



Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

*Bienestar y depresión en personas con anosmia y personas sin alteraciones olfativas
del Área Metropolitana Buenos Aires [AMBA]*

Alumna: Pulice, Daiana Giselle - Legajo: B00038836-P1.

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Fecha de entrega: 02 de febrero 2026.

Tutora: Lic. Taraborrelli, Flavia Romina.

Índice

Agradecimientos	3
Resumen.....	4
Introducción	6
Metodología	12
Diseño	12
Participantes.....	12
Instrumentos.....	13
Procedimiento	14
Análisis de Datos	15
Resultados	15
Discusión y Conclusiones	20
Referencias Bibliográficas	24
Anexos	30
Anexo I. Consentimiento Informado	30
Anexo II. Cuestionario Sociodemográfico	30
Anexo IV. Encuesta sobre Sintomatología Depresiva	39

Agradecimientos

A *Die*, porque en este recorrido fuiste mucho más que compañía: fuiste mi hogar. En los momentos de cansancio y duda, tu presencia fue mi abrigo y calma. Gracias por ser mi sostén, por alojarme siempre con amor y por ser mi faro en cada proceso de mi vida. Te amo.

A mis padres, *Marcelo y Patricia*, a ustedes mi amor eterno. Gracias por darme la vida y sembrar en mí los valores que me acompañan y que me hicieron la mujer que hoy soy.

A mi hermana *Mica*, por regalarme la alegría y la magia de una infancia compartida y por traer al mundo mi mayor tesoro: mi ahijado *Gio*.

A mis abuelos, *Dario y Catalina*, la luz de mis ojos y a quienes les dedico este trabajo final.

A mis amigos *Sofí, Lucas, Agustín, Lauti, Fede y Agustina* por su amor, sus risas y presencia constante. Por estar en lo simple y en lo difícil y recordarme, una y otra vez, la felicidad que me genera compartir la vida con ustedes.

A mis amigas y futuras colegas *Ro, Emi, Cami y Aye*, pilares fundamentales de este recorrido. Nadie llega a la meta sola, sino acompañada por quienes te esperan con tanto amor cada día de cursada, donde las risas y las charlas detienen el tiempo y motivan a seguir adelante.

A *Paula* por guiarme y acompañarme en este proceso.

Y, sobre todo, me agradezco a mí por no bajar los brazos durante estos años de cursada que no fueron sólo de formación académica, sino que también me enseñó a crecer, a vivir la vida con más consciencia, y me permitió armarme con herramientas para atravesar pérdidas que marcaron mi historia.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo principal investigar el Bienestar (emocional, psicológico y social) y la depresión en personas con Anosmia y personas sin alteraciones olfativas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Se realizó un plan de investigación con enfoque cuantitativo. Se seleccionó un diseño no experimental, con un alcance descriptivo-comparativo en secuencia de tiempo transversal. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. La muestra estuvo compuesta por 122 individuos, de los cuales 61 presentaban anosmia congénita o adquirida y 61 no reportaban alteraciones olfativas. Se establecieron como criterios de inclusión: tener entre 18 y 65 años, aceptar las pautas de participación, residir en el Área Metropolitana de Buenos Aires [AMBA] y cumplir con los criterios diagnósticos para participar en el grupo clínico. Se excluyeron personas con trastornos neurológicos como Parkinson y Alzheimer o psiquiátricos. Se administró, a través de Google Forms, un cuestionario sociodemográfico diseñado para responder a los objetivos del estudio y las versiones adaptadas al contexto argentino del Inventario de Depresión de Beck [BDI-II] y la Escala *Mental Health Continuum - Short Form* [MHC-SF]. Si bien los resultados no arrojaron diferencias significativas entre las personas con anosmia y aquellas sin alteraciones olfativas, ni tampoco entre el grupo de anosmia congénita y el de anosmia adquirida, sí se encontró una relación significativa y positiva entre la edad de los participantes y su bienestar psicológico. También, se halló que las personas casadas, en comparación con las solteras, registran mayor bienestar emocional. Las conclusiones del estudio invitan a reflexionar sobre la importancia de los vínculos en la experiencia de bienestar y el lugar que ocupa la dimensión sensorial en la práctica clínica del profesional de la psicología, considerando que la ausencia del olfato puede indirectamente contribuir a la evaluación y práctica psicológica.

Palabras clave: bienestar - depresión – anosmia.

Abstract

The main objective of this study was to investigate well-being (emotional, psychological, and social) and depression in individuals with anosmia and individuals without olfactory impairments in the Buenos Aires Metropolitan Area. A quantitative research plan was implemented. A non-experimental, descriptive-comparative cross-sectional design was selected. Participants were chosen using purposive non-probability sampling. The sample consisted of 122 individuals, 61 of whom had congenital or acquired anosmia, and 61 of whom did not report any olfactory impairments. Inclusion criteria were: being between 18 and 65 years of age, agreeing to the participation guidelines, residing in the Buenos Aires Metropolitan Area [AMBA], and meeting the diagnostic criteria for participation in the clinical group. Individuals with neurological disorders such as Parkinson's and Alzheimer's diseases or psychiatric disorders were excluded. A sociodemographic questionnaire designed to address the study's objectives was administered via Google Forms, along with Argentine-adapted versions of the Beck Depression Inventory [BDI-II] and the Mental Health Continuum Scale - Short Form [MHC-SF]. While the results showed no significant differences between individuals with anosmia and those without olfactory impairment, nor between the congenital and acquired anosmia groups, a significant and positive relationship was found between participants' age and their psychological well-being. It was also found that married individuals, compared to single individuals, reported greater emotional well-being. The study's conclusions encourage reflection on the importance of relationships in the experience of well-being and the role of the sensory dimension in the clinical practice of psychology professionals, considering that the absence of smell can indirectly contribute to psychological assessment and practice.

Keywords: well-being - depression - anosmia.

Introducción

El olfato es uno de los sentidos más primitivos del ser humano y su influencia es fundamental para la memoria y percepción emocional (Gil, 2019). Un ejemplo claro de esta influencia se puede observar en el análisis que hace Álvaro-González (2016) sobre la obra de Marcel Proust publicada en 1913, donde el protagonista narra cómo el aroma a barniz provoca, de manera involuntaria y con una intensa carga emocional, una serie de recuerdos vividos en su infancia.

Los estudios propuestos por Linda Buck y Richard Axel, quienes profundizaron en la comprensión de los mecanismos a través de los cuales el cerebro procesa la información olfativa, establecieron un puente entre la biología molecular y la percepción sensorial (Buck & Axel, 1991). En este contexto, se ha destacado el papel del bulbo olfativo, como una estructura clave, conformada por redes neuronales que se encuentran interconectadas (Díez, 2023), que influyen en la percepción del mundo, la regulación de conductas y emociones, y la evocación de los recuerdos, siendo esenciales para la experiencia individual (López-Mascaraque, 2024).

