



UAI

Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Tesis de Grado

**“Síntomatología Ansiosa y Depresiva en época de pandemia.
Comparación entre distintas generaciones residentes del área
metropolitana de Buenos Aires.”**

Tesista: Ezequiel Alfredo Blanco

Legajo: 5492

Sede: Berazategui

Turno: Tarde

Tutora: Lic. Sara Cecilia Zugazaga

Junio 2021

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer el apoyo incondicional de mis padres durante toda la carrera, ya que sin ellos todo esto no sería posible.

A mis compañeras de estudio y amigas, Dalila Rinaldi, Catalina Mercado y especialmente a Belén Blanco, por trabajar juntos siempre a la par.

A los profesores Ricardo Córtese, Maximiliano Preuss y Marcelo Pérez, por demostrarme las virtudes de esta profesión a partir de su compromiso con la docencia.

Un especial agradecimiento a mi Tutora la Lic. Cecilia Zugazaga, por sus valiosos aportes y motivación. Por su compromiso con esta profesión, lo que marca el futuro a seguir no solo como profesional, sino también como persona.

Por último a todos aquellos que de alguna manera fueron parte de mi paso por esta institución.

Eternamente agradecido con todos ellos.

Resumen

En el presente estudio, se realizó una comparación de la Sintomatología Ansiosa y Depresiva, en distintas generaciones dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires, a su vez se hizo la misma comparación con respecto al Género y al nivel de consumo de bebidas alcohólicas. La muestra estuvo compuesta por 222 personas (154 mujeres y 68 hombres). Para medir la Sintomatología Ansiosa se administró a la muestra la versión validada al español por Lobo et al. (2002), de la Escala de Ansiedad de Hamilton [HARS], (1959). Por otro lado, para medir la Sintomatología Depresiva se utilizó el inventario de depresión de Beck [BDI], (1960), validada al español por Vázquez y Sanz (1991).

Como resultados se obtuvo que la Generación Z es la que presenta mayor Sintomatología Ansiosa ($m=14,67$) y la que a su vez presenta mayor Sintomatología Depresiva ($m=36,95$). Por otro lado, el Género femenino presentó mayor Sintomatología Ansiosa ($m=11,13$) y mayor Sintomatología Depresiva ($m=32,55$). Para finalizar, se evidencia una relación causal entre el nivel de consumo de alcohol y la Sintomatología Ansiosa y Depresiva.

Palabras clave: Sintomatología Ansiosa – Sintomatología Depresiva – Generaciones – Pandemia.

Abstract

In the present study, a comparison was made of Anxious and Depressive Symptoms, in different Generations within the Metropolitan Area of Buenos Aires, in turn, the same comparison was made with respect to Gender and the level of consumption of alcoholic beverages. The sample consisted of 222 people (154 women and 68 men). To measure Anxious Symptomatology, the version validated into Spanish by Lobo et al. Was administered to the sample. (2002), from the Hamilton Anxiety Scale [HARS], (1959). On the other hand, to measure Depressive Symptoms, the Beck depression inventory [BDI] (1960) was used, validated in Spanish by Vázquez and Sanz (1991).

As results, it was obtained that Generation Z is the one with the highest Anxiety Symptoms ($m = 14.67$) and the one with the highest Depressive Symptoms ($m = 36.95$). On the other hand, the female gender presented greater Anxious Symptoms ($m = 11.13$) and greater Depressive Symptoms ($m = 32.55$). Finally, there is evidence of a causal relationship between the level of alcohol consumption and Anxious and Depressive Symptoms.

Keywords: Anxious Symptomatology - Depressive Symptomatology - Generations - Pandemic.

Índice general

CAPÍTULO I.....	1
1. Introducción	2
1.1. Planteamiento del problema	2
CAPÍTULO II	6
2. Marco teórico	7
2.1. Bases teóricas	7
2.2. Generaciones	7
2.2.1. Generación silenciosa	8
2.2.2. Baby Boomers	8
2.2.3. Generación X	9
2.2.4. Generación Y	10
2.2.5. Generación Z	10
2.3. Ansiedad	11
2.4. Depresión.....	14
CAPÍTULO III	19
3. Antecedentes	20
3.1. Antecedentes internacionales	20
3.2. Antecedentes nacionales.....	22
CAPÍTULO IV	25
4. Metodología	26

4.1. Objetivos	26
4.1.1. Objetivos generales.....	26
4.1.2. Objetivos específicos	26
4.2. Tipo y diseño de la investigación	27
4.3. Población y muestra	27
4.4. Hipótesis de la investigación	27
4.5. Sociodemográfico.....	28
4.6. Operacionalización de las variables:	28
4.6.1. Escala de ansiedad de Hamilton	28
4.6.2. Inventario de depresión de Beck.....	29
4.7. Procedimiento.....	31
CAPÍTULO V	32
5. Resultados	33
5.1 Caracterización de la muestra.....	33
5.2 Descripción de la severidad de los síntomas Ansiosos y de la intensidad de síntomas Depresivos en los sujetos de la muestra	35
5.3 Análisis de las variables sociodemográficas y diferencia de grupos.....	39
CAPÍTULO VI.....	43
6. Discusión.....	44
CAPÍTULO VII	48
7. Bibliografía:	49

CAPÍTULO VIII	61
8. Anexos	62
Anexo I: Consentimiento informado.	62
Anexo II: Datos sociodemográficos	63
Anexo III: Escala de ansiedad de Hamilton (HARS).....	64
Anexo IV: Inventario de depresión Beck (BDI).....	68

Índice de gráficos

Gráfico I: Distribución de la variable Generación en la muestra.....	33
Gráfico II: Distribución de la variable Genero en la muestra	33
Gráfico III: Consumo de alcohol	34

Índice de tablas

Tabla I: Distribución de la severidad de la Sintomatología Ansiosa en las distintas Generaciones	35
Tabla II: Descripción de la severidad de la Sintomatología Ansiosa según Generaciones ...	35
Tabla III: Distribución de la intensidad de la Sintomatología Depresiva en las distintas Generaciones	36
Tabla IV: Descripción de la intensidad de la Sintomatología Depresiva en las distintas Generaciones	37
Tabla V: Distribución de la severidad de la Sintomatología Ansiosa según Género	37
Tabla VI: Descripción de la severidad de la Sintomatología Ansiosa según Género	38
Tabla VII: Distribución de la intensidad de la Sintomatología Depresiva según Género	38
Tabla VIII: Descripción de la intensidad de la Sintomatología Depresiva según Género....	38
Tabla IX: Descripción de la severidad de los Síntomatología ansiosa y la intensidad de la Sintomatología Depresiva según el nivel de consumo de alcohol	39
Tabla X: Análisis de la variable Sintomatología Ansiosa según Generaciones	40
Tabla XI: Análisis de la variable Sintomatología Depresiva según Generaciones	40
Tabla XII: Análisis de la diferencia de Sintomatología Ansiosa entre Generaciones	41
Tabla XIII: Análisis de las diferencias de Sintomatología Depresiva entre Generaciones ..	41
Tabla XIV: Análisis de la variable Sintomatología Ansiosa según Género.	42
Tabla XV: Análisis de la variable Sintomatología Depresiva según Género	42

Tabla XVI: Sintomatología Ansiosa y Sintomatología Depresiva, según el Consumo de alcohol	42
---	----

CAPÍTULO I

1. Introducción

La presente investigación está abocada a comparar la severidad de los síntomas ansiosos y síntomas depresivos en distintos grupos etarios clasificados como generaciones, que habitan en el Área Metropolitana de Buenos Aires, durante el contexto de una pandemia.

