse bien consigo mismo (bueno) con un 52.9% y un 52.5%, que el de sentirse malo o muy malo consigo mismo con apenas unos 6,5% 1,6% en el caso de sobre peso y un 4,4% y 1,1% en el de obesidad. Dato muy relevante a la hora de enlazar estas dos variables.

En general lo que podemos observar en la Tabla 1, es que los individuos de la muestra tienen una autopercepción de sí mismos positiva, y a medida que el IMC aumentan los porcentajes de regular en mayor proporción y malo y muy malo tienden a aumentar, pero no con gran cambio.

Otra distribución la cual creemos que nos puede dar información es la que estudia las enfermedades con respecto a la autopercepción y el IMC, por ello se ha realizado las Tablas 2 y 3 en las cuales se ha llevado a cabo la distribución de las variables enfermedades (diabetes, ECV, HTA y dislipidemia), con respecto a la autopercepción e IMC.

Con respecto a la desagregación según la autopercepción presentada en la Tabla 2, observamos que existe una clara tendencia, y es que a medida que la autopercepción de salud empeora, la prevalencia de enfermedades aumenta. Es decir que los individuos que se consideran en peor estado de salud (muy mala) tienden a presentar mayor incidencia de la enfermedad 31,3% en el caso de la diabetes, el 33,1% en el caso de las ECV, el 51,3% en el caso de la HTA y el 49% en el caso de la dislipidemia. Todo lo contrario, en los individuos que presentan una autopercepción muy buena de su salud, cuya distribución de que padezcan la enfermedad es el 2,3% en el caso de la diabetes, el 4,8% en el caso de las ECV, el 11,4% para la HTA y el 12% para la dislipidemia.

La autopercepción está fuertemente asociada con la prevalencia de las enfermedades, por lo que la prevalencia de las enfermedades puede ser un indicador de buena o mala autopercepción de la salud.

En cuanto a la distribución de la prevalencia de las enfermedades con respecto al IMC, análisis realizado en la Tabla 3, podemos sacar una conclusión parecida a la de la distribución con la autopercepción y es que estas dos variables tienen también una tendencia la cual asocia la prevalencia de enfermedades al aumento del IMC, y es que según los resultados, las personas con un IMC alto (sobrepeso y obesidad) tienen unos porcentajes más altos con respecto a tener un peso normal, un 11,2% y un 12,5% en el caso de la diabetes, un 12,5% y un 12,6% en el caso de las ECV, un 28% y un 48,6% en el caso de la HTA, y un 26,7% y un

31,6% en el caso de la dislipidemia. En cambio, la proporción de individuos que padece una enfermedad teniendo un peso normal son de un 3,7% con diabetes, un 8,2% con ECV, un 13,5% con HTA y un 17,4% con dislipidemia. Hay que destacar los casos de la HTA y la dislipidemia ya que la presencia de estas dos enfermedades es muy alta en el caso de los individuos con obesidad en especial la HTA, y también destacar que la prevalencia de estas dos enfermedades no son las más bajas (más en el caso de la dislipidemia) como lo es en el caso de la diabetes y las ECV, esto nos podría indicar que no solo el peso corporal influye en la aparición de estas enfermedades.

Para contrastar si lo observado en la Tabla 1 en cuanto a que la población tiene una perspectiva en general positiva de sí mismos se ha realizado la Tabla 4 la cual consiste en una distribución entre la autopercepción y las variables sociodemográficas. Tras lo analizado podemos ver que lo visto antes se repite en esta, la autopercepción positiva es común en la muestra, pero podemos ver ciertas variaciones significativas si abordamos las variables sociodemográficas. En el caso la variable del sexo, podemos observar en rasgos generales que los hombres tienen una perspectiva más positiva que el de las mujeres, ya que los hombres predominan en la opción buena (53.5%) y en cambio las mujeres predominan más en las opciones mala y regular (58% y 56,5%), siendo las opciones más extremas muy bueno y muy malo las opciones más igualadas entre ambos. Analizando la educación, vemos que por lo general tienen unas proporciones equilibradas, destacamos el caso de los individuos con estudios hasta primaria la cual tiene una gran representación en todas las categorías, salvo en la de muy mala (24,6%) por lo que podríamos por lo que podríamos decir que tienen una perspectiva positiva de sí mismos. También destacamos la población con estudios hasta la ESO los cuales son los individuos con una perspectiva más negativa de sí mismos, siendo la de mayor proporción en el caso de los que presentan muy mala autopercepción (36,5%) y teniendo una de las más bajas proporciones de la opción muy buena (19,8%) por lo que podríamos decir que este grupo de individuos tiene una percepción negativa de sí mismos. Los individuos con estudios hasta Bachiller tienen resultados