Sin embargo, ¿qué sucede cuando este sentido se encuentra ausente o deteriorado? La anosmia, definida como la pérdida total del sentido del olfato (Chacón-Martínez et al., 2015) puede originarse por diversas causas (Portellano-Pérez, 2005). En Buenos Aires, un estudio permitió, por primera vez, identificar la prevalencia de alteraciones olfatorias en adultos, revelando que el 12.2% de la población evaluada presentaba algún tipo de disfunción: un 10.7% tenía pérdida parcial del olfato (hiposmia) y un 1.5% anosmia (Soler y Núñez, 2012).

En este sentido, se ha demostrado que la alteración del olfato suele ser un síntoma temprano en enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson o el Alzheimer, incluso antes de la aparición de manifestaciones conductuales (Kotecha et al., 2018; Meusel et al., 2010; Nabizadeh et al., 2022). Además, el envejecimiento está asociado con el deterioro

olfativo. Un estudio realizó un seguimiento durante 5 años a personas de entre 53-97 años, encontrando que, con el paso del tiempo, el 24.5% desarrolló disfunción olfativa, cifra que aumentó durante el periodo de seguimiento al 62.5% en personas de 80-97 años (Murphy et al., 2002).

Por su parte, Croy et al. (2013) exploraron si la ausencia del olfato influye de manera distinta en hombres y mujeres. Para ello, analizaron los datos de un cuestionario aplicado a 32 personas con anosmia congénita (10 hombres y 22 mujeres, de entre 18 y 46 años, con una edad promedio de 31 años) y a 36 individuos sin alteraciones olfativas (15 hombres y 21 mujeres, de entre 18 y 50 años, con una edad promedio de 29). Los resultados indicaron que tanto hombres como mujeres con anosmia congénita experimentan mayor inseguridad social, aunque con efectos diferenciados: los hombres reportaron tener menos relaciones sexuales, mientras que las mujeres manifestaron sentirse menos seguras en su relación de pareja.

Para abordar esta cuestión, es fundamental comprender los enfoques teóricos que guían esta investigación. En relación con el bienestar, el Modelo del Continuo de Salud Mental desarrollado por Keyes (2002) introduce el concepto de *flourishing* (*florecente*), en línea con la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022), al plantear que sentirse psicológicamente bien no se reduce simplemente a la ausencia de trastornos mentales (Keyes et al., 2008). Desde esta perspectiva, la salud mental se concibe como un continuo que integra dimensiones emocionales, psicológicas y sociales, donde el estado floreciente representa el nivel más elevado de bienestar, el estado languideciente el nivel más bajo, y una posición intermedia corresponde a una salud mental moderada. (Keyes, 2007)

En contraste, la depresión, que se aleja de ese estado de bienestar, se caracteriza según la OMS (2022), por tristeza persistente, pérdida de interés en las actividades cotidianas, fatiga, cambios en el apetito y el sueño, así como pensamientos suicidas, durando al menos

dos semanas. Desde una perspectiva cognitiva, la teoría de la depresión planteada por Beck en 1967, sostiene que esta alteración emocional se origina en patrones de pensamiento disfuncionales que distorsionan la interpretación de la realidad. Un elemento central es la tríada cognitiva, compuesta por una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, la cual se encuentra sostenida por esquemas disfuncionales y errores cognitivos tales como la abstracción selectiva (centrarse solo en lo negativo), la sobregeneralización (extender una experiencia aislada a todas las situaciones) y el pensamiento dicotómico (percibir la realidad en términos extremos) (Beck et al., 2010).

Investigaciones internacionales han profundizado en las consecuencias psicológicas y sociales de la anosmia. Por ejemplo, Elkholi et al. (2021) investigaron cómo la pérdida del olfato en 487 pacientes con COVID-19 impactó en su calidad de vida y las estrategias que emplearon para afrontarlo. Los hallazgos muestran que esta alteración sensorial afectó negativamente su bienestar emocional, desempeño laboral y actividades recreativas. Además, tras experimentar la pérdida, los pacientes otorgaron mayor importancia a su sentido del olfato. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las más frecuentes fueron las centradas en el problema, es decir, tener que solicitar a un familiar que probara la comida (69.4%) o bien buscar información al respecto (33.3%). También recurrieron a enfoques emocionales, como aceptar la situación (61.4%) y buscar apoyo social (30%).

En el mismo sentido, Winter et al. (2023) estudiaron cómo la disfunción olfativa a largo plazo deteriora la calidad de vida, destacando que la pérdida prolongada del olfato tiene un impacto notable en el bienestar psicológico de los pacientes. Entre los factores principales que contribuyen a una disminución en la calidad de vida se encuentran la incapacidad de disfrutar de la comida y la preocupación por lidiar con disfunciones persistentes.

También se ha observado que la anosmia puede influir en la seguridad personal y el bienestar psicológico, afectando la autoestima de los pacientes (Kollndorfer et al., 2017; Lee

et al., 2024). De manera similar, Mendes-Paranhos et al. (2022) llevaron a cabo un estudio transversal con personas que presentaban disfunción olfativa persistente, en el cual se observó una mayor prevalencia de anosmia en mujeres. Los resultados mostraron que el 67.7% de los pacientes con anosmia (21 de 31) reportaron dificultades en las actividades diarias, particularmente en la detección de peligros, la higiene personal y la ingesta de alimentos.

Asimismo, Croy et al. (2012) compararon a 32 personas con anosmia congénita y 36 individuos de la misma edad sin esta condición. Para la evaluación, administraron el Inventario de Depresión de Beck [BDI] y emplearon cuestionarios donde se indagaba la preocupación por la higiene personal y las relaciones sociales. Los hallazgos revelaron diferencias mínimas entre ambos grupos, sin embargo, quienes presentaban anosmia congénita mostraron mayor inseguridad social referida a su higiene personal y un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos.

Por otro lado, Joshi et al. (2020) a través de un estudio de neuroimágenes y la aplicación del BDI, compararon tres grupos de personas: un grupo con anosmia congénita, otro con anosmia adquirida y un tercero sin alteraciones olfativas. El objetivo del estudio fue analizar cómo el cerebro procesa información vinculada al olfato a partir de la presentación de palabras neutras (por ejemplo, silla o puerta) y palabras con asociación olfativa (por ejemplo, banana o café). Los resultados mostraron que las palabras con carga olfativa activan áreas del cerebro aún en ausencia de un estímulo real. A su vez, se observó que las personas con anosmia congénita presentaban mayor activación multisensorial, mientras que el grupo de anosmia adquirida registraba mayor activación en áreas vinculadas con la memoria y, además, mayores niveles de sintomatología depresiva en comparación con los otros dos grupos.

La presencia de sintomatología depresiva en personas con alteraciones olfativas no es un caso aislado, sino que se encuentra respaldado por distintas investigaciones. Por ejemplo, el metaanálisis realizado por Oleszkiewicz et al. (2025) describe cómo la ausencia del olfato afecta múltiples aspectos de la vida diaria asociándose con mayores niveles de síntomas depresivos que varían según la causa de la disfunción olfativa. Leon y Woo (2022) plantean que, en algunos casos, la mejora del olfato a través del entrenamiento se vincula con una disminución de la sintomatología depresiva.

