



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

Año 2026

Trabajo Final de Carrera (Tesis)

Asociación entre estrés percibido y autopercepción de adiposidad abdominal en mujeres de 30–45 años

Association Between Perceived Stress and Self-Perceived Abdominal Adiposity in Women Aged 30–45 Years

Alumna:

Noelia Javier

noeliaflorescia.javier@alumnos.uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana

Tutora:

Karina Bustamante Galarza

Karina.bustamantegalarza@uai.edu.ar

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad Abierta Interamericana

Asociación entre estrés percibido y autopercepción de adiposidad abdominal en mujeres de 30–45 años

Association Between Perceived Stress and Self-Perceived Abdominal Adiposity in Women Aged 30–45 Years

Autores: Javier N, Bustamante Galarza K.

Resumen

Introducción: El estrés percibido puede relacionarse con cambios conductuales, metabólicos y con la manera en que las personas valoran su cuerpo. El objetivo fue analizar la asociación entre estrés percibido y autopercepción de adiposidad abdominal en mujeres de 30 a 45 años. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en 86 mujeres residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Área Metropolitana de Buenos Aires. Se aplicaron la Escala de Estrés Percibido de 10 ítems y un cuestionario de cinco ítems sobre autopercepción abdominal. Se calcularon estadísticos descriptivos, alfa de Cronbach, correlación de Spearman y regresión lineal múltiple ajustada por índice de masa corporal. **Resultados:** Se observó una correlación positiva moderada entre estrés percibido y autopercepción abdominal ($\rho = 0,438$; $p < 0,001$). El modelo explicó el 31,0 % de la variabilidad del puntaje abdominal. El estrés permaneció significativamente asociado luego del ajuste por índice de masa corporal (coeficiente = 0,307; $p < 0,001$), mientras que este último no alcanzó significación estadística ($p = 0,061$). **Conclusión:** Un mayor estrés percibido se asoció con una mayor autopercepción de adiposidad abdominal. Los hallazgos resaltan la importancia de considerar factores psicológicos y subjetivos junto con los indicadores antropométricos.

Palabras clave: Estrés Psicológico; Adiposidad; Imagen Corporal; Mujeres; Estudios Transversales.

Abstract

Background: Perceived stress may be related to behavioral and metabolic changes and to the way individuals evaluate their bodies. This study aimed to analyze the association between perceived stress and self-perceived abdominal adiposity in women aged 30 to 45 years. **Material and methods:** An observational, analytical, cross-sectional study was conducted in 86 women living in Buenos Aires City and its metropolitan area. The 10-item Perceived Stress Scale and a five-item abdominal self-perception questionnaire were administered. Descriptive statistics, Cronbach's alpha, Spearman's correlation, and multiple linear regression adjusted for body mass index were performed. **Results:** A moderate positive correlation was observed between perceived stress and abdominal

self-perception ($\rho = 0.438$; $p < 0.001$). The model explained 31.0% of the variability in the abdominal score. Perceived stress remained significantly associated after adjustment for body mass index (coefficient = 0.307; $p < 0.001$), whereas body mass index did not reach statistical significance ($p = 0.061$). **Conclusion:** Higher perceived stress was associated with greater self-perceived abdominal adiposity. These findings highlight the importance of considering psychological and subjective factors together with anthropometric indicators.

Keywords: Stress, Psychological; Adiposity; Body Image; Women; Cross-Sectional Studies.

INTRODUCCIÓN

El estrés percibido se refiere a la valoración subjetiva que realiza una persona sobre las demandas de su vida cotidiana y los recursos que considera disponibles para afrontarlas. Por este motivo, individuos expuestos a situaciones semejantes pueden experimentar diferentes niveles de estrés según su percepción de control, previsibilidad y capacidad de respuesta frente a las exigencias.

Cuando la respuesta al estrés se mantiene en el tiempo, puede relacionarse con cambios fisiológicos y conductuales. Entre los mecanismos propuestos se encuentran la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, la liberación de cortisol y las modificaciones del apetito, la conducta alimentaria, la actividad física y el equilibrio energético. Estos procesos podrían influir sobre el peso corporal y la distribución del tejido adiposo.

La adiposidad abdominal hace referencia a la acumulación de tejido adiposo en la región del abdomen y la cintura. Aunque habitualmente se evalúa mediante indicadores antropométricos, como el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura, también existe una dimensión subjetiva relacionada con la manera en que cada persona percibe esa región corporal. Esta percepción puede coincidir o no con las características antropométricas reales.

Los antecedentes internacionales muestran asociaciones entre el estrés y diferentes indicadores de adiposidad. Tenk et al., mediante una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios realizados en distintos países, informaron que mayores niveles de estrés percibido se relacionaban con valores superiores de índice de masa corporal y circunferencia de cintura [3]. En Australia, Mouchacca et al. observaron en mujeres asociaciones entre estrés percibido, mayor índice de masa corporal, obesidad, menor actividad física recreativa y determinadas conductas alimentarias y sedentarias [4]. En los Países Bajos, Siddiqui et al. encontraron que la exposición acumulada a acontecimientos vitales estresantes se asociaba con un aumento posterior de la circunferencia de cintura, aunque este estudio evaluó la cantidad de acontecimientos y no la percepción subjetiva del estrés.