parecido a los de primaria ya que tienen gran presencia en todas las categorías y con una tendencia a tener una perspectiva positiva sí mismos, aunque en la categoría regular no tienen la gran representación que en las demás categorías (22,2%). En cuanto a los individuos que tienen estudios universitarios, la proporción de estos es mucho menor que las demás, pero también podemos ver que tienen una autopercepción positiva. Según la edad hay una clara diferencia entre los individuos de mayor edad y menor edad, observamos como las personas con más de 65 años (>65) tiene una perspectiva más negativa de sí mismos (53,7% en la categoría muy mala), en cambio los individuos con la edad entre 15-39 años tienen una tendencia contraria a los de mayores de 65, teniendo estas una tendencia más positiva. Destacamos el caso de los individuos en el rango de edades de 40-64, los cuales tienen gran representación en cada categoría, pero tienen una tendencia hacia una percepción mala y regular (46,7% y 44,4% respectivamente) de sí mismos, por lo que podríamos decir que es en este rango de edad se produce el cambio de la perspectiva de uno mismo a una tendencia más negativa.

Por último, al analizar la distribución de la variable que indica si los individuos conviven en pareja, se pueden observar una tendencia negativa, ya que esto se evidencia en su considerable representación en todas las categorías evaluadas, ya que, aunque los individuos con buena o muy buena autopercepción de salud sea alta (59,1% y 55,2%, respectivamente), las categorías de autopercepción regular (65,6%) y muy mala (66,9%) tienen mayor representación evidenciando esta tendencia negativa.

La Tabla 5 muestra la distribución de la población de acuerdo con su IMC y sus características sociodemográficas. La distribución por sexo muestra la población masculina de Castilla y León tiende a estar en condiciones de sobrepeso u obesidad que la población femenina, en una proporción de 59,6% a 62,8%. En el caso de la educación podemos observar que no hay despuntes los cuales llamen la atención ya que se mantienen unos valores más o menos igualados, aunque se puede apreciar como a medida que las personas tienen más

formación estas tienden a no tener sobre peso u obesidad ya que como podemos ver en las tablas son los porcentajes más bajos en estos grupos (14,7% sobrepeso y 18,8% obesidad). Comparándolo con lo obtenido en la variable edad, podemos ver como a medida que la población envejece la proporción con sobrepeso u obesidad aumenta, sobre todo en el rango de edad de los 40 a los 64 años. Por otro lado, en el caso de la convivencia o no en pareja, este dato es llamativo ya que por lo que podemos observar hay una clara relación entre esta variable y el IMC y es que la mayor parte de la población con sobrepeso u obesidad se encuentra en la población que convive en pareja (62% y 65%, respectivamente).

La Tabla 6 muestra los resultados de las cuatro regresiones para estimar la asociación entre el IMC y la autopercepción.

Inicialmente solo tomaremos en cuenta como variable independiente el sobrepeso y obesidad lo cual realizamos en la primera regresión (modelo 1), vemos que la relación que tiene esta variable con la Autopercepción es amplia, ya que hay un 33% de posibilidades que una persona con sobrepeso se sienta mal consigo mismo. Vemos en cambio que hay una gran variación con entre la estimación del modelo 1 y del modelo 2, y es que cuando tomamos en cuenta también la variable de que el individuo sufra alguna enfermedad de las analizadas (diabetes, ECV, HTA o dislipidemia), la correlación entre el sobrepeso y el que el individuo se sienta mal disminuye claramente de un 33% en el Modelo 1 a un 7% en el modelo dos, esto nos haría pensar que la relación entre el sentirse mal con uno mismo cuando este tiene una enfermedad no tiene mucha relación con que esta sufra sobre peso o no.