Por último, investigaciones como la de Escalante-Ticona (2019) muestran que el efecto de la aromaterapia se asocia a mejoras en el bienestar psicológico de estudiantes universitarios, quienes, ante la presencia del estímulo, elevaron el bienestar general del 63.6% al 83.8%. Además, se observó un aumento en los sentimientos positivos y una reducción significativa en los negativos, que pasaron de 18.39 a 12.94 puntos. Esto resalta la importancia del olfato en la regulación emocional y la prevención de síntomas depresivos, aunque no se aplique directamente a personas con anosmia.

En cuanto a la población argentina, el trabajo realizado por Lupano-Perugini et al (2017) aportó evidencia sobre la validez y consistencia del Modelo del Continuo de Salud Mental [MCSM] como instrumento para la evaluación de las tres dimensiones del bienestar (emocional, psicológico y social), así como también sobre su asociación negativa con la sintomatología depresiva. En esta línea, la investigación realizada por Góngora y Castro-Solano (2017) en población adulta (18 a 85 años) de la Ciudad de Buenos Aires evidenció que las personas con un estado de salud mental floreciente presentaban menos niveles de sintomatología depresiva en comparación con quienes se encontraba en niveles moderados o languidecientes.

En cuanto a las variables sociodemográficas, no se hallaron diferencias significativas en los tipos de bienestar entre hombres y mujeres, si en relación con la formación académica,

donde se observó que a mayor nivel educativo mayores fueron los niveles de bienestar psicológico y social. Al comparar los grupos según la edad, los antecedentes arrojaron únicamente diferencias mínimas en el bienestar social, con niveles más elevados en adultos de mediana edad (30 a 60 años) en comparación con los adultos mayores (Góngora y Castro-Solano, 2017). Estos hallazgos resultan consistentes con investigaciones posteriores en población adulta mayor (65-100 años), en la cual se observó un predominio del estado de salud mental floreciente, asociado a mayores niveles de bienestar psicológico y a una autopercepción de salud más positiva (Cortese et al., 2022), a mayores niveles de calidad de vida menores son los niveles de depresión (Hermida et al., 2024).

Considerando lo expuesto resulta relevante que desde el campo de la psicología y las neurociencias se pueda ampliar la comprensión de las implicancias psicológicas del sentido del olfato, un sentido que suele quedar relegado tanto en la práctica clínica como en la investigación psicológica. Por lo tanto, el objetivo general de este estudio es investigar el bienestar (emocional, psicológico y social) y la depresión en personas con anosmia congénita o adquirida y personas sin alteraciones olfativas en el Área Metropolitana Buenos Aires. A la vez, se proponen cuatro objetivos específicos: (a) describir los puntajes de bienestar y depresión en las dos muestras; (b) comparar los puntajes de bienestar (emocional, psicológico y social) y depresión entre personas con anosmia y personas sin alteraciones olfativas; (c) evaluar si existen diferencias significativas en las variables estudiadas según el tipo de anosmia, congénita o adquirida y (d) relacionar la edad de los participantes en ambas muestras con el bienestar y la depresión. Por último, las hipótesis a contrastar son las siguientes: (H1) las personas con anosmia congénita o adquirida, en comparación con aquellas sin alteraciones olfativas, presentan mayor depresión y menor bienestar (emocional, psicológico y social); (H2) las personas con anosmia adquirida presentan mayor depresión y menor bienestar (emocional, psicológico y social) que las personas con anosmia congénita;

(H3) existe una relación significativa y negativa entre depresión y bienestar (emocional, psicológico y social), de forma tal que, a mayor depresión, menor bienestar de los participantes; (H4) las personas de mayor edad presentan mayor bienestar y menor depresión.

Metodología

Diseño

Se realizó un plan de investigación con enfoque cuantitativo. Se seleccionó un diseño no experimental, con un alcance descriptivo-comparativo en secuencia de tiempo transversal (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

Participantes

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). La muestra estuvo compuesta por 122 individuos, de los cuales 61 presentaban anosmia congénita o adquirida y 61 no reportaban alteraciones olfativas. Se establecieron como criterios de inclusión: tener entre 18 y 65 años, aceptar las pautas de participación, residir en el Área Metropolitana de Buenos Aires [AMBA] y cumplir con los criterios diagnósticos para participar en el grupo clínico. Se excluyeron personas con trastornos neurológicos como Parkinson y Alzheimer o psiquiátricos.

En la muestra final, los participantes tuvieron un promedio de edad de 38.59 años (DT=12.31; Mín.=18; Máx.=65). En los casos con anosmia adquirida, se consultó hace cuánto tiempo habían sido diagnosticados, observando un promedio de 10.15 años desde el diagnóstico (DT=11.27). El tiempo mínimo fue de algunos meses (0 años) y el máximo fue de 50 años.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico: instrumento ad-hoc para los fines de la investigación, en el que se relevaron datos de los participantes (edad, género, lugar de residencia, estado civil, grupo de convivencia, nivel educativo, diagnóstico de anosmia, periodo de tiempo desde la adquisición de la anosmia, si realizó o no tratamiento - en caso de que si- informar tipo de tratamiento realizado para la misma y si continúa en la actualidad, presencia de enfermedad mental o en familiares.

Inventario de Depresión de Beck [BDI-II] (Beck et al., 1996) en su versión adaptada al contexto argentino de Brenlla y Rodríguez (2006). Instrumento de autoinforme que contiene 21 ítems diseñados para evaluar, en adultos y adolescentes de 13 años en adelante, la presencia e intensidad de sintomatología depresiva experimentados en las últimas dos semanas, de acuerdo con los criterios para el Trastorno depresivo Mayor del DSM-IV. El cuestionario se estructura en dos dimensiones subyacentes: Cognitivo-Afectiva y Somática. Los participantes responderán en una escala de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0 a 3), con excepción del ítem 16 (Cambios en los Hábitos de Sueño) y 18 (Cambios en el Apetito) que contienen una escala de 7 puntos. El puntaje total varía entre 0 y 63 puntos. A mayor puntaje mayor es la severidad respecto a los síntomas depresivos. La versión adaptada al contexto argentino de Brenlla y Rodríguez (2006) presenta una confiabilidad de α de Cronbach: 0.88. Asimismo, la correlación entre test-retest evidencia que dicha versión cumple con las propiedades psicométricas para su uso en el ámbito local. Una vez recolectados los datos del presente trabajo, se realizó una prueba de fiabilidad con la muestra utilizada, la cual arrojó un valor alfa de Cronbach de .908.