En Corea del Sur, Cha et al. analizaron la relación entre percepción corporal y estrés percibido. La sobrepercepción del peso y de la circunferencia de cintura se asoció con una mayor presencia de estrés, particularmente en mujeres [6]. Este antecedente incorpora la dimensión subjetiva de la percepción corporal, pero compara dicha percepción con mediciones objetivas e incluye un rango etario amplio.

En Argentina también se han estudiado el estrés percibido y los indicadores

antropométricos en mujeres adultas. Un estudio realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires evaluó la percepción de estrés, el índice de masa corporal y la circunferencia de cintura en mujeres de 40 a 65 años [8]. Sin embargo, no analizó específicamente la autopercepción de adiposidad abdominal.

En conjunto, la literatura disponible presenta diferencias en las poblaciones, los rangos etarios, los contextos socioculturales y los instrumentos utilizados. Algunos estudios analizan estrés percibido, mientras que otros registran acontecimientos vitales; asimismo, la adiposidad se aborda mediante mediciones objetivas o comparaciones entre percepción y antropometría. Esta heterogeneidad dificulta establecer con claridad cómo se relaciona el estrés percibido con la valoración subjetiva de la región abdominal.

La evidencia continúa siendo limitada, especialmente en Argentina y en el ámbito de Buenos Aires, respecto de la asociación entre estrés percibido y autopercepción de adiposidad abdominal en mujeres de 30 a 45 años. Profundizar en esta relación permitirá aportar evidencia local sobre una población femenina y etariamente delimitada, y contribuirá a comprender mejor el vínculo entre estrés y percepción corporal.

En este contexto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe una asociación entre el estrés percibido y la autopercepción de adiposidad abdominal en mujeres de 30 a 45 años?

El objetivo del presente estudio es analizar la asociación entre el estrés percibido y la autopercepción de adiposidad abdominal en mujeres de 30 a 45 años. Se plantea como hipótesis que mayores niveles de estrés percibido se asocian con mayores puntajes de autopercepción de adiposidad abdominal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico y de corte transversal, cuyo propósito fue analizar la asociación entre el estrés percibido y la autopercepción de adiposidad abdominal en mujeres de 30 a 45 años.

La información se recolectó en un único momento mediante una encuesta estructurada, anónima y autoadministrada en formato digital. Debido al diseño transversal, los resultados permitieron identificar la presencia y magnitud de asociaciones entre las variables estudiadas, pero no establecer relaciones de causalidad ni determinar su secuencia temporal.

Población, ámbito y período del estudio

La población estuvo constituida por mujeres de entre 30 y 45 años residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Área Metropolitana de Buenos Aires.

La recolección de datos se llevó a cabo entre mayo y julio de 2026 mediante un formulario elaborado en Google Forms. El enlace de acceso fue distribuido a través de redes sociales, servicios de mensajería instantánea y otros medios digitales.

Muestreo y tamaño de la muestra

Debido al carácter exploratorio del estudio y a la ausencia de antecedentes locales que permitieran estimar un tamaño muestral basado en una correlación esperada, se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia constituida por todas las participantes elegibles durante el período de recolección. La muestra final quedó constituida por 86 participantes.

La participación fue voluntaria y no se ofreció ningún tipo de compensación económica ni material.

Criterios de inclusión

Se incluyeron participantes que cumplan con los siguientes criterios:

- Ser mujer.
- Tener entre 30 y 45 años al momento de responder el formulario.
- Comprender las consignas incluidas en el formulario.
- Aceptar voluntariamente el consentimiento informado.
- Completar la totalidad de las preguntas obligatorias.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del análisis:

- Participantes menores de 30 años o mayores de 45 años.
- Personas que no acepten el consentimiento informado.
- Mujeres embarazadas o que se encuentren cursando el puerperio al momento de responder.
- Formularios incompletos.
- Registros duplicados.
- Registros con datos manifiestamente inconsistentes o imposibles.

Se consideraron registros potencialmente duplicados aquellos que presenten coincidencia en la fecha y hora aproximada de envío, edad, peso, altura, talle de pantalón y patrón completo de respuestas. Ante la identificación de un posible duplicado, se conservará únicamente el primer registro completo.

Los valores extremos de peso o altura no fueron eliminados automáticamente. Fueron revisados para determinar si corresponden a posibles errores de carga. Solo se

excluyeron aquellos valores incompatibles con las unidades solicitadas o evidentemente imposibles.

El diagnóstico de enfermedades endocrinas o metabólicas y el uso de corticoides sistémicos durante los tres meses anteriores no constituyeron criterios de exclusión. Estas condiciones fueron registradas como posibles variables de confusión y consideradas durante el análisis estadístico.

Instrumento de recolección de datos

Se utilizó una encuesta estructurada, anónima y autoadministrada mediante Google Forms. El formulario estuvo compuesto por las siguientes secciones:

1. Consentimiento informado.
2. Datos sociodemográficos y corporales.
3. Autopercepción de adiposidad abdominal e impacto subjetivo asociado.
4. Escala de Estrés Percibido PSS-10.
5. Variables de control.