1.1. Planteamiento del problema

A partir del brote de COVID-19 y su expansión a nivel mundial, en una gran cantidad de países se ha declarado la cuarentena obligatoria. La revista *The Lancet* (Brooks et al; 2020) ha hecho una reciente revisión de estudios sobre los efectos psicológicos de la cuarentena, dichos estudios informaron efectos psicológicos negativos, incluyendo síntomas como estrés, confusión y enojo, donde los principales estresores se reducen a una mayor duración de la cuarentena, aburrimiento, temor fóbico a posibles infecciones, suministros e información inadecuados, y pérdidas económicas. En Argentina, el CONICET (2020) realizó una encuesta en personas mayores de 18 años, sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el periodo de cuarentena, entre los cuales se destacan los siguientes datos: 45 % de los encuestados ha aumentado la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas y en cuanto a las causas para ese aumento de consumo, priman las que suponen una desorganización en el tiempo y el desequilibrio emocional provocado por la cuarentena.

Por otro lado, si bien en este contexto, la tecnología puede ser una gran aliada para comunicarse y resolver problemas en el corto plazo, no todas las personas pueden adaptarse a ella, ya sea por costumbres, recursos económicos o sociales. O por el contrario abusar de ella como explican Días Pocinho y García (2008) y Gil et al. (2015), a pesar de las ventajas de la tecnología, su uso excesivo puede tener un gran impacto en la persona, con

consecuencias en las áreas psicofisiológicas y afectivas, tales como ansiedad, estrés y depresión. Dado que durante la pandemia el uso de la tecnología resulta ineludible para el grueso de la población, ya que colabora a mantener los lazos tanto sociales, como laborales y educativos, se considera pertinente hacer alusión a este factor.

Desde el brote de COVID-19, iniciado el 09 de marzo de 2019, se provocó un clima de alarma y estrés en la población general, lo que se puede deber a la incertidumbre que esto generó, sumado al creciente número de casos (Asmundson & Taylor, 2020). A medida que la enfermedad se esparcía también lo hacia la desinformación, con lo cual el miedo se hizo una sensación general (Bao et al., 2020). A partir de la emergencia declarada, un estudio realizado en la población china devela un aumento de emociones negativas y disminución de emociones positivas (Li et al., 2020). Por otro lado, la falta de comunicación interpersonal, que se presenta exacerbada en un principio por la cuarentena y por la distancia social recomendada, aumenta las probabilidades de que surjan o empeoren síntomas ansiosos y depresivos (Xiang, 2020).

En base a esto, el peruano Jeff Huarcaya-Victoria (2020), plantea que, durante la pandemia podrían surgir problemas de salud mental como ansiedad, al interpretar sensaciones corporales como posibles síntomas de la enfermedad, pudiendo afectar su comportamiento. Por otro lado un estudio en China realizado en la fase inicial de la pandemia a 1210 personas reveló que 13,8% presentaba síntomas depresivos leves; el 12,2%, síntomas moderados; y el 4,3%, síntomas graves, observándose mayores niveles de depresión en personas sin educación, en personas con molestias físicas y en personas que desconfiaban de la pericia de los médicos para afrontar la situación (Wang et al., 2020).

Ahora bien, el presente estudio se realiza en base a las variables mencionadas, por un lado Ansiedad, entendida como una reacción emocional, percibida como desagradable, ante amenazas o situaciones imprevistas, acompañadas por cambios a nivel fisiológico, cognitivo y conductual (Spielberger, 1972; Clark & Beck, 2016), y por otro lado, la depresión, entendida por Beck (1967), como la visión negativa respecto de sí mismo, del entorno y de su futuro, generadas estas por esquemas (representaciones internas) conocido como tríada cognitiva. Desde estos esquemas o representaciones internas, las personas pueden llegar a sentirse incapaces o inútiles, interpretando como pérdidas o daños las experiencias por las que transitan y previendo futuras frustraciones. En este sentido si bien Beck (1967) se refiere a los esquemas cognitivos como constitutivos y latentes, en el presente trabajo se tomarán en el sentido de una depresión reactiva a la situación actual.

Dado el escenario establecido a partir de la pandemia, se considera necesario detectar si existe un grupo específico que resulte más afectado que otros, para poder profundizar en cuanto a investigación del problema, y focalizar la prevención y asistencia psicológica ante las posibles consecuencias de la pandemia iniciada en diciembre de 2019, la cual llega a Argentina el 3 de marzo de 2020.

Como describe Dimock (2019), las generaciones tienen diferentes comportamientos, actitudes y estilos de vida, según la época en la que hayan nacido, por lo que puede afectar a las personas de distintas formas e intensidades.

Desde la teoría, la presente investigación servirá como marco referencial para futuras investigaciones, dado que son escasas las realizadas dentro del territorio argentino, con respecto a estas variables en situaciones mundiales de carácter adverso. Por otro lado,

en cuanto al ámbito clínico, si bien son variables ya estudiadas y teorizadas, la gente va cambiando y con ello sus problemas, por eso se considera necesario comprender el estado actual de los mismos. Por otro lado, se entiende que el contexto social y cultural, ha cambiado y lo sigue haciendo constantemente, tanto desde las conceptualizaciones de las variables ansiedad y depresión, como desde los últimos problemas globales, donde si bien pueden llegar a parecer recientes, la evolución de la tecnología hace que los tiempos de cambio se aceleren, se modifiquen y se recontextualización (Dimock, 2019).

Por ende, se considera imperativo comenzar a investigar sobre el impacto psicológico que podría tener una crisis de esta magnitud e identificar si existe un grupo de personas más afectado que otro, para poder establecer prioridades a la hora de focalizar los recursos de la salud mental en un futuro cercano y detectar las variables intervinientes en los distintos grupos etarios. Para ello se recabarán datos que permitan medir la severidad de la Sintomatología Ansiosa y la intensidad de la Sintomatología Depresiva.

En resumen, la presente investigación busca determinar qué grupo de personas mostrarán mayor sintomatología ansiosa y mayor sintomatología depresiva, ante la pandemia por COVID-19.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Bases teóricas

Se ha establecido que las grandes tragedias, sobre todo aquellas que causan confinamiento, habitualmente conllevan síntomas de ansiedad y depresión, lo que en un principio comprende una reacción usual ante las catástrofes. Sin embargo, según la gravedad de los desastres y a su extensión en el tiempo, estos síntomas se pueden convertir en un problema de índole patológico para la población (Rajkumar, 2020). Por ello, como demuestra Huarcaya (2020), la población en general ha sido afectada a causa de la pandemia del COVID-19, y, en el área psicológica específicamente, se encuentra preponderancia de molestias de tipo ansioso y depresivo, junto al aislamiento social, a la incertidumbre, a las especulaciones sobre las formas de contagio y la inexistencia de un tratamiento específico.