Escala Mental Health Continuum - Short Form [MHC-SF] (Keyes, 2006, adaptación argentina de Lupano-Perugini et al., 2017). Cuestionario de autoinforme compuesto por 14

ítems diseñados para evaluar el nivel de bienestar emocional (3 ítems), psicológico (6 ítems) y social (5 ítems) en población argentina. Los examinados responderán valorando sus sentimientos experimentados durante el último mes en una escala de 5 puntos (0= nunca, 1= una vez o dos veces al mes, 2= una vez a la semana, 3= dos o tres veces a la semana, 4= casi todos los días, 5= todos los días). Luego se procederá sumar los ítems correspondientes a cada escala, calculando una media por cada dimensión. No contiene ítems inversos. A mayor puntaje, mayor será la presencia de bienestar en cada una de las dimensiones. Según las respuestas del encuestado, Keyes (2006) determinó 3 estados de bienestar: floreciente, moderado y languideciente. La versión utilizada tiene una consistencia interna de 0.89 para el MHC-SF, con una estructura de tres factores confirmada y una adecuada validez convergente: $\alpha = 0,86$ para el bienestar emocional, $\alpha = 0.86$ para el bienestar psicológico y $\alpha = 0.75$ para bienestar social (Lupano-Perugini et al., 2017). Una vez recolectados los datos del presente trabajo, se realizó una prueba de fiabilidad con la muestra utilizada, la cual arrojó un valor alfa de Cronbach de .912.

Procedimiento

El procedimiento de la investigación contempla la selección de personas diagnosticadas con anosmia congénita o adquirida. Para conformar la muestra, se estableció contacto con los participantes a través de médicos otorrinolaringólogos e instituciones especializadas en alergia responsables del diagnóstico de estos casos, además de utilizar plataformas digitales como Instagram, WhatsApp y Tik Tok. Este enfoque permitió asegurar el cumplimiento de los criterios de inclusión establecidos.

La recolección de datos se llevó a cabo de manera online mediante Google Forms, herramienta proporcionada por Google. Cada participante completó el formulario, el cual incluía un consentimiento informado donde se detallan los objetivos de la investigación, las

instrucciones para responder las preguntas garantizando la confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

El formulario consta de tres secciones: un cuestionario sociodemográfico, una escala para evaluar la percepción de síntomas depresivos experimentados en las últimas dos semanas y, por último, una escala que mide el bienestar emocional, psicológico y social. En todo momento de la investigación, se utilizó como propuesta de principios éticos la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013).

Análisis de Datos

Una vez obtenidos los datos, se analizarán los niveles de bienestar en sus diferentes dimensiones y la presencia e intensidad de la sintomatología depresiva en personas con anosmia congénita o adquirida y personas sin alteraciones olfativas. Dicho análisis se efectuará utilizando el software estadístico para ciencias sociales (SPSS Statistics Base, v. 26; IBM, Armonk, NY, Estados Unidos).

Se realizó un análisis preliminar para eliminar los casos de sujetos que no cumplían con los criterios de inclusión/exclusión y se llevó a cabo el análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y las variables de estudio. Luego se realizó la prueba de normalidad Shapiro Wilk, y se observó asimetría en todas las variables ($\text{Sig.} < 0.05$). Por esta razón, se decidió utilizar un estadístico no paramétrico como U de Mann Whitney para las comparaciones entre grupos, y Rho de Spearman para la correlación de variables.

Resultados

En la Tabla I se presenta la descripción de la muestra con frecuencias y porcentajes. Se observa que hay mayor cantidad de participantes de sexo femenino (63.1%), y que la mayoría de las personas residen en Gran Buenos Aires (75.4%). Sobre el estado civil, hay un

predominio de personas solteras (44.3%); sin embargo, más de la mitad de la muestra convive con otras personas (82.8%).

Respecto a la formación académica, la mayoría de los encuestados refirió no haber completado el nivel terciario/universitario (36.1%), y en cuanto a la situación laboral, la mayor parte se encontraba trabajando en relación de dependencia (58.2%). El análisis descriptivo de los grupos con disfunción olfativa reflejó un predominio de la anosmia adquirida (40.2%) en comparación con la anosmia congénita (9.8%). Asimismo, el 37.7% manifestó no haber realizado ningún tratamiento para mejorar dicha condición.

Tabla I.

Descripción de datos sociodemográficos.

Variable	Valores	Fi	f%
Sexo	Femenino	77	63.1
	Masculino	45	36.9
Lugar de residencia	CABA	30	24.6
	GBA	92	75.4
Estado civil	Soltero/a	54	44.3
	En pareja	33	27.0
	Casado/a	23	18.9
	Divorciado/a	9	7.4
	Viudo/a	3	2.5
Convive con otras personas	Si	101	82.8
	No	21	17.2
Máximo nivel educativo	Secundario incompleto	12	9.8
	Secundario completo	18	14.8
	Terciario/universitario incompleto	44	36.1
	Terciario/universitario completo	37	30.3
	Posgrado incompleto	4	3.3
	Posgrado completo	7	5.7
Trabajo	En relación de dependencia	71	58.2
	Monotributista/autónomo	21	17.2
	Informal	12	9.8
	Freelancer	4	3.3
	No trabaja - está jubilado/a	14	11.5
Diagnóstico	Anosmia congénita	12	9.8
	Anosmia adquirida	49	40.2
	Sin alteraciones olfativas	61	50
Tratamiento para la anosmia	Sí, en parte efectivo	3	2.5
	Sí, pero no funcionó	12	9.8
	No hizo tratamiento	46	37.7

Nota. N=122.

En la Tabla II se realiza la descripción de las variables de estudio en dos grupos, uno con anosmia y otro sin alteraciones olfativas. Para ello, se utilizan medidas de tendencia central y de dispersión de la escala total de depresión y las tres dimensiones del bienestar. Como se observa en los puntajes de las variables (ver Tabla II), las medias no se aproximan a los valores mínimo y máximo, por lo que se afirma que estas variables no están influenciadas por valores atípicos.

Tabla II.

Estadística descriptiva de las variables en ambas muestras.

Variable	Anosmia			Sin alteraciones		
	M (DT)	Mín.	Máx.	M (DT)	Mín.	Máx.
Depresión	14,02 (10,01)	0	40	12,33 (9,10)	0	40
Bienestar emocional	10,20 (3,26)	3	15	9,84 (3,48)	1	15
Bienestar psicológico	18,74 (6,63)	2	30	19,15 (6,87)	2	30
Bienestar social	10,26 (5,49)	1	23	9,59 (5,43)	1	21

Nota. M=media, DT=desvío típico, Mín.=mínimo, Máx.=máximo.

En la Tabla III se presentan las categorías propuestas por el instrumento de bienestar para evaluar los estados de cada muestra. Teniendo en cuenta los criterios del instrumento se describe cada categoría con frecuencias absolutas y porcentuales. Se observa que, independientemente del grupo al que pertenecen, la mayoría de los participantes se encuentra en un estado floreciente.

Tabla III.

Frecuencias absolutas y porcentuales de las categorías del bienestar en ambas muestras.