No se solicitaron nombres, documentos de identidad, direcciones de correo electrónico, números telefónicos ni otros datos que permitan identificar directamente a las participantes.

El formulario completo fue incorporado como anexo del trabajo para permitir la reproducción del estudio.

Datos sociodemográficos y corporales

Se registraron la edad y el lugar de residencia de las participantes. También se solicitaron los siguientes datos autorreportados:

- Peso aproximado actual, expresado en kilogramos.

- Altura aproximada, expresada en centímetros.
- Talle de pantalón utilizado habitualmente.
- Cambio percibido en el talle de pantalón durante los últimos seis meses.

La edad fue registrada en años cumplidos mediante categorías comprendidas dentro del intervalo de 30 a 45 años.

A partir del peso y la altura informados se calculó el índice de masa corporal mediante la siguiente fórmula:

Índice de masa corporal = peso en kilogramos / altura en metros².

El índice de masa corporal fue considerado una variable descriptiva y complementaria, debido a que el peso y la altura fueron autorreportados y no correspondieron a mediciones antropométricas realizadas por el equipo investigador.

El índice de masa corporal no fue interpretado como una medición directa de adiposidad abdominal, debido a que no permite determinar la distribución regional del tejido adiposo.

Evaluación de la autopercepción de adiposidad abdominal

La autopercepción de adiposidad abdominal y su impacto subjetivo fueron evaluados mediante cinco afirmaciones elaboradas específicamente para el presente estudio:

1. Percibo aumento de volumen en la zona abdominal.
2. Noto que la ropa me ajusta más en la cintura o abdomen.
3. La apariencia de mi abdomen me genera incomodidad o malestar.
4. Evito usar cierta ropa por cómo percibo mi abdomen.

5. Me siento conforme con la apariencia actual de mi abdomen.

Cada afirmación fue respondida mediante una escala tipo Likert con las siguientes cinco opciones:

- Totalmente en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- De acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

Las opciones fueron codificadas de 1 a 5 puntos. En los primeros cuatro ítems, una puntuación mayor indicó una mayor percepción de volumen abdominal o un mayor impacto subjetivo relacionado con esa región corporal.

El quinto ítem fue puntuado en sentido inverso:

- Totalmente en desacuerdo: 5 puntos.
- En desacuerdo: 4 puntos.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 3 puntos.
- De acuerdo: 2 puntos.
- Totalmente de acuerdo: 1 punto.

El puntaje total se obtuvo mediante la suma de los cinco ítems y varió entre 5 y 25 puntos. Una puntuación más elevada indicó una mayor autopercepción de adiposidad abdominal y un mayor impacto subjetivo vinculado con la apariencia del abdomen.

Debido a que el instrumento fue elaborado para esta investigación y no constituye una escala previamente validada, sus resultados fueron interpretados como una medida exploratoria de autopercepción e impacto subjetivo abdominal.

La consistencia interna del instrumento fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach. También se analizó la correlación de cada ítem con el puntaje total y el valor

del alfa de Cronbach si cada ítem fuera eliminado.

Evaluación del estrés percibido

El estrés percibido fue evaluado mediante la Escala de Estrés Percibido de 10 ítems, PSS-10.

La escala indaga la frecuencia con la que, durante el último mes, las participantes experimentaron pensamientos y sentimientos relacionados con nerviosismo, falta de control, sobrecarga, confianza y capacidad para afrontar las dificultades.

Cada ítem fue respondido mediante cinco opciones:

- Nunca.
- Casi nunca.
- De vez en cuando.
- A menudo.
- Muy a menudo.

Las opciones fueron codificadas de 0 a 4 puntos:

- Nunca: 0 puntos.
- Casi nunca: 1 punto.
- De vez en cuando: 2 puntos.
- A menudo: 3 puntos.
- Muy a menudo: 4 puntos.

Los ítems 4, 5, 7 y 8, formulados en sentido positivo, fueron puntuados de manera inversa:

- Nunca: 4 puntos.
- Casi nunca: 3 puntos.
- De vez en cuando: 2 puntos.
- A menudo: 1 punto.
- Muy a menudo: 0 puntos.

El puntaje total se obtuvo mediante la suma de los diez ítems y varió entre 0 y 40 puntos. Una puntuación más elevada indicó un mayor nivel de estrés percibido.

Para el análisis principal, el puntaje total de la PSS-10 fue considerado una variable cuantitativa continua. No se establecieron categorías de estrés bajo, moderado o alto, debido a que el análisis se realizó a partir del puntaje total.

La consistencia interna de la escala en la muestra estudiada fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Definición de las variables principales

La variable independiente o de exposición fue el estrés percibido, definido operacionalmente como el puntaje total obtenido en la escala PSS-10, con valores posibles de 0 a 40 puntos.

La variable dependiente o de resultado fue la autopercepción de adiposidad abdominal y su impacto subjetivo, definida operacionalmente como el puntaje total obtenido en el cuestionario de cinco ítems elaborado para el estudio, con valores posibles de 5 a 25 puntos.

La hipótesis principal establece que mayores puntajes de estrés percibido se asocian con mayores puntajes de autopercepción de adiposidad abdominal.