Ahora introduciremos las variables sociodemográficas (sexo, educación, edad y convivencia en pareja) y quitaremos la variable de las enfermedades, este será nuestro modelo 3. En este análisis observamos también que ocurre un cambio en la relación entre el sobrepeso y obesidad y la autopercepción con respecto al Modelo 1, pero no tan grande como ocurre con el Modelo 2, ahora obtenemos un 19% por lo que podemos decir que las variables sociodemográficas afectan

a la relación entre nuestras variables, pero en menor medida no como en el modelo anterior.

Y para finalizar realizaremos una última regresión en la cual incluimos todas nuestras variables, tanto la de la si sufre alguna enfermedad como las variables sociodemográficas, en ella podemos ver el efecto que tienen en la relación de sobrepeso y obesidad y la autopercepción cuando tomamos en cuenta las enfermedades y las variables sociodemográficas, y por lo que podemos observar es que a comparación del Modelo 1, en esta ocurre algo similar de lo que nos sucedió con el Modelo 2, y es que hay un gran cambio en el coeficiente ya que pasa a tener un valor del 8%, lo que nos indica que la importancia del sobrepeso y obesidad a la hora de valorar la autopercepción cuando tomamos en cuenta todas nuestras variables es mucho menor de cuando solo la tomamos en cuenta a ella sola, pero no es estadísticamente significativa.

Tabla 1: Distribución de la muestra de acuerdo con el IMC y autopercepción.

IMC	Total	Autopercepción de la salud				
		% muy malo	% malo	% regular	% bueno	% muy bueno
Bajo peso	60.578	2,2	15,1	6,9	59,3	16,5
Peso normal	912.444	0,7	5,9	18,4	54,3	20,6
Sobrepeso	765.948	1,6	6,5	22,2	52,9	16,7
Obesidad	252.392	1,1	4,4	30,9	52,5	11,1

IMC: Índice de masa corporal

Fuente: Elaboración propia con datos del INE.

Tabla 2: Distribución de la muestra de acuerdo con la autopercepción y enfermedades.

Autopercepción	Total	Enfermedades			
		% Diabetes	% ECV	% HTA	% Dislipidemia
Muy mala	22.747	31,3	33,1	51,3	49,0
Mala	124.336	12,2	25,8	37,1	39,0
Regular	420.558	13,0	18,3	34,0	33,7
Buena	1.069.748	6,3	6,4	20,9	19,1
Muy buena	353.973	2,3	4,8	11,4	12,0

ECV: Enfermedades cardio vasculares; HTA: Hipertensión arterial

Fuente: Elaboración propia con datos del INE.

Tabla 3: Distribución porcentual de la muestra de acuerdo con el IMC y enfermedades.

IMC	Total	Enfermedades			
		% Diabetes	% ECV	% HTA	% Dislipidemia
Bajo peso	60.578	1,8	1,3	6,5	8,0
Peso normal	912.444	3,7	8,2	13,5	17,4
Sobrepeso	765.948	11,2	12,5	28,0	26,7
Obesidad	252.392	12,5	12,6	48,6	31,6

IMC: Índice de masa corporal; ECV: Enfermedades cardio vasculares; HTA: Hipertensión arterial

Fuente: Elaboración propia con datos del INE.

Tabla 4: Distribución porcentual de la muestra de acuerdo con la autopercepción y características sociodemográficas.