2.2. Generaciones

Para este trabajo, se trabajará con la clasificación etaria de Mannheim (1928), considerando que da cuenta de rangos etarios que son comunes a la mayoría de las clasificaciones.

Uno de los primeros autores en definir el concepto “Generación” fue el sociólogo Karl Mannheim (1928), definiéndolo como un grupo de personas que comparten ambientes similares y momentos históricos que establecen un punto de inflexión en la vida social. A partir de ello, Howe & Strauss (1991), definen generación como un grupo de personas que nacen en un determinado momento de la historia, por lo que comparten sucesos históricos, creencias, comportamientos y un sentido de pertenencia a esa generación y ese tiempo particular, factores que según estos autores permite distinguir una generación de otra. Así

mismo, esto es respaldado por Pilcher (1994), al entender este concepto, como un grupo de personas que al experimentar sucesos significativos en común se ven influenciados, incluso de manera inconsciente, en sus comportamientos y actitudes. Estos elementos permiten dar cuenta de la importancia del entorno en el que una persona se desarrolla. Ahora bien, teniendo en cuenta esto, Martínez y Novo (2015) resaltan que un suceso significativo puede referir a crisis económicas, guerras, avances tecnológicos y cambios de paradigmas, entre otros. A partir de ello, recalcan que éstos definieron a las distintas generaciones y resultan esenciales para establecer un límite entre ellas. Estos autores refieren a la siguiente clasificación:

2.2.1. Generación silenciosa

La primera de las generaciones a nombrar es la de los Tradicionalistas o “Generación Silenciosa”, que si bien es un concepto acuñado en Estados Unidos también se utiliza para personas nacidas en Europa occidental, Australia y América del Sur, se refiere a personas nacidas entre 1928 y 1945, por lo que hoy estas personas se encontrarían entre los 76 y 93 años (Martínez y Novo, 2015).

Esta generación, convivió con la Gran Depresión, el nacimiento del Nazismo y la Segunda Guerra mundial, por lo que el ambiente preponderante fue la austeridad, donde como características principales se destacan el trabajo en equipo, el sacrificio personal y una fuerte adherencia a las instituciones (Martínez y Novo, 2015).

2.2.2. Baby Boomers

En segundo lugar, se encuentra la generación de los Baby Boomers, los cuales nacen con el fin de la segunda guerra mundial, entre 1946 y 1964, es decir que hoy en día

se encuentran entre sus 57 y 75 años, esta época se caracterizó por un acelerado incremento de nacimientos (Martínez y Novo, 2015). Dentro de los eventos que vivió esta generación se encuentran: la introducción de la TV en los hogares, el rock and roll, la vivencia de la llegada del hombre a la luna, la lucha por los derechos civiles y los derechos de la mujer (Zemke et al., 2013). Criados por madres conservadoras, en su mayoría amas de casa, se caracterizan por una marcada dedicación al trabajo en busca de una mayor calidad de vida (New Strategist Publication, 2010). Dentro de sus fortalezas, sobre todo en el ámbito laboral, se encuentra la flexibilidad con la que se enfrentan los cambios (Kupperschmidt, 2000).

2.2.3. Generación X

Esta generación es la que sigue a los Baby Boomers, nacidos entre 1965 y 1980, por lo que hoy se encuentran entre los 41 y 56 años (Martínez y Novo, 2015). Crecen en un hogar distinto al tradicional, en este caso ambos padres trabajan o se encuentran divorciados, por lo que, en comparación con la generación anterior, se forman en un ambiente de cambio, lo que genera tendencias a la búsqueda de apoyo grupal, a pesar de mostrarse más individualistas (Smola & Sutton, 2002). Se encuentra influenciada por eventos como el desarrollo de computadoras personales, la expansión de internet, la aparición de HIV, el accidente de Chernóbil, la caída del muro de Berlín y la creación de canales televisivos que fueron moldeando el comportamiento y las características de esta generación, como por ejemplo, entender al trabajo solo como un medio de subsistencia o la necesidad de mayores competencias tecnológicas (Zemke et al., 2013).

2.2.4. Generación Y

Esta generación, también conocida como Millennials, continúa a la generación x, su rango de nacimiento se encuentra entre 1981 y 1995, por lo que su edad varía entre 26 y 40 años (Martínez y Novo, 2015). Se los conoce por crecer en un ambiente más próspero con respecto a las generaciones anteriores, mantienen grandes expectativas y necesitan encontrarle un sentido a su trabajo (Howe & Strauss, 2000). Sin embargo, según Boschma (2008), la característica fundamental de esta generación es la afinidad con la tecnología y la inmediatez de acceso a la información que proporcionan las redes sociales, además de la disponibilidad de ésta 24 horas del día en cualquier día del año. Según Díaz Sarmiento et al. (2017) esta generación se encuentra atravesada por sucesos como actos terroristas, el exponencial crecimiento de Google, el surgimiento de las redes sociales, el Tsunami de Asia y la integración de Ms. Office al ámbito académico y laboral. Según Ferrer (2010), buscan la satisfacción inmediata, pretendiendo grandes recompensas a partir de poco esfuerzo, además de menos respeto por las autoridades e instituciones establecidas.

2.2.5. Generación Z

La última generación conocida hasta el momento es la Generación Z, y pertenecen a ella, aquellos nacidos a partir de 1996, por lo que tienen 25 años o menos. Se los considera “nativos digitales”, ya que no tuvieron que lidiar con el cambio de lo analógico a lo digital (Martínez y Novo, 2015). Según Maioli y Filipuzi (2016), esta generación busca trabajar por cuenta propia o que su trabajo se amolde a su estilo de vida. Por otro lado, las mismas autoras explican que al nacer inmersos en la tecnología y procesar gran cantidad de información provenientes de varias fuentes, desarrollaron la capacidad de resolver varias tareas de manera simultánea, lo cual es característico de esta generación (Maioli y Filipuzi,

2016). Según Small & Vorgan (2008), el uso excesivo de esta capacidad puede llevar a tener mayor grado de estrés y problemas para focalizar la atención.

2.3. Ansiedad

La ansiedad refiere a una emoción que se encuentra comprendida por la reacción psicofísica de las personas, caracterizada por sensaciones de malestar, inquietud e inseguridad, frente a una amenaza o situaciones de incertidumbre. En este sentido, pueden surgir a partir de estresores entre los que se cuentan crisis económicas, posibles contagios de una nueva enfermedad o situaciones desconocidas. Sin embargo, en la medida y condición adecuada es útil para adaptarse al medio (Cano Vindel, 2015). Se experimenta como una emoción desagradable que aflora en momentos donde un individuo se siente amenazado o prevé consecuencias negativas, tratando de reducir los riesgos el individuo se pone en alerta, para poder enfrentar ese tipo de situaciones (Lazarus, 1966). Para Clark & Beck (2010):

La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (p. 23).