Variables complementarias y de control

Se registraron las siguientes variables:

- Edad.
- Peso autorreportado.
- Altura autorreportada.
- Índice de masa corporal.
- Talle de pantalón.
- Cambio de talle durante los últimos seis meses.
- Frecuencia de actividad física.
- Diagnóstico de enfermedad endocrina o metabólica.
- Uso de corticoides sistémicos durante los tres meses anteriores.

- Embarazo o puerperio.

La actividad física fue clasificada en tres categorías:

- No realiza actividad física.
- Realiza actividad física una o dos veces por semana.
- Realiza actividad física tres o más veces por semana.

El cambio de talle durante los seis meses anteriores se clasificó según las opciones incluidas en el formulario, diferenciando entre ausencia de cambios, aumento o disminución del talle habitual.

El diagnóstico de enfermedad endocrina o metabólica fue registrado mediante una respuesta dicotómica, sí o no. De igual manera, se registró el uso de corticoides sistémicos durante los tres meses anteriores.

La condición de embarazo o puerperio fue utilizada como criterio de exclusión debido a las modificaciones corporales, hormonales y metabólicas que pueden producirse durante estas etapas.

Procedimiento de recolección de datos

Las potenciales participantes accedieron al formulario mediante un enlace electrónico.

En la primera pantalla recibieron información sobre:

- El objetivo académico de la investigación.
- El carácter voluntario de la participación.
- El anonimato y la confidencialidad de los datos.
- La posibilidad de abandonar la encuesta antes de enviarla.
- La ausencia de fines diagnósticos.
- El uso exclusivamente académico de la información.

Solo pudieron continuar aquellas personas que seleccionaron la opción correspondiente a la aceptación del consentimiento informado.

Una vez otorgado el consentimiento, las participantes completaron las secciones correspondientes a datos corporales, autopercepción de adiposidad abdominal, estrés percibido y variables de control.

Las preguntas necesarias para el análisis fueron configuradas como obligatorias con el objetivo de reducir la presencia de datos faltantes.

Las respuestas fueron almacenadas automáticamente en Google Sheets. Una vez finalizado el período de recolección, la base fue exportada para su revisión, depuración, codificación y análisis estadístico.

Durante la depuración se verificó:

- Cumplimiento del rango de edad.
- Lugar de residencia.
- Aceptación del consentimiento informado.
- Ausencia de embarazo o puerperio.
- Integridad de las respuestas.
- Posibles duplicados.
- Errores de carga o valores manifiestamente inconsistentes.

Luego de la depuración se calcularon los puntajes totales de la PSS-10, del cuestionario de autopercepción abdominal y el índice de masa corporal.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas fueron descriptas mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas fueron resumidas mediante media, mediana, desvío estándar y valores mínimos y máximos.

La distribución de las variables cuantitativas fue evaluada mediante histogramas, gráficos Q-Q y la prueba de Shapiro-Wilk. La consistencia interna de la Escala de Estrés Percibido PSS-10 y del cuestionario de autopercepción de adiposidad abdominal fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Debido a que el puntaje de autopercepción de adiposidad abdominal no presentó una distribución normal, la asociación entre el puntaje total de estrés percibido y el puntaje de autopercepción abdominal fue analizada mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

De manera complementaria, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple. El puntaje de autopercepción de adiposidad abdominal fue incluido como variable dependiente, mientras que el puntaje de estrés percibido y el índice de masa corporal fueron incorporados como variables independientes. La normalidad de los residuos fue examinada mediante un gráfico Q-Q.

Se consideró estadísticamente significativo un valor de p inferior a 0,05. La base de datos fue almacenada inicialmente en Google Sheets y posteriormente exportada para su análisis. El análisis estadístico se realizó mediante jamovi versión 2.7.

No se realizó imputación de datos faltantes.

Consideraciones éticas

La participación fue voluntaria, anónima y estuvo precedida por la aceptación del consentimiento informado. Las participantes pudieron interrumpir la encuesta antes de enviarla, sin necesidad de justificar su decisión y sin que esto generara consecuencia alguna.

Los datos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y fueron analizados de manera agrupada. No se solicitó información que permitiera identificar directamente a las participantes. Se consideraron para la recolección y el manejo de los datos la Declaración de Helsinki y la Ley Nacional 25326 de Protección de Datos Personales.

La base de datos fue almacenada en un archivo de acceso restringido al equipo responsable de la investigación.

La encuesta no tuvo fines diagnósticos ni reemplazó una evaluación médica, psicológica, nutricional o antropométrica.

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra final quedó constituida por 86 mujeres de entre 30 y 45 años. Del total, 20 participantes (23,3 %) tenían entre 30 y 34 años, 34 (39,5 %) entre 35 y 39 años y 32 (37,2 %) entre 40 y 45 años.

Respecto de la actividad física, 65 participantes (75,6 %) informaron no realizar actividad física, 19 (22,1 %) indicaron realizarla una o dos veces por semana y 2 (2,3 %) tres o más veces por semana.

En relación con el cambio de talla durante los últimos seis meses, 35 participantes (40,7 %) manifestaron haber aumentado un talla y 29 (33,7 %) dos o más tallas. Por otra parte, 14 (16,3 %) indicaron que su talla no había cambiado, 2 (2,3 %) habían disminuido un talla, 1 (1,2 %) dos o más tallas y 5 (5,8 %) no estaban seguras.