Autopercepción	Total	Sexo		Educación				Edad				Convivencia
		% Hombres	% Mujeres	%Primaria	%ESO	%Bachillerato	%Universidad	% 15-24	% 25-39	% 40-64	% >65	%Conviven
Muy mala	22.747	50,8	49,2	24,6	36,5	25,3	13,6	0,0	12,4	33,9	53,7	66,9
Mala	124.336	42,0	58,0	32,1	25,5	27,8	14,5	5,4	7,6	46,7	40,2	55,2
Regular	420.558	43,5	56,5	31,3	27,9	22,2	18,6	1,6	11,3	44,4	42,8	65,6
Buena	1.069.748	53,5	46,5	29,2	26,0	27,2	17,5	11,4	20,7	45,4	22,5	59,1
Muy buena	353.973	50,7	49,3	35,2	19,8	29,1	15,9	18,5	33,6	37,2	10,7	55,2

ESO: Educación Secundaria Obligatoria

Fuente: Elaboración propia con datos del INE.

Tabla 5: Distribución porcentual de la muestra de acuerdo con el IMC y características sociodemográficas.

IMC	Total	Sexo		Educación				Edad				Convivencia
		% Hombres	% Mujeres	%Primaria	%ESO	%Bachillerato	%Universidad	% 15-24	% 25-39	% 40-64	% >65	%Conviven
Bajo peso	60.578	23,0	77,0	27,5	19,4	28,4	24,7	36,1	38,2	17,7	8,0	36,9
Peso normal	912.444	40,4	59,6	28,7	24,6	28,3	18,4	15,6	23,0	39,3	22,2	57,7
Sobre peso	765.948	59,6	40,4	34,9	27,1	23,3	14,7	4,2	17,0	48,7	30,0	62,0
Obesidad	252.392	62,8	37,2	27,2	24,5	29,5	18,8	1,8	14,7	50,6	33,0	65,0

IMC: Índice de masa corporal; ESO: Educación Secundaria Obligatoria.

Fuente: Elaboración propia con datos del INE.

Tabla 6: Resultados de las regresiones.

Variable dependiente: Autopercepción.	Modelo1		Modelo2		Modelo3		Modelo4	
	Coef. (err.std.)	I.C. (95%)						
Constante	0,3947 (0,0919)	0,33 - 0,47	0,2665 (0,1092)	0,21 - 0,33	0,3780 (0,3293)	0,20 - 0,72	0,2031 (0,3574)	0,10 - 0,40
Sobrepeso y Obesidad	1,333 (0,1239)	1,05 - 1,70	1,0733 (0,1302)	0,83 - 1,39	1,1913 (0,1343)	0,91 - 1,55	1,0872 (0,1373)	0,83 - 1,42
Enfermedad			2,8280 (0,1299)	2,19 - 3,65			2,1195 (0,1449)	1,59 - 2,82
Sexo					1,5451 (0,1331)	1,19 - 2,00	1,6740 (0,1360)	1,28 - 2,19
Educación Primaria					1,0420 (1,1713)	0,74 - 1,46	1,0501 (0,1734)	0,75 - 1,48
Educación ESO					1,1093 (0,1815)	0,78 - 1,58	1,1421 (0,1839)	0,79 - 1,64
Educación Universidad					1,1470	0,77 - 1,69	1,1785	0,79 - 1,74

			(0,1988)		(0,2014)
Edad 15-24			0,1066 (0,4428)	0,04 - 0,23	0,1648 (0,4518)
Edad 25-39			0,2488 (0,2180)	0,16 - 0,38	0,3770 (0,2329)
Edad 40-64			0,4712 (0,1391)	0,36 - 0,62	0,5929 (0,1470)
Convivencia			0,9912 (0,1313)	0,76 - 1,28	0,9834 (0,1329)
N.º Observaciones	1.224	1.224	1.224		1.224
HL	0,0035	0,0468	0,0668		0,846
AIC	1.524,48	1.460,43	1.443,95		1.418,78

err.std.: Error estadístico; I.C. (95%): Intervalo de confianza del 95%; ESO: Educación Secundaria Obligatoria; HL: Test Hosmer-Lemeshow; AIC: Criterio de información de Akaike

Fuente: Elaboración propia con datos del INE.