Cabe destacar que estos autores consideran necesario tener en cuenta las diferencias de género halladas en lo que concierne a la ansiedad, como por ejemplo una mayor tendencia del género femenino hacia la ansiedad generalizada y a la rumiación frente potenciales amenazas (Clark & Beck, 2010).

Por otro lado, la ansiedad normal puede diferenciarse de la ansiedad patológica cuando ésta se funda en una estimación desmedida o irreal de la amenaza (Cia, 2007).

Ahora bien, en la actualidad, los sucesos graves poseen un fuerte impacto sobre las poblaciones afectadas, en países con distintos niveles de desarrollo, generando síntomas de ansiedad posterior a esos sucesos (Norris, 2005).

El propio Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición [DSM 5] (APA, 2013), define a la ansiedad como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura y se puede manifestar de la siguiente manera: Preocupación excesiva, dificultad para controlar la preocupación, fatiga, inquietud, irritabilidad, problemas de sueño, dificultad para concentrarse y tensión muscular, lo cual dependiendo de su intensidad, cronicidad y asociación a otros síntomas, se podría llegar a diagnosticar un trastorno. Sin embargo, la ansiedad no predomina exclusivamente en los sucesos trágicos, sino que se desarrolla en contextos de presiones, estrés y las demandas de la vida diaria, lo que en el contexto actual se puede ver combinado.

Una vez entendido el concepto de ansiedad, se considera necesario diferenciarla del miedo. Según Greenberg & Paivio (1997), ambas son experiencias similares, sin embargo, el miedo responde ante la presencia de un estímulo específico y se encuentra orientado hacia la supervivencia, induciendo a la persona a escapar o enfrentar un peligro, los mismos autores añaden que la ansiedad responde a contextos simbólicos y sociales, sin la necesidad de la presencia física de la amenaza, por lo que se interpreta como una respuesta frente a la incertidumbre que surge ante la posibilidad de una amenaza. Por otro lado, Gonçalves et al. (2003), explican que el miedo es una emoción, la cual surge ante una amenaza concreta y bien definida, de origen externo al sujeto y de manera inmediata. Por el contrario, la

ansiedad es una sensación de malestar difuso, donde la amenaza no se encuentra bien definida o directamente es desconocida, por lo que no puede concretarse en algo externo, por lo que suele carecer de inmediatez.

Otra emoción cercana a la ansiedad es la angustia por lo que también se distinguirá de ella. Según Cia (2007), en la angustia priman los síntomas físicos, como paralización, sobrecogimiento y opresión en el pecho, mientras que en la ansiedad los síntomas son mayormente psíquicos, tendiendo al sobresalto, falta de aire o ahogo. Por último, mientras que la angustia es vivenciada como la amenaza de muerte o pérdida del control de sí mismo, la ansiedad es vivenciada como la posibilidad de que algo pueda llegar a ocurrir.

Lo más complejo hoy día quizás es distinguir el estrés de la ansiedad, debido al entrecruzamiento que se puede dar entre uno y otro. Probablemente la psicofisiología es la corriente que mejor los diferencia, considerando la importancia de los procesos fisiológicos dentro del estrés frente a la subjetividad que se puede acarrear en el estado de ansiedad. De esta manera mientras que, como se dijo anteriormente, la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una posible amenaza, el estrés, como lo definió el fisiólogo Selye (1975), es la respuesta del organismo a una exigencia ejercida sobre él. Esta respuesta provoca un estado de desequilibrio corporal, producido por un estímulo concreto, el cual Selye denominó “estresor”.

Desde la teoría biológica, se intenta explicar que la ansiedad surge por alteraciones bioquímicas de los neurotransmisores y receptores del sistema nervioso central o con predisposiciones genéticas (Kuong & Concha, 2017).

Por lo tanto, en concordancia con lo propuesto por en el DSM-5 (APA, 2013), se puede considerar la ansiedad como una respuesta emocional, englobando aspectos

cognitivos desagradables, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos y aspectos motores que generalmente implican un comportamiento poco adaptativo. Esta respuesta puede surgir tanto por estímulos externos o ambientales como por estímulos internos al sujeto, ya sean pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como una amenaza. Qué tipo de estímulo puede evocar respuestas de ansiedad, dependerá de las características del sujeto. Aparte de ello Cia (2007) afirma: “Cuando es muy severa puede llegar a paralizar al individuo transformándose en pánico.” (p.34). Lo que según el mismo autor actualmente se considera como una vivencia de miedo intenso, sensación de pérdida del control de sí mismo o de muerte inminente, que se presenta de manera espontánea.

2.4. Depresión

La depresión junto a la ansiedad, son dos de los problemas que surgen con mayor frecuencia en la salud mental de la población. A pesar de ser una enfermedad tratable, 6 de cada 10 personas que la padecen en América latina y el caribe, no buscan o no reciben el tratamiento necesario (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Según una investigación realizada por Rodríguez et al. (2009), la depresión representa en Argentina un 26,5% de las consultas en cuanto a desórdenes afectivos se refiere. De hecho a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (30 de enero 2020), reporta que más de 300 millones de personas reportan síntomas de depresión. Y anterior a la pandemia se estimaba que para el 2020, se convertiría en la segunda causa de deterioro del funcionamiento social (Ospina-Ospina et al., 2011), lo cual puede verse potenciada como efecto de la pandemia y sus consecuencias. Lo que advierte sobre la necesidad de evaluarlo como un problema de salud pública, donde sería importante mantener la mirada desde la perspectiva de la prevención.

Ahora bien, son variadas las definiciones que se pueden encontrar de depresión, según la Organización Mundial de la Salud (2020), se refiere a un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, la pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones en el sueño o apetito, sensación de cansancio permanente y falta de concentración, estos síntomas podrían volverse recurrentes, dificultando el funcionamiento social en los distintos ámbitos de las personas. De manera similar el Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados [NICE] (2009), la describe como una enfermedad mental, caracterizada por la ausencia de afectividad positiva o la incapacidad de disfrutar actividades placenteras, sumado a síntomas que incluyen, falta de autocuidado, pérdida de concentración, ansiedad y falta de interés en actividades diarias. Lo cual a diferencia de la tristeza, se refleja en el impacto que tiene sobre las actividades diarias y relaciones sociales (Saavedra Gonzales et al., 2016).

La depresión se considera un serio problema de salud, sobre todo cuando la misma se vuelve de larga duración y de intensidad moderada a grave, lo que puede llegar a alterar las relaciones sociales de los individuos y en el peor de los casos conducir hacia el suicidio (OMS, 30 de enero 2020). Por otro lado, estudios comprueban que la prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres, iniciándose generalmente en la adolescencia y manteniéndose en la adultez (Hegeman et al., 2012). Existen factores que pueden establecer un ambiente propicio para el desarrollo de la depresión, como son las enfermedades, ya sean físicas o mentales (Lam et al., 2009). Siguiendo esta idea, un factor significativo que surge habitualmente en casos de depresión, es la ansiedad (Eccleston & Scott, 1991), lo cual como se ha nombrado anteriormente, aumenta ante eventos negativos, como los que podrían llegar a surgir producto de la pandemia. Generalmente, la ansiedad es un factor favorable para el desarrollo de la depresión mayor y la distimia, por lo cual se lo

puede considerar un importante predictor de un estado o cuadro depresivo (Fogel et al., 2006).