Entre las 83 participantes con información disponible sobre el uso de corticoides sistémicos, ninguna refirió haberlos utilizado durante los tres meses anteriores. En cuanto a los antecedentes endocrinos o metabólicos, 5 de las 84 participantes con

datos disponibles (6,0 %) informaron presentar alguna de estas condiciones.

Tabla 1. Características generales de la muestra

Variable	n	%
Edad		
30 a 34 años	20	23,3
35 a 39 años	34	39,5
40 a 45 años	32	37,2
Actividad física		
No realiza	65	75,6
1 a 2 veces por semana	19	22,1
3 o más veces por semana	2	2,3
Cambio de talla		
Aumentó 1 talla	35	40,7
Aumentó 2 o más tallas	29	33,7
No cambió	14	16,3
Disminuyó 1 talla	2	2,3
Disminuyó 2 o más tallas	1	1,2
No está segura	5	5,8

Nota: Los porcentajes fueron calculados sobre el total de la muestra (n = 86).

Descripción de las variables cuantitativas

El puntaje de estrés percibido presentó una media de **27,2 puntos**, con un desvío estándar de 6,52, una mediana de 27 y valores comprendidos entre 11 y 40 puntos.

El puntaje de autopercepción de adiposidad abdominal presentó una media de **20,9 puntos**, con un desvío estándar de 4,01, una mediana de 22 y valores comprendidos entre 5 y 25 puntos.

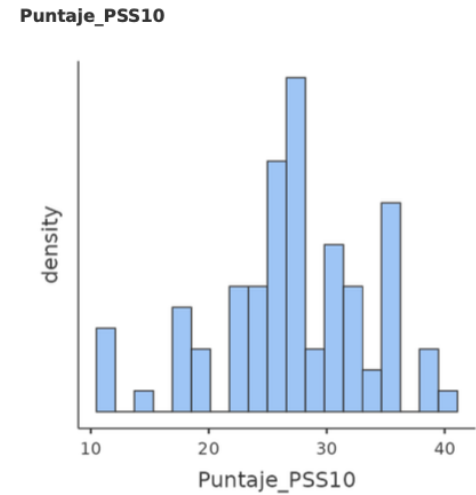
El peso medio fue de **67,3 ± 11,0 kg**, la altura media de **159 ± 8,97 cm** y el índice de masa corporal medio de **26,6 ± 3,38 kg/m²**. No se registraron datos perdidos en estas variables.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas

Variable	Medi a	DE	Media na	Míni mo	Máxi mo
Estrés percibido, PSS-10	27,2	6,52	27,0	11	40
Autopercepción abdominal	20,9	4,01	22,0	5	25
IMC, kg/m²	26,6	3,38	26,6	19,9	37,8
Peso, kg	67,3	11,0	67,0	40	99
Altura, cm	159	8,97	159	140	177

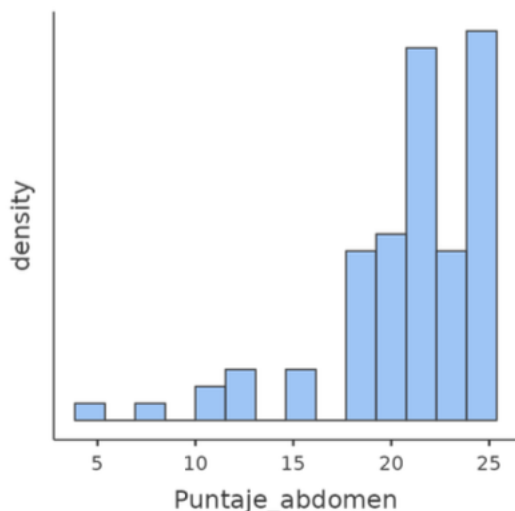
Nota: DE: desvío estándar; IMC: índice de masa corporal; PSS-10: Escala de Estrés Percibido de 10 ítems.

Figura 1. Distribución del puntaje de estrés percibido (PSS-10).



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis realizado mediante jamovi versión 2.7.

Figura 2. Distribución del puntaje de autopercepción de adiposidad abdominal.



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis realizado mediante jamovi versión 2.7

Distribución y consistencia interna de los instrumentos

La prueba de Shapiro-Wilk mostró que el puntaje de estrés percibido presentó una distribución compatible con la normalidad ($W = 0,972$; $p = 0,055$). En cambio, el puntaje de autopercepción de adiposidad abdominal presentó una distribución no normal ($W = 0,836$; $p < 0,001$). En función de estos resultados, la asociación principal fue evaluada mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

La PSS-10 presentó una buena consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de **0,826**. El cuestionario de autopercepción de adiposidad abdominal también mostró una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de **0,850**.

Tabla 3. Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Número de ítems	Alfa de Cronbach
PSS-10	10	0,826
Cuestionario de autopercepción abdominal	5	0,850

Nota: PSS-10: Escala de Estrés Percibido de 10 ítems.