4. CONCLUSIONES.

Los resultados muestran que el IMC y la autopercepción de salud está correlacionadas con las características sociodemográficas de los individuos. En el caso del sexo, los hombres tienen mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, mientras que las mujeres predominan en las categorías de bajo peso y peso normal. También se observa que, a mayor nivel educativo, menor es la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Destacamos el caso de la edad ya que hay una clara distinción entre los que tienen menos edad y los de más edad, ya que a partir del rango de edad de los 40-64 es cuando la prevalencia de la obesidad aumenta. Algo parecido podemos ver con la convivencia en pareja, ya que al igual de que asociamos el tener más años a tener más peso, en este caso asociamos la convivencia en pareja con una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

En el caso de la autopercepción observamos que la autopercepción positiva es lo general, la mayoría de la población a pesar de que se encuentre con sobrepeso u obesidad se auto percibe positivamente. Se puede destacar que a medida que aumenta el IMC, la percepción regular incrementa, pero por lo general la mayoría de los individuos tiene una percepción positiva de sí mismos.

En el análisis de la autopercepción con las variables sociodemográficas cuando observamos ciertas variaciones en la autopercepción, y es que cuando analizamos el sexo de los individuos vemos que las mujeres tienden a tener una percepción más negativa de sí mismas en comparación a los hombres, ya que las mujeres predominan en las categorías malo y regular, y los hombres en buena y muy buena. En el caso de tomar en cuenta la educación por lo general vemos que los individuos con menor nivel de educación tienden a tener una percepción más negativa de sí mismos. Basándonos en la edad, aquí observamos una similitud a la hora de haber realizado el cruce con el IMC, y es que los individuos en un rango de edad más alto tienen una perspectiva más negativa de sí mismos que los de un rango de edad más bajo, destacando el caso de rango de edad entre 40-60 donde vemos que empieza el cambio de la

percepción ya que es cuando la prevalencia de sentirse regular o mal es mayor con respecto a los demás. Al tomar la variable de la convivencia en pareja, esta, aunque sea una variable cuya distribución sea bastante equitativa, podemos decir que hay cierta relación entre aquellos que conviven en pareja y una mayor prevalencia de autopercepción negativa de ellos mismos, ocupan el 66,5% de la categoría muy mala y 55,2% de la mala y un 65,6% en la de regular por lo que podríamos decir que tienen una tendencia negativa.

Al tomar en cuenta la distribución de las enfermedades con las variables IMC y la autopercepción los resultados nos indican que tanto el IMC como la Autopercepción están fuertemente relacionadas con la prevalencia de las enfermedades. Un elevado peso y por tanto un IMC alto provoca que las posibilidades de sufrir diabetes, ECV, HTA y dislipidemia sean superiores (Ramon-Arbues 2019). Mientras que la autopercepción positiva estará asociada a una menor presencia de cualquiera de estas enfermedades, por lo que podemos sacar una conclusión clara y es que hay una clara importancia de mantener un peso saludable para reducir el riesgo de padecer alguna de las enfermedades analizadas.

En las regresiones podemos sacar la conclusión de que el Sobrepeso y obesidad tienen una correlación con la autopercepción negativa, esta es más fuerte cuando solo se analizan estas de forma aislada, es cuando se analizan las demás variables cuando esta correlación se atenúa significativamente, esto nos hace deducir que aunque el factor del sobre peso u obesidad sean un factor importante su impacto en la autopercepción está condicionado por una variedad de ciertos factores como lo son los de la condición de salud y las variables sociodemográficas.

Entonces para poder realizar un análisis sobre la relación que hay entre la variable del sobrepeso u obesidad con la autopercepción no nos vale con tomar solo como referencia estas dos variables, sino que también debemos tomar en cuenta otros factores como lo son el que tengas alguna enfermedad o no o

variables sociodemográficas como lo son el sexo, la edad, la educación, y la convivencia en pareja o no, para así poder realizar un análisis real.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Brener, N. D., Eaton, D. K., Lowry, R., & McManus, T. (2004). "The association between weight perception and BMI among high school students". *Obesity Research*, 12(12), 1866-1874.