Otros factores que predisponen el desarrollo de la depresión refieren a la dimensión social, destacándose la desestabilidad económica y las malas circunstancias laborales (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009), lo cual en Argentina son factores constantes, que se presentan anterior a la pandemia y pueden llegar a verse potenciados por ésta. Turner & Lloyd (2004), plantean que enfrentar situaciones adversas de manera prolongada, pueden implicar el inicio de trastornos depresivos y ansiosos. Con ello se estarían engendrando generaciones con un alto riesgo de padecer estas enfermedades, ya que como demuestran Weissman et al. (2006), los descendientes de depresivos conforman un grupo con predisposición, tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales, de esta manera familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo, poseen mayores posibilidades que la población general, de presentar depresión (Sullivan et al., 2000).

La pandemia ha producido en Argentina el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio más extenso en el mundo, siendo el AMBA uno de los sectores más afectados, dado que se ha generado un ambiente de desocupación y tiempo libre de obligaciones y de vínculos, que favorecen la rumiación y la errónea interpretación de la información, por ello se quiere destacar los factores cognitivos, abordados desde el modelo de Beck, surgido en la década del 60 a partir de observaciones clínicas. A través de este modelo cognitivo Beck (2005) explica la Depresión a partir de tres conceptos: en primer lugar la triada cognitiva, la cual refiere a tres patrones de creencias sobre los que la persona puede tener una visión negativa, y son las creencias sobre sí mismos, sobre el futuro y sobre el mundo. En segundo lugar, los esquemas mentales cognitivos, concepto que intenta explicar porque un sujeto

con depresión mantiene una actitud perjudicial para sí mismo a pesar de conocer evidencia objetiva de que en su vida existen elementos positivos. Por último, los errores cognitivos, producidos en el procesamiento de la información, los cuales son sistemáticos y se establecen en el pensamiento. Estos errores producen distorsiones afectando significativamente las percepciones de los hechos de manera negativa. Como ejemplos de estas distorsiones, sobre todo presentes en el contexto actual se pueden nombrar: la generalización excesiva (se elabora una conclusión general a partir de hechos aislados), inferencia arbitraria (se llega a una conclusión sin tener evidencias que la apoyen), maximización y minimización (relativo a la magnitud de los eventos), entre otras.

Esto a su vez, se ve complementado con lo propuesto en el DSM-V (APA, 2013), contemplando que no exista un origen químico, biológico y/o no esté asociada a una muerte o pérdida reciente, para poder diagnosticar depresión se debe solicitar información sobre los síntomas al paciente. Dentro de estos síntomas, los cuales deben tener una duración de al menos dos semanas, con una presencia recurrente de al menos 5 de ellos, siendo necesario para el diagnóstico la presencia de los primeros dos síntomas:

- Estado anímico deprimido.
- Disminución de placer o interés en sus actividades.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Alteración del funcionamiento cotidiano a causa de los síntomas.
- Problemas de concentración.
- Aumento o disminución de apetito.
- Insomnio o Hipersomnio.
- Sentimientos excesivos de culpa.

- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Ideación recurrente sobre suicidio o muerte.

CAPÍTULO III

3. Antecedentes

3.1. Antecedentes internacionales

González et al. (2020), realizaron un estudio evaluando los niveles de ansiedad, depresión, estrés y percepción del estado de salud en universitarios mexicanos, luego de 7 semanas de confinamiento por la pandemia COVID-19. Su método de estudio fue observacional-transeccional, con una muestra de 644 personas (276 mujeres y 368 hombres) con una edad promedio de 21.95 años, quienes llenaron una encuesta en línea, que buscaba detectar síntomas psicológicos, cuyo contenido se estructuró por el Inventario de Ansiedad Estado, Escala de Estrés percibido (PSS-14), Cuestionario General de Salud (GHQ-28) y datos sociodemográficos. En base a los resultados, se encontraron síntomas moderados a severos: estrés (31.92%), psicósomáticos (5.9%), problemas para dormir (36.3%), disfunción social en la actividad diaria (9.5%) y depresivos (4.9%), sobre todo en mujeres y en los estudiantes más jóvenes (18-25 años), de hecho, en este grupo, también se detectó ansiedad (40.3%).

Por otra parte, en España se llevó a cabo una investigación (Justo Alonzo, 2020) para estudiar cuál es el papel que tiene la edad sobre las respuestas psicológicas ante la pandemia. Para la investigación utilizaron DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) para evaluar la depresión, ansiedad y stress, y el IES-R (Impact of Event Scale-Revised), para evaluar el impacto psicológico. Los formularios fueron distribuidos por medio de redes sociales durante el período de cuarentena a personas mayores de 18 años residentes de España. Fueron validadas 3524 respuestas, dentro de los cuales se encontraban 909 hombres, 2601 mujeres y 4 personas sin declarar su sexo, con un rango de edad de 18 a 79 años. Dentro de los resultados se encontró que, personas entre 18 y 33, se mostraban más

hiperactivos, evitativos, ansiosos, deprimidos y estresados. Personas entre 26 y 33 años presentaban más intrusión. Participantes entre 18 y 25 años presentaban problemas para dormir, además de claustrofobia y dificultades para mantener rutinas. Sin embargo, las personas mayores, mostraban mejores respuestas en general. A partir de estos resultados concluyeron que la población española más joven es la que mayores consecuencias psicológicas sufrieron por la pandemia.

En el mismo país, Losada Baltar et al. (2020), planteó una investigación similar, en este caso el objetivo fue analizar si existían diferencias con respecto a la ansiedad, tristeza y comorbilidad ansioso-depresiva en personas jóvenes (18 a 39 años), de mediana edad (40 a 59 años) y mayores (60 años o más), recluidas por la pandemia de COVID-19. Fueron 1501 participantes de 18 a 88 años, donde la mayoría (70,6%), fueron mujeres. Fueron contactados a través de redes sociales y por medio de asociaciones con instituciones del ámbito gerontológico. A fin de usar una medida breve para evaluar las variables Ansiedad y Tristeza, siguieron el procedimiento realizado por Zimmerman et al. (2006) y Christensen et al. (2020), quienes dan respaldo psicométrico al uso de ítems únicos para la evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa. Optaron por utilizar 2 ítems ad hoc para la medida de ansiedad y tristeza (p. ej., «¿Cuánta tristeza sientes?»). Las respuestas variaron de 0 “No siento nada de...” a 10 “Tengo muchísima...”. Como resultados obtuvieron que, las personas mayores muestran menor ansiedad y tristeza que el resto. Las personas de mediana edad muestran menores niveles que los jóvenes. Además, en congruencia con lo mencionado anteriormente, encontraron mayor comorbilidad ansioso-depresiva en jóvenes y menos en personas mayores. Como conclusiones, extrajeron que las personas mayores son las que menor malestar psicológico informan con respecto a las personas jóvenes y de mediana edad.