Asociación entre estrés percibido y autopercepción de adiposidad abdominal

Se observó una correlación positiva de magnitud moderada entre el puntaje de estrés percibido y el puntaje de autopercepción de adiposidad abdominal (**rho de Spearman = 0,438**; $p < 0,001$). Este resultado indica que las participantes con mayores puntajes de estrés percibido tendieron a presentar mayores puntajes de autopercepción de adiposidad abdominal.

Tabla 4. Correlación entre estrés percibido y autopercepción abdominal

Variables	rho de Spearman	p
PSS-10 y autopercepción abdominal	0,438	< 0,001

Nota: PSS-10: Escala de Estrés Percibido de 10 ítems.

Modelo de regresión lineal múltiple

Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar la asociación entre el estrés percibido y la autopercepción de adiposidad abdominal, ajustada por el índice de masa corporal. El modelo explicó el **31,0 % de la variabilidad** del puntaje de

autopercepción abdominal ($R = 0,557$; $R^2 = 0,310$).

El puntaje de estrés percibido se asoció positiva y significativamente con el puntaje de autopercepción abdominal (**$B = 0,307$; error estándar = 0,0568; $t = 5,40$; $p < 0,001$**). Esto indica que, manteniendo constante el índice de masa corporal, por cada punto adicional en la PSS-10 se observó un aumento promedio de 0,307 puntos en el puntaje de autopercepción abdominal.

El índice de masa corporal presentó un coeficiente positivo, aunque no alcanzó significación estadística (**$B = 0,208$; error estándar = 0,1096; $t = 1,90$; $p = 0,061$**). La inspección del gráfico Q-Q mostró una distribución aproximadamente aceptable de los residuos, con algunas desviaciones en los extremos.

Tabla 5. Regresión lineal múltiple para el puntaje de autopercepción abdominal

Predictor	B	EE	t	p
Constante	7,04 8	3,08 10	2,29	0,02 5
Puntaje PSS-10	0,30 7	0,05 68	5,40	< 0,00 1
IMC	0,20 8	0,10 96	1,90	0,06 1

Nota: Variable dependiente: puntaje de autopercepción de adiposidad abdominal. B: coeficiente no estandarizado; EE: error estándar; IMC: índice de masa corporal. R^2 del modelo = 0,310.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo del presente estudio fue la existencia de una asociación positiva y

moderada entre el estrés percibido y la autopercepción de adiposidad abdominal. Las participantes con mayores puntajes en la PSS-10 tendieron a presentar una mayor percepción de volumen abdominal y un mayor impacto subjetivo relacionado con esa región corporal. Además, esta asociación se mantuvo estadísticamente significativa luego de incorporar el índice de masa corporal en el modelo de regresión.

Estos resultados coinciden con antecedentes internacionales que relacionan el estrés con diferentes indicadores de adiposidad. Tenk et al. informaron que mayores niveles de estrés percibido se asociaban con valores superiores de índice de masa corporal y circunferencia de cintura [3]. De manera similar, Mouchacca et al. observaron en mujeres una relación entre estrés psicológico, mayor peso corporal, menor actividad física y determinadas conductas alimentarias y sedentarias [4].

Los hallazgos también presentan concordancia con el estudio de Cha et al., quienes encontraron una asociación entre estrés percibido y percepción del peso y la circunferencia de cintura, especialmente en mujeres [6]. Este antecedente resulta particularmente relevante porque incorpora la dimensión subjetiva de la percepción corporal. Sin embargo, a diferencia de dicho estudio, la presente investigación se centró específicamente en la percepción de la región abdominal y en el malestar asociado con su apariencia.

Siddiqui et al. encontraron que la exposición acumulada a acontecimientos vitales estresantes se relacionaba con un aumento posterior de la circunferencia de cintura [7]. Aunque este estudio utilizó mediciones objetivas y un diseño longitudinal, sus resultados respaldan la existencia de un vínculo entre estrés y adiposidad abdominal. En el ámbito local, Janjetic et al. analizaron la relación entre estrés percibido y perfil antropométrico en mujeres adultas de la

Ciudad Autónoma de Buenos Aires [8]. El presente trabajo amplía esa evidencia al estudiar específicamente la autopercepción abdominal en mujeres de 30 a 45 años.

En el modelo de regresión, el estrés percibido continuó asociado significativamente con la autopercepción abdominal, mientras que el índice de masa corporal no alcanzó significación estadística. Estos resultados son compatibles con la hipótesis de que la percepción de la región abdominal podría estar influida no solo por las características corporales objetivas, sino también por factores psicológicos relacionados con la percepción de la propia imagen corporal. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con cautela, ya que el peso y la altura fueron autorreportados y el índice de masa corporal no constituye una medición directa de adiposidad abdominal.

La asociación observada podría estar relacionada con cambios en el apetito, la conducta alimentaria, el sueño y la actividad física vinculados con el estrés, así como con mecanismos neuroendocrinos relacionados con la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal [2–4]. Asimismo, el estrés podría influir sobre la valoración subjetiva del cuerpo y aumentar la atención o el malestar dirigido hacia determinadas zonas corporales.

La PSS-10 y el cuestionario de autopercepción abdominal presentaron una buena consistencia interna. No obstante, el cuestionario abdominal fue elaborado específicamente para este estudio y no constituye una escala previamente validada. Por este motivo, sus resultados deben considerarse exploratorios y sería necesario evaluar su validez en futuras investigaciones.

Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio es que el cuestionario de autopercepción abdominal fue elaborado especialmente para esta investigación y solo se evaluó su consistencia interna. Por este motivo, serán necesarios estudios adicionales para evaluar la validez de contenido, de constructo y de criterio del instrumento.

También debe tenerse en cuenta que el formulario fue difundido por redes sociales, WhatsApp y otros medios digitales. Esto pudo generar un sesgo de selección, ya que probablemente participaron en mayor medida mujeres con mayor acceso y manejo de estas herramientas o con más interés en temas relacionados con la imagen corporal.

CONCLUSIÓN

El presente estudio encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre el estrés percibido y la autopercepción de adiposidad abdominal en mujeres de 30 a 45 años. Las participantes con mayores puntajes de estrés tendieron a presentar una mayor percepción de volumen abdominal y un mayor impacto subjetivo relacionado con esa región corporal.

La asociación se mantuvo significativa al considerar el índice de masa corporal en el modelo de regresión, lo que sugiere que la autopercepción podría no depender exclusivamente de las características corporales, sino que también podría estar relacionada con factores psicológicos y emocionales.

Debido al diseño transversal, al muestreo por conveniencia y al uso de datos autorreportados, los resultados no permiten establecer causalidad ni pueden generalizarse a todas las mujeres del mismo rango etario. No obstante, aportan evidencia local sobre una relación poco estudiada y destacan la importancia de considerar el

estrés y la percepción corporal de manera integral.

BIBLIOGRAFIA

1. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-396. doi:10.2307/2136404.
2. McEwen BS. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiol Rev.* 2007;87(3):873-904. doi:10.1152/physrev.00041.2006.
3. Tenk J, Mátrai P, Hegyi P, Rostás I, Garami A, Szabó I, et al. Perceived stress correlates with visceral obesity and lipid parameters of the metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology.* 2018;95:63-73. doi:10.1016/j.psyneuen.2018.05.014.
4. Mouchacca J, Abbott GR, Ball K. Associations between psychological stress, eating, physical activity, sedentary behaviours and body weight among women: a longitudinal study. *BMC Public Health.* 2013;13:828. doi:10.1186/1471-2458-13-828.
5. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008. Geneva: World Health Organization; 2011.
6. Cha DU, Baek CH, Lee D, Kim HS, Son M. Association between weight perception and perceived stress among Korean adults from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Sci Rep.* 2024;14:24946. doi:10.1038/s41598-024-76034-4.
7. Siddiqui NZ, Beulens JWJ, van der Vliet N, den Braver NR, Elders PJM, Rutters F. The longitudinal association between chronic stress and visceral obesity over seven years in the general population: the Hoorn Studies. *Int J Obes.* 2022;46:1808-1817. doi:10.1038/s41366-022-01179-z.
8. Janjetic M, Oliva ML, Molocznik Kopyto JT, Page MA, Palacios GL, Ramírez FB, et al. Calidad de vida y su relación con la percepción de estrés y el perfil antropométrico en mujeres adultas. *Rev Chil Nutr.* 2020;47(2):217-224. doi:10.4067/S0717-75182020000200217.

ANEXO I:

VARIABLES PRINCIPALES DE ESTUDIO

Variable	Función en el estudio	Tipo	Instrumento u obtención	Escala
Estrés percibido	Variable independiente	Cuantitativa continua	Escala de Estrés Percibido de 10 ítems	0 a 40 puntos
Autopercepción de adiposidad abdominal	Variable dependiente	Cuantitativa continua	Cuestionario elaborado para el estudio	5 a 25 puntos
Índice de masa corporal	Variable de ajuste	Cuantitativa continua	Peso y altura autorreportados	kg/m ²
Edad	Variable complementaria	Cualitativa ordinal	Encuesta	30–34, 35–39 y 40–45 años

La PSS-10 corresponde a la Escala de Estrés Percibido de 10 ítems. El índice de masa corporal fue calculado mediante la fórmula peso kilogramos por la altura en metros al cuadrado.

ANEXO II

Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue un cuestionario autoadministrado diseñado en Google Forms, compuesto por preguntas sociodemográficas, antropométricas, un cuestionario de autopercepción de adiposidad abdominal, la Escala de Estrés Percibido de 10 ítems (PSS-10) y preguntas complementarias relacionadas con actividad física y criterios de exclusión. A continuación se presenta el formulario utilizado en la investigación.

Figura A1: Primera sección del formulario: consentimiento informado y datos generales.

Asociación entre estrés percibido y autopercepción de adiposidad central en mujeres de 30 a 45 años

Esta encuesta forma parte de un trabajo académico de investigación cuyo objetivo es analizar la asociación entre el estrés percibido y la autopercepción de adiposidad abdominal en mujeres de 30 a 45 años.

La participación es voluntaria, anónima y los datos serán utilizados únicamente con fines académicos. Esta encuesta no reemplaza una evaluación médica ni tiene fines diagnósticos.

Figura A2. Segunda sección del formulario: datos antropométricos y percepción de cambios en el talle de pantalón.