Categoría	Anosmia		Sin alteraciones	
	Fi	f%	Fi	f%
Languideciente	9	14.8	10	16.4
Moderado	16	26.2	13	21.3
Floreciente	36	59.0	38	62.3

En la Tabla IV se presentan las diferencias de grupos en depresión y bienestar según si los participantes corresponden al grupo de personas con anosmia o al grupo de personas sin

alteraciones olfativas. Se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas entre estos dos grupos.

Tabla IV.

Diferencias entre grupos según presencia o ausencia de anosmia.

Variable	Medias		U	Z	Sig.
	Con anosmia (n=61)	Sin alteraciones (n=61)			
Depresión	64.12	58.88	1700.500	-.820	.412
Bienestar emocional	63.44	59.56	1742.000	-.611	.541
Bienestar psicológico	59.96	63.04	1766.500	-.482	.630
Bienestar social	63.73	59.27	1724.500	-.697	.485

Nota. Prueba U de Mann Whitney.

En la Tabla V se presentan las diferencias de grupos en depresión y bienestar según si los participantes corresponden al grupo de personas con anosmia congénita o al grupo de personas con anosmia adquirida. Se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas entre estos dos grupos.

Tabla V.

Diferencias entre grupos según tipo de anosmia.

Variable	Medias		U	Z	Sig.
	Anosmia congénita (n=12)	Anosmia adquirida (n=49)			
Depresión	25.67	32.31	230.000	-1.162	.245
Bienestar emocional	31.79	30.81	284.500	-.174	.862
Bienestar psicológico	31.71	30.83	285.500	-.155	.877
Bienestar social	34.58	30.12	251.000	-.782	.434

Nota. Prueba U de Mann Whitney.

Para la Tabla VI se realizaron comparaciones según el estado civil, seleccionando de a dos grupos para identificar específicamente entre qué categorías había diferencias significativas. Se halló que las personas casadas, en comparación con las solteras, registran mayor bienestar emocional.

Tabla VI.

Diferencias entre grupos según estado civil.

Variable	Medias		U	Z	Sig.
	Solteros/as (n=54)	Casados/as (n=23)			
Bienestar emocional	35.46	47.30	430.000	-2.147	.032

Nota. Prueba U de Mann Whitney.

Cabe resaltar que otros datos sociodemográficos incluidos en el cuestionario no dieron lugar a diferencias estadísticamente significativas, por lo cual, se decidió no incluir las tablas correspondientes en esta sección de resultados.

En la Tabla VII se presenta la matriz de correlaciones entre las variables de estudio y algunas variables sociodemográficas de medida escalar u ordinal. Se encontraron relaciones significativas y negativas de la depresión con los tres tipos de bienestar: emocional, psicológico y social. Las fuerzas de correlación fueron moderadas en los dos primeros casos, y débiles en el último caso. También, la edad mostró una correlación positiva con el bienestar psicológico. Por último, el nivel educativo correlacionó negativamente con la depresión y positivamente con bienestar emocional, psicológico y social.

Tabla VII.

Matriz de correlaciones entre las variables de estudio, edad, tiempo del diagnóstico de anosmia y nivel educativo.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Depresión	-	-.662**	-.631**	-.397**	-.078	.051	-.210*
2. Bienestar emocional	-.662**	-	.740**	.565**	.168	-.080	.301**

3. Bienestar psicológico	-.631**	.740**	-	.642**	.212*	-.017	.252**
4. Bienestar social	-.397**	.565**	.642**	-	.004	.080	.298**
5. Edad	-.078	.168	.212*	.004	-	.117	.023
6. Tiempo del dx de anosmia	.051	-.080	-.017	.080	.117	-	.092
7. Nivel educativo	-.210*	.301**	.252**	.298**	.023	.092	-

Nota. Prueba Rho de Spearman. **Sig.<0.01; *Sig.<0.05.

Discusión y Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo general investigar el bienestar (emocional, psicológico y social) y la depresión en personas con anosmia congénita o adquirida y personas sin alteraciones olfativas en el Área Metropolitana Buenos Aires. A partir de este objetivo, se plantearon cuatro hipótesis que orientaron el análisis de los resultados obtenidos.

En relación con la primera hipótesis (H1), donde se planteaba que las personas con anosmia congénita o adquirida presentarían mayores niveles de depresión y menor bienestar (emocional, psicológico y social) en comparación con personas sin alteraciones olfativas, los resultados obtenidos no dieron lugar a resultados estadísticamente significativos. Si bien descriptivamente se observaron diferencias mínimas entre ambos grupos, las mismas no alcanzaron la significación estadística. Por lo tanto, la H1 se considera refutada.

Este hallazgo difiere respecto a los antecedentes internacionales mencionados que señalan un impacto negativo en la pérdida del olfato sobre el bienestar psicológico y una mayor presencia de sintomatología depresiva (Elkjoli et al., 2021; Winter et al., 2023; Oleszkiewicz et al., 2025). En este sentido, es posible que la anosmia no se relacione de manera directa y homogénea sobre el bienestar y la depresión, pudiendo presentarse probablemente en la experiencia subjetiva, como la seguridad personal, la autoestima o las relaciones interpersonales (Croy et al., 2012; Kollndorfer et al., 2017; Lee et al., 2024), variables que no fueron evaluadas en el presente estudio. Una posible explicación para la ausencia de diferencias significativas podría darse por la capacidad de adaptación y el desarrollo de estrategias de afrontamiento de las personas con anosmia, particularmente

aquellos casos en los que la condición se presenta desde el nacimiento, tal como sugieren algunos autores (Elkjoli et al., 2021).

A su vez, debido a la falta de investigaciones en Argentina y teniendo en cuenta que el presente estudio es el primero en evaluar variables psicológicas como bienestar (emocional, psicológico y social) y depresión en población con anosmia, podría explicarse que no hubo significaciones debido a que se tomaron como referencias antecedentes internacionales con diferencias socio-demográficas a las de la muestra de esta investigación, por ejemplo, distintos lugares de residencia y estilo cultural.

En lo que respecta a la segunda hipótesis (H2), donde se planteaba que las personas con anosmia adquirida presentarían mayor depresión y menor bienestar (emocional, psicológico y social) que las personas con anosmia congénita, los resultados tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, por lo tanto, la H2 también se considera refutada. Este hallazgo contrasta con lo señalado por Joshi et al., (2020), quienes encontraron mayores niveles de sintomatología depresiva en personas con anosmia adquirida en comparación con aquellas que tenían anosmia congénita o no presentaban alteraciones olfativas. Es probable que las diferencias en los resultados de este estudio se deban al tamaño reducido del grupo de anosmia congénita ($n=12$), el cual podría limitar la potencia estadística para encontrar diferencias significativas.