3.2. Antecedentes nacionales

Picco et al. (2020), buscaron analizar los aspectos psicosociales de la cuarentena obligatoria y las restricciones impuestas por la pandemia en la ciudad de Mendoza. Para ello, encuestaron a través de las redes sociales por medio de un formulario diseñado para la investigación. Se realizó en la ciudad de Mendoza capital y gran Mendoza utilizando la población que asiste al instituto de cardiología y medicina del deporte. La muestra se conformó por 915 personas de las cuales el 49% se encontraban entre los 20 y 40 años. Según los datos recabados, el 44% de las personas aumentó el tiempo que pasaba frente a una pantalla y el 61% alteró sus hábitos alimentarios saludables. Además, un 60% de la muestra refirió síntomas compatibles con depresión, ansiedad, tristeza, falta de voluntad o desesperanza.

Por otro lado, en un estudio realizado por Cervio (2020), se indagó sobre las prácticas y emociones durante el ASPO por COVID-19 en hogares urbanos argentinos. La muestra estuvo compuesta por 918 personas, dentro de las cuales 35.8% tienen entre 36 y 45 años. En cuanto a la exploración de las emociones relacionadas a la pandemia y el confinamiento, las 3 emociones más frecuentes fueron “incertidumbre” (25.4%), “Ansiedad” (19.8%) y “Angustia” (12.6%).

En concordancia, Etchevers et al. (2020), realizaron un estudio sobre el impacto psicológico de la cuarentena en la población argentina, para lo cual administraron un cuestionario en línea con muestreo incidental y estratificado según la región del país, a los 7-11 días (periodo 1), 50-55 días (periodo 2) y 115-124 días (periodo 3) de cuarentena obligatoria. Los protocolos completos y válidos son 2.631 casos a los 7-11 días, 2.068 casos a los 50-55 días y 2.441 casos a los 115-124 días del inicio de la cuarentena

obligatoria. Las personas en riesgo de trastorno psicológico se incrementaron significativamente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), dicho incremento pasó de 4,9% (período 1) a 6,6% (período 2) y por último a 9,5% (período 3). En el período 3, 75,83% de los participantes reportó experimentar malestar psicológico, el 54,2% de los participantes reportó consumir alcohol y 43,75% consideraron necesario tratamiento psicológico.

El Centro de Investigaciones Sociales [CIS] (2020), realizó una investigación con el fin de comprender el impacto que provoca la pandemia de COVID-19 en la salud de la sociedad, sobre todo en los efectos psicológicos. Para ello, encuestaron con preguntas ad hoc a 1315 personas mayores de 16 años edad, residentes del AMBA. Las encuestas fueron realizadas a través de redes sociales y complementadas con encuestas vía telefónicas. Para analizar los resultados ponderaron tres rangos etarios: de 16 a 29 años, de 30 a 49 años y 50 años o más. Los datos obtenidos reflejaron que el 67% de la muestra manifestó sentirse ansiosos por la situación, y en cuanto al rango etario, el más afectado resultó ser el de mediana edad, 75% de las personas de 30 a 49 años así lo reconocieron, en comparación con los de menor edad (70%) y mayores (68%). Por otro lado, el 37% reconoció haberse sentido deprimido, en este caso, las personas de 16 a 29 fueron las más afectadas, 47% de ellos fueron los que manifestaron sentirse deprimidos, en comparación con personas de 30 a 49 años (38%) y de 50 años o mayores (34%).

Por otra parte, Álvarez y Badellino (2020), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad en la población argentina durante la pandemia por COVID-19. Fue un estudio transversal, realizando encuestas a través de la plataforma Google Forms, distribuidas por medio de redes sociales. La muestra corresponde a personas mayores de 18 años, habitantes de Argentina, de la cual se obtuvieron 2839 respuestas

válidas. Para evaluar la ansiedad utilizaron la prueba GAD-7 (Test de Trastorno de ansiedad generalizada de 7 medidas). La mayor parte (75%) de la muestra son mujeres. El 72,5 % de los encuestados reportaron ansiedad, de los cuales el 39,6% fue leve, el 22,6% moderada y el 10,3% severa.

Por su parte el CONICET (2020), realizó una encuesta a casi 5000 personas, donde se plasma el consumo de bebidas alcohólicas en nuevas situaciones de la vida diaria incorporadas durante la cuarentena, ya que el alcohol es considerado un depresor natural del sistema nervioso y la asociación existente entre su consumo excesivo y problemas en la salud mental (OMS, 21 de septiembre 2018). Entre aquellos que consumieron, un 20% comenzó a beber alcohol durante la cena y prácticamente un 15% durante actividades recreativas. Además, aquellos que consumieron alcohol notaron el aumento en ciertas bebidas, sobre todo el vino (el 40% aumentó el volumen de consumo) y cerveza (en el 25% de los casos). Entre los motivos de consumo, sobresalen las que suponen una desorganización del tiempo (42.2% porque tienen más tiempo libre y 29.4% por la falta de una rutina estable) y un dato no menor, la afectación emocional provocada por la cuarentena (33.6%). En el estudio se remarca, que se cuadruplicó el número de jóvenes de 18 a 24 años que no consume bebidas alcohólicas y también se cuadruplicó el número de adultos de 35 a 44 años que consumen todos los días.

CAPÍTULO IV

4. Metodología

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivos generales

Comparar la sintomatología ansiosa y depresiva de las diferentes generaciones residentes del AMBA, durante el contexto de pandemia por COVID-19.

4.1.2. Objetivos específicos

Identificar cual es la generación más afectada respecto a la sintomatología ansiosa.

Identificar cual es la generación menos afectada respecto a la sintomatología ansiosa.

Identificar cual es la generación más afectada respecto a la sintomatología depresiva.

Identificar cual es la generación menos afectada respecto a la sintomatología depresiva.

Especificar cuál es el género más afectado en cuanto a la sintomatología ansiosa.

Especificar cuál es el género más afectado en cuanto a la sintomatología depresiva.

Identificar si existe una relación entre el nivel de consumo de alcohol y la sintomatología ansiosa

Identificar si existe una relación entre el nivel de consumo de alcohol y la sintomatología depresiva.

4.2. Tipo y diseño de la investigación

El diseño de investigación es no experimental, ya que no se manipula ninguna variable, y transversal dado que se recogieron los datos en un único momento. El tipo de investigación es descriptiva, porque se planteó como objetivo, presentar las características de la muestra. Además, es de tipo cuantitativo, puesto que se cuantifican las variables (Sampieri, 2014).

4.3. Población y muestra

Se evaluó una muestra de 222 personas. Como criterios de inclusión se consideraron personas residentes del AMBA y mayores de 18 años que dieron su consentimiento para participar del estudio.