4. Altura aproximada
Indicar altura aproximada en centímetros. Ejemplo: 160

5. ¿Qué talle de pantalón utiliza habitualmente en la actualidad? *

Marca solo un óvalo.

☐ 34

☐ 36

☐ 38

☐ 40

☐ 42

☐ 44

☐ 46

☐ 48

☐ No sabe / varía según la marca

6. En los últimos 6 meses, ¿percibió cambios en su talle de pantalón? *

Marca solo un óvalo.

☐ No cambió

☐ Aumenté 1 talle

☐ Aumenté 2 o más talles

☐ Bajé 1 talle

☐ Bajé 2 o más talles

☐ No estoy segura

Figura A3. Tercera sección del formulario: cuestionario de autopercepción de adiposidad abdominal.

7. Indique su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones: *

Marca solo un óvalo por fila.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalment de acuerd
Percibo aumento de volumen en la zona abdominal.	☐	☐	☐	☐	☐
Noto que la ropa me ajusta más en la cintura o abdomen.	☐	☐	☐	☐	☐
La apariencia de mi abdomen me genera incomodidad o malestar.	☐	☐	☐	☐	☐
Evito usar cierta ropa por cómo percibo mi abdomen.	☐	☐	☐	☐	☐
Me siento conforme con la apariencia actual de mi abdomen.	☐	☐	☐	☐	☐

Figura A4. Cuarta sección del formulario: Escala de Estrés Percibido de 10 ítems (PSS-10) y actividad física.

8. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se sintió o pensó de la siguiente manera? *

Marca solo un óvalo por fila.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
Se sintió afectada por algo que ocurrió inesperadamente.	☐	☐	☐	☐	☐
Se sintió incapaz de controlar las cosas importantes de su vida.	☐	☐	☐	☐	☐
Se sintió nerviosa o estresada.	☐	☐	☐	☐	☐
Sintió confianza en su capacidad para manejar sus problemas personales.	☐	☐	☐	☐	☐
Sintió que las cosas le iban bien.	☐	☐	☐	☐	☐
Sintió que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer.	☐	☐	☐	☐	☐
Pudo controlar las dificultades de su vida.	☐	☐	☐	☐	☐
Sintió que tenía todo bajo control.	☐	☐	☐	☐	☐
Se sintió enojada porque las cosas estaban fuera de su control.	☐	☐	☐	☐	☐
Sintió que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas.	☐	☐	☐	☐	☐

9. ¿Realiza actividad física actualmente? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ No
- ☐ Sí, 1 a 2 veces por semana
- ☐ Sí, 3 o más veces por semana

Figura A5. Quinta sección del formulario: criterios de exclusión.

10. ¿Está embarazada o cursando puerperio actualmente? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

11. ¿Tiene diagnóstico médico de alguna enfermedad endocrina o metabólica? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ No sabe / no responde

12. ¿Utilizó corticoides sistémicos en los últimos 3 meses?

Por ejemplo: corticoides en comprimidos, inyectables o tratamientos prolongados.

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

ANEXO III

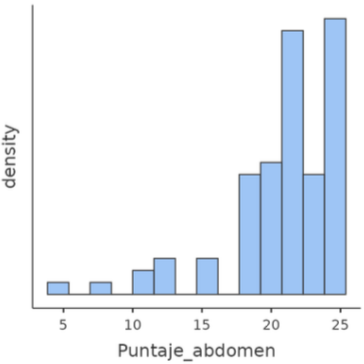
Salidas principales del análisis estadístico realizado en jamovi

En este anexo se presentan las principales salidas obtenidas mediante jamovi versión 2.7, utilizadas para respaldar el análisis estadístico del estudio.

Results

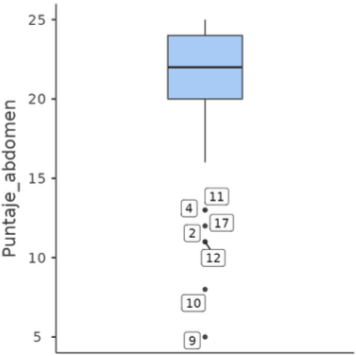
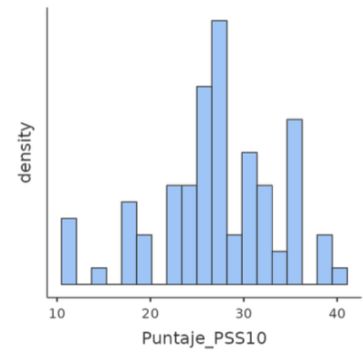
Descriptivas

Descriptivas	Puntaje_PSS10	Puntaje_abdomen	IMC	Peso_kg	Altura_cm
N	86	86	86	86	86
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	27.2	20.9	26.6	67.3	159
Mediana	27.0	22.0	26.6	67.0	159
Desviación típica	6.52	4.01	3.38	11.0	8.97
Mínimo	11	5	19.9	40	140
Máximo	40	25	37.8	99	177
W de Shapiro-Wilk	0.972	0.836	0.953	0.979	0.968
Valor p de Shapiro-Wilk	.055	<.001	.004	.163	.033



Tramas

Puntaje_PSS10



Gráfica Q-Q