En cuanto a la tercera hipótesis (H3), donde se postulaba la existencia de una relación significativa y negativa entre depresión y bienestar (emocional, psicológico y social), los resultados permitieron confirmarla. Se observaron correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre la depresión y las tres dimensiones del bienestar, de modo que a mayores niveles de sintomatología depresiva se asociaron menores niveles de bienestar. Este hallazgo resulta consistente con el Modelo del Continuo de Salud Mental propuesto por Keyes (2002, 2007), como así también, con estudios realizados en población argentina que evidencian una

asociación inversa entre bienestar y depresión (Lupano-Perugini et al., 2017; Góngora y Castro-Solano, 2017).

Por último, la cuarta hipótesis (H4), que sostenía que las personas de mayor edad presentarían mayores niveles de bienestar y menores niveles de depresión, se confirmó de manera parcial. Si bien no se halló una relación significativa entre edad y depresión, si se observó una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la edad y el bienestar psicológico, lo que resulta congruente con aportes de investigaciones que resaltaban un estado de salud mental floreciente en la adultez mayor y una autopercepción más positiva de la propia salud y la calidad de vida (Cortese et al., 2022; Góngora y Castro-Solano, 2017; Hermida et al., 2024).

A su vez, si bien no se plantó como hipótesis, el nivel educativo mostró una relación positiva y significativa con el bienestar (emocional, psicológico y social) y una relación negativa y significativa con la depresión. Estos resultados se encuentran en línea con antecedentes que señalan que un mayor nivel educativo se asocia con mayores niveles de bienestar (Góngora y Castro-Solano, 2017).

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir que, en la muestra estudiada, la presencia de anosmia, en sí misma, no se asocia de manera significativa con menores niveles de bienestar (emocional, psicológico y social) ni con mayores niveles de sintomatología depresiva. No obstante, se identificaron diferencias significativas en función del estado civil, donde se puede observar que las personas casadas presentaron mayores niveles de bienestar psicológico y menores niveles de sintomatología depresiva en comparación con las personas solteras, esto refuerza la importancia de considerar el rol de los vínculos y el apoyo social en la experiencia del bienestar. En este sentido, futuras investigaciones podrían incorporar otro tipo de variables como calidad de vida, estrategias de afrontamiento, apoyo social y autoestima, así como ampliar el tamaño de la muestra.

Las limitaciones que se presentaron en este estudio principalmente se relacionaron con el tamaño reducido de la muestra clínica, ya que no fue fácil acceder a población con anosmia y, sobre todo, congénita. A su vez, el diseño no experimental de la investigación no permitió controlar las variables situacionales y contextuales que pudieron haber influido durante la autoadministración de los instrumentos. También, al tratarse de un estudio de carácter transversal, no es posible establecer los niveles de las dimensiones del bienestar ni de la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo.

Por otro lado, al momento de la búsqueda de antecedentes se evidenciaron limitaciones en la literatura disponible, no solo en Latinoamérica, sino que, especialmente en el contexto argentino, donde las alteraciones olfativas han sido abordadas predominantemente desde una perspectiva biomédica. Esta tendencia resulta llamativa considerando que el olfato mantiene estrecha relación con los procesos emocionales, cognitivos, neurodegenerativos y del desarrollo. De hecho, se ha destacado que la pérdida del olfato es uno de los primeros síntomas de enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson y el Alzheimer, lo que resalta su relevancia como un indicador temprano que antecede a la aparición de síntomas conductuales (Kotecha et al., 2018; Meusel et al., 2010; Nabizadeh et al., 2022). Por otra parte, también existen condiciones genéticas asociadas a la pérdida del olfato desde etapas tempranas del desarrollo, como el síndrome de Kallman, caracterizado por la ausencia o retraso en el inicio de la pubertad, cuyo conocimiento resulta fundamental para posibles diagnósticos diferenciales.

Si bien la presente investigación no tuvo un objetivo de intervención, sus resultados pueden aportar de manera indirecta a la evaluación y práctica psicológica, en la medida en que considerar la ausencia del olfato permite profundizar en la comprensión integral del consultante, así como en su manera de vincularse con otros. En este sentido, los hallazgos del estudio podrían contribuir a promover una mayor sensibilidad clínica hacia esta condición,

brindado psicoeducación orientada a comprender la disfunción olfativa y sus efectos en la vida cotidiana.

Finalmente, a partir de evidencias previas que han señalado la relación entre estímulos olfativos, bienestar y reducción de sentimientos negativos (Escalante-Ticona, 2019), resulta pertinente reflexionar sobre el lugar que ocupa la dimensión sensorial en la práctica clínica. Considerar el potencial uso de aromas en los espacios terapéuticos no implica una técnica en sí misma, sino una invitación a pensar la experiencia psicológica desde una mirada más amplia, donde lo sensorial, lo emocional y lo psicológico se encuentren profundamente entrelazados.

Referencias Bibliográficas

Álvaro González, L. C. (2016). Por el camino de Swann: Proust neurobiólogo y neurólogo.

Neurosciences and History, 4(1), 21–33.

https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV4N1201621_33ES.pdf

Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. AMM.

<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.^a ed.; S. del Viso Pabón, Trans.). The Guilford Press. (Trabajo original publicado en 1983). <https://mentaltestlab.com/wp-content/uploads/2024/03/Terapia-cognitiva-de-la-depresion-19a.-ed.-1.pdf>

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). The Psychological Corporation. <https://es.scribd.com/document/487591174/BDI-II-manual-pdf>

- Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (Eds.), *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck* (pp. 11–37). Paidós. <https://www.studocu.com/co/document/universidad-pontificia-bolivariana/introduccion-a-la-psicologia/beck-bdi-ii-manual-adaptacion-argentina/33808164>
- Buck, L., & Axel, R. (1991). A novel multigene family may encode odorant receptors: A molecular basis for odor recognition. *Cell*, 65(1), 175–187. [https://doi.org/10.1016/0092-8674\(91\)90418-X](https://doi.org/10.1016/0092-8674(91)90418-X)
- Chacón Martínez, J., Morales Puebla, J., y Jiménez Antolín, J. (2015). *Patología de la olfacción. Olfatometría. Manejo de los problemas olfativos*. SEORL-PCF. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-nacional-jorge-basadre-grohmann/biologia/061-patologia-de-la-olfaccion-olfatometria-manejo-de-los-problemas-olfativos/63738270>
- Cortese, R. H., Fernández Canales, M. M., y Góngora, V. (2022). Salud mental en la vejez: bienestar y autopercepción de salud en adultos mayores de Buenos Aires. *Psicología del Desarrollo*, (3), 1–19. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/206791>
- Croy, I., Bojanowski, V., & Hummel, T. (2013). Men without a sense of smell exhibit a strongly reduced number of sexual relationships, women exhibit reduced partnership security: A reanalysis of previously published data. *Biological Psychology*, 92(2), 292–294. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2012.11.008>
- Croy, I., Negoias, S., Novakova, L., Landis, B. N., & Hummel, T. (2012). Learning about the functions of the olfactory system from people without a sense of smell. *PLoS ONE*, 7(3), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033365>

Díez Fischer, F. (2023). ¡Divino olfato! *Communio*, 29(3), 49.