Como criterios de exclusión, se omitieron cuestionarios de personas bajo tratamiento psicológico y o psiquiátrico. También se excluyeron, personas que consumen medicación ansiolítica o antidepresiva.

Dado el carácter cuantitativo de la investigación, se ha empleado un muestreo no probabilístico.

4.4. Hipótesis de la investigación:

H1: Las personas pertenecientes a la Generación Z presentan mayor severidad de Sintomatología Ansiosa y depresiva en el contexto de pandemia por Covid-19.

H2: Las personas de género femenino presentan mayor severidad de Sintomatología Ansiosa y Depresiva en el contexto de pandemia por Covid-19.

H3: Aquellas personas con mayor consumo de alcohol, presentan Mayor severidad de Sintomatología Ansiosa y Depresiva en el contexto por Covid-19.

4.5. Sociodemográfico

Se realizaron preguntas relativas a la edad, género, lugar de residencia, y preguntas específicas que atañen al tema de investigación, como: si se encuentra bajo algún tratamiento psicológico, si consume medicación ansiolítica o antidepresiva, si consumía medicación ansiolítica o antidepresiva anterior a la pandemia y consumo de alcohol en relación al periodo actual.

4.6. Operacionalización de las variables:

4.6.1. Escala de ansiedad de Hamilton

El primer instrumento que se utilizó es la Escala de Ansiedad de Hamilton o HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) creada por Max R. Hamilton (1959), el cual cuenta con 15 ítems. En ese entonces buscaba distinguir entre una condición patológica y la ansiedad como estado, para distinguir la gravedad de la misma desarrolló dicha escala (McDowell, 2006). Si bien el instrumento ha ido evolucionando, el objetivo sigue siendo el mismo, evaluar la severidad de los síntomas. Actualmente está conformado por 14 ítems, representados por una frase corta correspondiente a manifestaciones de la ansiedad, las cuales se responden mediante un formato Likert, para establecer qué nivel de adherencia siente con la oración.

Cada afirmación es valorada de 0 a 4 puntos según el grado de intensidad y frecuencia percibido, valorando “nunca” con una puntuación de 0, “algunas veces” 1 punto, “bastante” 2 puntos, “casi siempre” 3 puntos y “siempre” con 4 puntos. La suma de todos

los ítems, van de 0 a 56 puntos, esto se divide en cuatro tipos: 0 puntos “sin ansiedad”; 1-18 puntos “ansiedad leve”; 19-25 puntos “ansiedad moderada”; 30 o más puntos “ansiedad severa” (Hamilton, 1960). Dentro del instrumento se encuentran afirmaciones como: “Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable.”, “Tengo dificultad para conciliar el sueño (dormirme). Me despierto varias veces durante la noche. Me levanto cansado y con sensación de haber dormido mal. Tengo pesadillas. Tengo terrores nocturnos.” o “Siento que mi corazón late más deprisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, latir fuertemente el pulso en mi cuerpo. Mi corazón cambia de ritmo. Siento que me voy a desmayar.”

4.6.1.1. *Propiedades psicométricas:*

Fiabilidad: La versión en español presenta propiedades psicométricas similares a las de la escala original. Estudios muestran índices psicométricos con una buena consistencia interna (alfa de Cronbach, 0,89). Además, cuenta con una fiabilidad test-retest y entre observadores (coeficiente de correlación intraclase: 0,92 y 0,92, respectivamente) (Lobo et al., 2002).

Validez: Presenta una adecuada validez discriminante (MADRS/HARS-Impresión Clínica Global de Gravedad: $p < 0,001$); y a su vez adecuada validez convergente (MADRS/HARS: $p < 0,05$; HARS-State Trait Anxiety Inventory: $p < 0,05$) (Lobo et al., 2002).

4.6.2. *Inventario de depresión de Beck*

El segundo instrumento utilizado es el inventario de depresión de Beck o BDI (Beck Depression Inventory), elaborado por Beck et al. (1961), en un principio como una escala hetero aplicada de 21 ítems con el fin de evaluar la gravedad o intensidad de la depresión.

Beck et al. (1979), presentan una nueva versión revisada del inventario, la cual es adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991). Actualmente cuenta con 21 ítems que evalúan un amplio espectro de los síntomas depresivos.

En esta versión revisada de 1979, se sistematizan 4 alternativas de respuesta por cada ítem, evaluando la intensidad o gravedad del síntoma. Cada ítem se presenta ordenado de menor a mayor gravedad. Cabe aclarar que el inventario refiere a la actualidad del evaluado y al transcurso de la semana anterior, al momento de la toma del inventario. A modo de ejemplo estos son algunos de los ítems: “No me siento triste / Me siento triste / Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo / Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo” o “Las cosas me satisfacen tanto como antes / No disfruto de las cosas tanto como antes / Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas / Estoy insatisfecho o aburrido de todo “.

En este caso se debe seleccionar para cada ítem la respuesta que mejor represente su situación tanto en el momento actual, como en la última semana en que fue presentado el inventario. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3 puntos. Por lo que el rango de la puntuación obtenida va desde 0 a 63 puntos.

Como describen Kendall et al. (1987), el objetivo del instrumento es cuantificar la sintomatología, sin proporcionar un diagnóstico. Para Beck et al. (1988), los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad son los siguientes: “No depresión” de 0 a 9 puntos, “Depresión leve” de 10 a 18 puntos, “Depresión moderada” de 19 a 29 puntos y “Depresión grave” 30 puntos o más.

4.6.2.1. Propiedades psicométricas:

Fiabilidad: Sus índices psicométricos han sido estudiados mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach, 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración (Vázquez y Sanz, 1991).

Validez: Algunos estudios de validez (Beck et al., 1988; Martinsen et al., 1995; Ritcher et al., 1997; Ritcher et al., 1998) muestran una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS). Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado fue estudiada en una amplia muestra con personas entre 18 y 64 años, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte mayor o igual a 13 puntos) (Lasa et al., 2000).

4.7. Procedimiento

Tanto el cuestionario socio demográfico, como los instrumentos fueron volcados a la plataforma digital “formularios Google”. Este fue distribuido a través de redes sociales como “WhatsApp”, “Instagram”, “Facebook”, “Telegram”, para poder ser auto aplicados.