Cánovas, B., Ruperto, M., Mendoza, E., Koning, M. A., Martín, E., Seguro, H., Garriga, M., & Vázquez, C. (2001). Concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa. *Nutrición Hospitalaria*, 16(4), 116-120.

Carbo Coronel, G. M., & Berrones Vivar, L. F. (2022). "Riesgos modificables relacionados a la hipertensión arterial". *Más Vida*, 4(2), 196–214.

Cruz Hidalgo, P., Morales Carrasco, C., Valle Córdova, M., Urdiales Arcos, V., Quinteros Romero, C., Vázquez Verdugo, M., Sinchi Chuqui, C., & Samaniego Inca, J. (2022). "Obesidad y enfermedad cardiovascular: de lo molecular a lo clínico". Disponible en <https://doi.org/10.5281/zenodo.6437779> [consulta: 05/06/2024].

Díaz Guzmán, M. C., & Díaz Guzmán, M. T. (2008). Obesidad y autoestima. *Enfermería Global*, 7(2).

Domingo Bartolomé, M. de, & López Guzmán, J. (2014). La estigmatización social de la obesidad / The social stigma of obesity. *Cuadernos de Bioética*, 25(84), 273-284.

Instituto Nacional de Estadística (2024), "Encuesta nacional de salud", Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=ultiDatos&idp=1254735573175 [consulta: 14/06/2024].

Míguez Bernárdez, M., Montaña Miguélez, J. De la, González Carnero, J., & González Rodríguez, M.^a. (2011). Concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el estado nutricional en universitarios de Orense. *Nutrición Hospitalaria*, 26(3), 472-479.

Moreira Cevallos, W. J., López Bailón, A. N., Moreira Loor, C. S., & Castro Jalca, J. E. (2022). "Prevalencia y factores de riesgo de dislipidemias: Un estudio de la situación actual". *Higia de la salud*, 6(1).

Moscote Flórez, O. (2022). "Modelo Logit". *RPubs*. Disponible en <https://rpubs.com/orlandoan/887367> [consulta: 14/06/2024].

Palango Caiza, D. N. (2020). "La historia clínica y dietética en pacientes con obesidad y enfermedad cardiovascular: Revisión bibliográfica". Universidad de Zaragoza.

Riobó Serván, P. (2013). "Obesity and Diabetes". *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 138-143.

Rodríguez-Guzmán, L. M., Carballo-Gallegos, L. F., Falcón-Coria, A., Arias-Flores, R., & Puig-Nolasco, Á. (2010). "Autopercepción de la imagen corporal en mujeres y su correlación con el índice de masa corporal". *Medicina Universitaria*, 12(46), 29-32.

Rodríguez-Rada, C., Celada-Rodríguez, Á., Celada-Roldán, C., Tárraga-Marcos, M. L., Romero-de Ávila, M., & Tárraga-López, P. J. (2021). "Análisis de la relación entre diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad con los factores de riesgo cardiovascular". *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(2), 411-433.

Rosado Martín, J., Martínez López, M. Á., Mantilla Morató, T., Dujovne Kohan, I., Palau Cuevas, F. J., Torres Jiménez, R., & García Puig, J. (2012). "Prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid (España): Estudio MADRIC (MADrid Riesgo Cardiovascular)". *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 243-250.

Urdánigo Cedeño, J. J., Orellana Rosado, J. M., Pérez Valle, G. P., & Castro Jalca, J. E. (2022). "Obesidad como factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares: un impacto en la sociedad". *Higia de la salud*, 6(1).

Westreicher, G. (2021). "Modelo Logit". *Economipedia*. Disponible en <https://economipedia.com/modelo-logit> [consulta: 14/06/2024].

World Health Organization (WHO). (2024). "Obesity and overweight". Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [consulta: 05/06/2024].

Zubeldia Lauzurica, L., Quiles Izquierdo, J., Mañes Vinuesa, J., & Re-dón Más, J. (2016). "Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana". *Revista Española de Salud Pública*, 90, 1-11.