<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/220542>

Elkholi, S. M. A., Abdelwahab, M. K., & Abdelhafeez, M. (2021). Impact of the smell loss on the quality of life and adopted coping strategies in COVID-19 patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 278(9), 3307–3314.

<https://doi.org/10.1007/s00405-020-06575-7>

Escalante Ticona, K. I. (2019). *Eficacia de la aromaterapia en la mejora del bienestar psicológico en alumnos de la clínica estomatológica, Universidad Alas Peruanas. Arequipa, 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Alas Peruanas].

<https://hdl.handle.net/20.500.12990/9513>

Gil, R. (2019). Neuropsicología del olfato y el gusto. En *Neuropsicología* (7ª ed.). Elsevier España. <https://www.udocz.com/apuntes/767540/neuropsicologia-roger-gil-7a-edicion>

Góngora, V., y Castro Solano, A. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires.

Psicodebate, 18(1), 72–83. <https://www.scielo.org.ar/pdf/sideba/v18n1/v18n1a05.pdf>

Hermida, P. D., Ofman, S. D., Feldberg, C., Irrazabal, N., y Tartaglini, M. F. (2024). Calidad de vida y depresión en adultos mayores jubilados: Un estudio comparativo por género. *Ajayu*, 22(2), 200–216. <https://doi.org/10.35319/ajayu.222264>

Hernández-Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana Editores.

<https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-congreso/estadistica-i/metodologia-de-la-investigacion-las-rutas-cuantitativa-roberto-hernandez-sampieri-christian-paulina-mendoza-torres-2018-mc-graw-hill-1-62/122414655>

Joshi, A., Han, P., Faria, V., Larsson, M., & Hummel, T. (2020). Neural processing of olfactory-related words in subjects with congenital and acquired olfactory

dysfunction. *Scientific Reports*, 10, 14377. <https://www.nature.com/articles/s41598-020-71245-x>

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
<https://doi.org/10.2307/3090197>

Keyes, C. L. M. (2006). Mental Health in Adolescence: Is America's Youth Flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395–402.
https://www.researchgate.net/publication/6812135_Mental_health_in_adolescence_Is_America's_youth_flourishing

Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95–108.
https://www.researchgate.net/publication/6482455_Promoting_and_Protecting_Mental_Health_as_Flourishing_A_Complementary_Strategy_for_Improving_National_Mental_Health

Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in Setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181–192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>

Kollndorfer, K., Reichert, J. L., Brückler, B., Hinterleitner, V., & Schöpf, V. (2017). Self-esteem as an important factor in quality of life and depressive symptoms in anosmia: A pilot study. *Clinical Otolaryngology*, 42(6), 1229–1234.
<https://doi.org/10.1111/coa.12855>

- Kotecha, A. M., Corrêa, A. D. C., Fisher, K. M., & Rushworth, J. V. (2018). Olfactory Dysfunction as a Global Biomarker for Sniffing out Alzheimer's Disease: A Meta-Analysis. *Biosensors*, 8(2), 41. <https://doi.org/10.3390/bios8020041>
- Lee, L., Luke, L., Boak, D., & Philpott, C. (2024). Impact of olfactory disorders on personal safety and well-being: A cross-sectional observational study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 281(7), 3639–3647. <https://doi.org/10.1007/s00405-024-08529-9>
- Leon, M., & Woo, C. C. (2022). Olfactory loss is a predisposing factor for depression, while olfactory enrichment is an effective treatment for depression. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 1013363. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1013363>
- López-Mascaraque, L. (2024). Explorando el potencial del olfato: Genética, salud y avances tecnológicos. *Anales de la Real Academia de Doctores de España*, 9(4), 817–828. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9982729>
- Lupano Perugini, M. L., De la Iglesia, G., Castro Solano, A., & Keyes, C. L. M. (2017). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology*, 13(1), 93–108. <https://ejop.psychopen.eu/index.php/ejop/article/view/1163/877>
- Mendes Paranhos, A. C., Nazareth Días, Á. R., Machado da Silva, L. C., Vieira Hennemann Koury, G., de Jesus Sousa, E., Cerasi, A. J., Jr, Souza, G. S., Simões Quaresma, J. A., & Magno Falcão, L. F. (2022). Sociodemographic characteristics and comorbidities of patients with long COVID and persistent olfactory dysfunction. *JAMA Network Open*, 5(9), 1–12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.30637>
- Meusel, T., Westermann, B., Fuhr, P., Hummel, T., & Welge-Lüssen, A. (2010). The course of olfactory deficits in patients with Parkinson's disease: a study based on

- psychophysical and electrophysiological measures. *Neuroscience Letters*, 486(3), 166–170. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2010.09.044>
- Murphy, C., Schubert, C. R., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., & Nondahl, D. M. (2002). Prevalence of olfactory impairment in older adults. *JAMA*, 288(18), 2307–2312. <https://doi.org/10.1001/jama.288.18.2307>
- Nabizadeh, F., Pirahesh, K., & Khalili, E. (2022). Olfactory dysfunction is associated with motor function only in tremor-dominant Parkinson's disease. *Neurological Sciences*, 43(7), 4193–4201. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-05952-w>
- Oleszkiewicz, A., Croy, I., & Hummel, T. (2025). The impact of olfactory loss on quality of life: A 2025 review. *Chemical Senses*, 50, 1–13. <https://doi.org/10.1093/chemse/bjaf023>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Depresión*. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: un estado de bienestar*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Portellano Pérez, J. A. (2005). Agnosias olfatorias. En *Introducción a la neuropsicología* (p. 283). McGraw-Hill Interamericana de España. <https://clea.edu.mx/biblioteca/items/show/293>
- Soler, G. M., y Núñez, M. (2012). El olfato en la población de Buenos Aires: Un estudio estadístico. *Revista FASO*, 19(3), 54–60. <https://faso.org.ar/revistas/2012/3/10.pdf>
- Winter, A. L., Henecke, S., Lundström, J. N., & Thunell, E. (2023). Impairment of quality of life due to COVID-19-induced long-term olfactory dysfunction. *Frontiers in Psychology*, 14, 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1165911>

Anexos

Anexo I. Consentimiento Informado

Toda la información proporcionada en este formulario será tratada de forma confidencial y utilizada únicamente para fines de investigación académica. En cualquier momento, mientras completes el formulario, puedes retirarte a voluntad si no es viable seguir con el mismo y no habrá consecuencia alguna.

Conforme a lo establecido por la Declaración de Helsinki, no se hará uso de la información individual, de modo que permita identificar a alguno/a de los participantes en ninguna publicación de los resultados. Lo cual implica que podrían realizarse comunicaciones con congresos científicos y en última instancia publicaciones en revistas científicas y en ningún caso se proporcionará información individual relativa a la identidad de los participantes.

¡Dato fundamental! No hay respuestas correctas o incorrectas. Cualquier duda, consulta sugerencia que tengas, puedes escribirme al mail: Daianapulice@gmail.com

Al completar el presente formulario acepto los términos anteriormente presentados y estoy de acuerdo con participar de la investigación (sí/no).

Anexo II. Cuestionario Sociodemográfico

A continuación, deberás responder las siguientes preguntas con algunos datos sociodemográficos.

¿Cuál es tu edad? (en números) ____

Sexo

- Hombre
- Mujer
- Otros: _____

Lugar de residencia

- CABA
- Provincia de Buenos Aires

Estado Civil:

- Soltero/a
- En pareja
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

¿Convive con otras personas?

- SI
- No

¿Cuál es el nivel académico más alto que alcanzaste?

- No terminé la escuela secundaria
- Terminé la escuela secundaria
- Inicié estudios terciarios/universitarios, pero no finalicé (incluye estudios en curso)
- Tengo estudios terciarios/universitarios finalizados
- Inicié estudios de posgrado, pero no finalicé (incluye estudios en curso)
- Tengo estudios de posgrado finalizados

¿Actualmente, te encuentras trabajando?

- Si, en relación de dependencia
- Si, de manera Informal
- Si, monotributista
- Si, freelancer
- No
- Otros: ____

¿Tenés alguno de los siguientes síntomas? “Seleccioná todas las opciones que apliquen en tu caso”

- No siento olores, incluso aquellos que son fuertes (como el vinagre, el limón, el humo de un incendio, etc.)
- No logro sentir la diferencia entre sabores dulces, salados, amargos o ácidos
- Tengo la sensación de que la comida no tiene sabor
- Dificultad para percibir el aroma de los alimentos en mal estado
- Algunos olores familiares se perciben diferente
- Percibo olores que otras personas no pueden oler, me dicen que no hay olor
- Puedo oler algunos olores vagos, pero no puedo entenderlos
- Los olores que son agradables para otros son desagradables para mí
- Otros: ____

¿Cuenta con un diagnóstico médico de anosmia?

- Sí, tengo diagnóstico médico de anosmia congénita (desde el nacimiento)
- Sí, tengo diagnóstico médico de anosmia adquirida (por COVID-19 u otra causa).
- Percibo pérdida del olfato, pero aún no tengo diagnóstico médico.

En caso de anosmia adquirida, indique hace cuántos años la presenta (en números). Sea específico, evite respuesta como "hace mucho tiempo" _____

¿Has probado algún tratamiento, terapia o ejercicio para mejorar o restituir tu sentido del olfato?

- ☐ Sí, restituí por completo el olfato
- ☐ Sí, fue en parte efectivo
- ☐ Sí, pero no funcionó
- ☐ No

¿Tiene familiares directos (padres, hermanos, abuelos) con diagnóstico de Alzheimer, Parkinson o depresión?

- ☐ No
- ☐ Sí
- ☐ Otros: _____

¿Está usted diagnosticado con Alzheimer, Parkinson o algún trastorno de salud mental?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Otros: ____

Anexo III. Encuesta sobre Bienestar Emocional, Psicológico y Social

Consigna: A continuación, encontrarás un cuestionario de 14 ítems diseñado para evaluar tu bienestar emocional, psicológico y social. Indicá con qué frecuencia has experimentado cada situación en el último mes, utilizando la siguiente escala:

0 = Nunca

1 = Una o dos veces al mes

2 = Una vez a la semana

3 = Dos o tres veces a la semana

4 = Casi todos los días

5 = Todos los días

Lea cada enunciado con atención y selecciona la opción que mejor refleja tu experiencia.

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido feliz?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido interesado por su vida?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido satisfecho?

- Nunca
- Una o dos veces al mes

- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido que tenía algo importante para contribuir con la sociedad?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido que ha formado parte de una comunidad (como un grupo social, vecindario o ciudad)?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido que nuestra sociedad se está convirtiendo en un mejor lugar para la gente?

- Nunca

- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido que la gente es buena?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido que está bien la forma en que funciona la sociedad?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido que le agrada casi todo de su personalidad?

- Nunca

- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido que ha manejado bien las responsabilidades diarias?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido que tiene relaciones cálidas y confiables con las personas?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido que ha tenido experiencias que lo han desafiado a crecer y convertirse en mejor persona?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido seguro de pensar y expresar las propias ideas y opiniones?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

En el último mes ¿Cuántas veces usted se ha sentido que su vida tiene dirección o sentido?

- Nunca
- Una o dos veces al mes
- Una vez a la semana
- Dos o tres veces a la semana
- Casi todos los días
- Todos los días

Anexo IV. Encuesta sobre Sintomatología Depresiva

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Tristeza

- No me siento triste.
- Me siento triste gran parte del tiempo
- Me siento triste todo el tiempo.
- Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

Pesimismo

- No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- No espero que las cosas funcionen para mí.
- Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

Fracaso

- No me siento como un fracasado.
- He fracasado más de lo que hubiera debido.
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso total.

Pérdida de Placer

- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

- No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

Sentimientos de Culpa

- No me siento particularmente culpable.
- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

Sentimientos de Castigo

- No siento que este siendo castigado
- Siento que tal vez pueda ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

Disconformidad con uno mismo.

- Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- He perdido la confianza en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo mismo.
- No me gusta a mí mismo.

Autocrítica

- No me critico ni me culpo más de lo habitual
- Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

- Me critico a mí mismo por todos mis errores
- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

Pensamientos o Deseos Suicidas

- No tengo ningún pensamiento de matarme.
- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- Querría matarme
- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

Llanto

- No lloro más de lo que solía hacerlo.
- Lloro más de lo que solía hacerlo
- Lloro por cualquier pequeñez.
- Siento ganas de llorar, pero no puedo.

Agitación

- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o
- haciendo algo.

Pérdida de Interés

- No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

- Me es difícil interesarme por algo.

Indecisión

- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

Desvalorización

- No siento que yo no sea valioso
- No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- Siento que no valgo nada.

Pérdida de Energía

- Tengo tanta energía como siempre.
- Tengo menos energía que la que solía tener.
- No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- No tengo energía suficiente para hacer nada.

Cambios en los Hábitos de Sueño

- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- Duermo un poco más que lo habitual.
- Duermo un poco menos que lo habitual.
- Duermo mucho más que lo habitual.

- Duermo mucho menos que lo habitual
- Duermo la mayor parte del día
- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

Irritabilidad

- No estoy tan irritable que lo habitual.
- Estoy más irritable que lo habitual.
- Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- Estoy irritable todo el tiempo.

Cambios en el Apetito

- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- Mi apetito es mucho menor que antes.
- Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- No tengo apetito en absoluto.
- Quiero comer todo el día.

Dificultad de Concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Cansancio o Fatiga

- No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

Pérdida de Interés en el Sexo

- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- He perdido completamente el interés en el sexo.