CAPÍTULO V

5. Resultados

5.1 Caracterización de la muestra

Gráfico I: Distribución de la variable Generación en la muestra

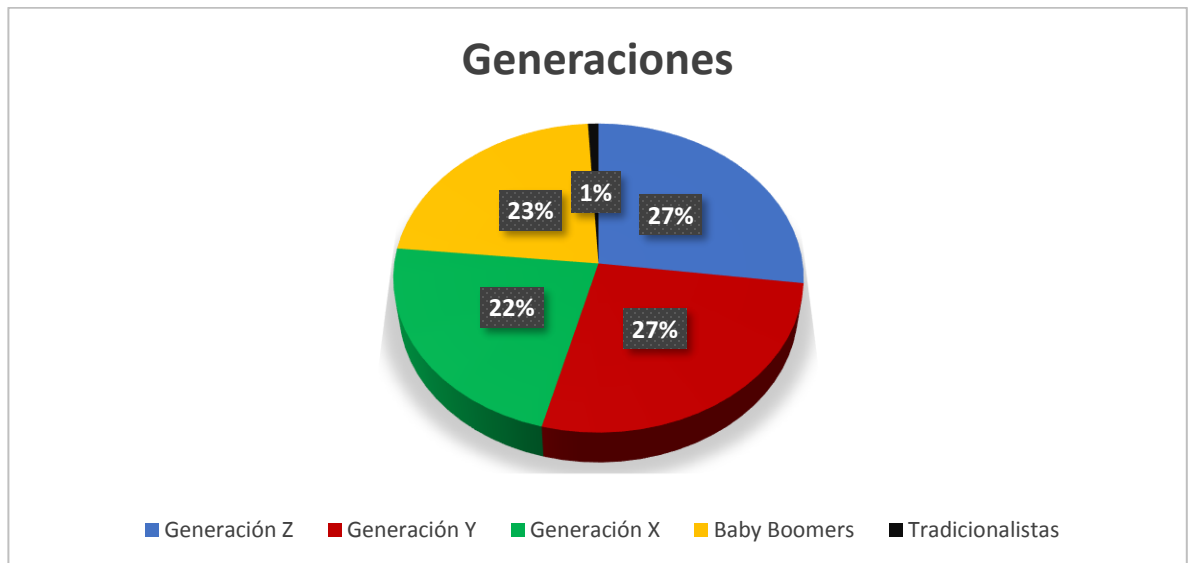


Gráfico II: Distribución de la variable Género en la muestra

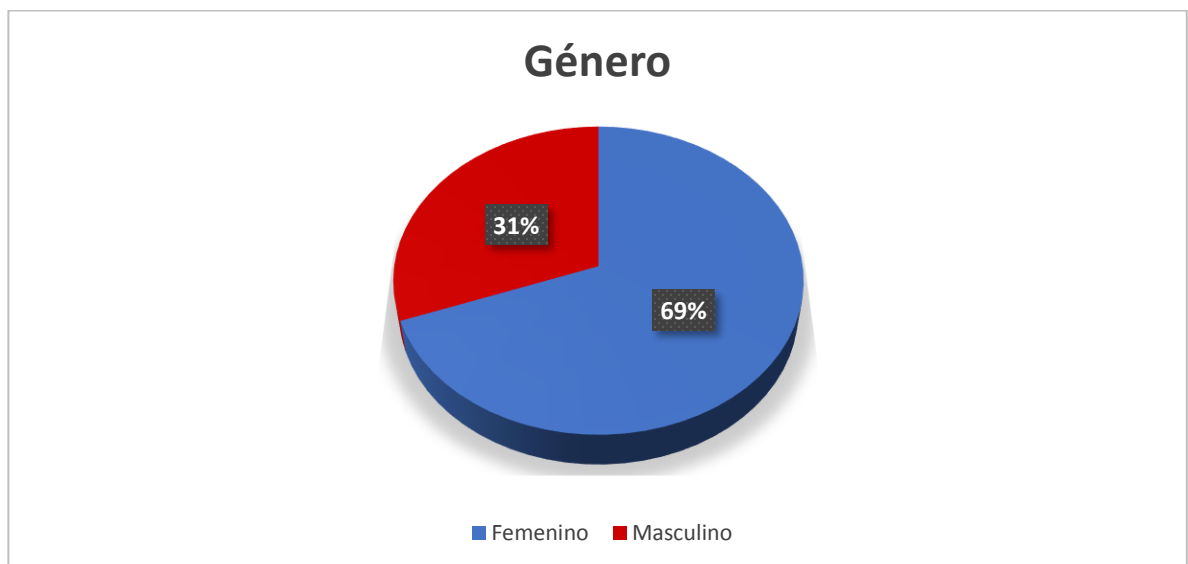


Gráfico III: Consumo de alcohol



5.2 Descripción de la severidad de los síntomas Ansiosos y de la intensidad de síntomas Depresivos en los sujetos de la muestra

Tabla I: Distribución de la severidad de la Sintomatología Ansiosa en las distintas Generaciones

	Generación Z		Generación Y		Generación X		Baby Boomers	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ansiedad Leve	41	68,3%	-	-	46	92%	48	96%
Ansiedad moderada	8	13,3%	55	91,7%	1	2%	1	2%
Ansiedad severa	6	10%	3	5%	1	2%	-	-
Ansiedad muy severa	5	8,3%	2	3,3%	2	4%	1	2%

Se observa en todas las Generaciones que la mayoría de los síntomas ansiógenos corresponden a una severidad leve, con excepción de la Generación Y la cual muestra que la mayoría de los síntomas pertenecen a una severidad moderada.

Tabla II: Descripción de la severidad de la Sintomatología Ansiosa según Generaciones

	Media
Generación Z	14,67
Generación Y	7,93
Generación X	8,98
Baby Bommers	7,82

Como lo indica la tabla, la Generación Z es la que muestra mayor severidad de los síntomas ansiógenos, prácticamente doblando la media del resto de las Generaciones, las cuales a su vez muestran valores similares entre sí.

Tabla III: Distribución de la intensidad de la Sintomatología Depresiva en las distintas Generaciones

	Generación Z		Generación Y		Generación X		Baby Boomers	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin depresión	-	-	-	-	-	-	-	-
Leve	-	-	-	-	-	-	-	-
Moderada	17	28,3%	35	58,3%	37	74%	29	58%
Alta	43	71,7%	25	41,7%	13	26%	21	42%

En todas las Generaciones se observa que la intensidad de los síntomas depresivos fluctúa entre moderados y altos. Por otro lado quienes presentan Sintomatología Depresiva de mayor intensidad es la Generación Z. Se observa que la Generación Baby Boomers y la Generación Y presentan puntajes similares, siendo las Generaciones que siguen a la Generación Z, en cuanto a altos niveles de Sintomatología Depresiva. En cuanto a la Generación X, si bien presenta un porcentaje de niveles altos de sintomatología depresiva, el nivel preponderante es moderado.

Tabla IV: Descripción de la intensidad de la Sintomatología Depresiva en las distintas Generaciones

	Media
Generación Z	36,95
Generación Y	31,17
Generación X	28
Baby Bommers	28,52

A partir de la tabla se puede observar que la Generación Z es aquella que indica mayor intensidad de Sintomatología Depresiva, seguida por la Generación Y, ubicando a la Generación X y Baby Boomers, como las Generaciones que reportan menor intensidad de sintomatología depresiva, con valores de media similares entre sí.

Tabla V: Distribución de la severidad de la Sintomatología Ansiosa según Género

	Masculino		Femenino	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ansiedad leve	-	-	128	83,1%
Ansiedad moderada	64	94,1%	10	6,5%
Ansiedad severa	3	4,4%	1	5,8%
Ansiedad muy severa	1	1,5%	7	4,5%

Tanto en hombres como en mujeres se observa que la severidad de los síntomas ansiosos oscila mayormente entre moderados y leves. Sin embargo, se observa que en hombres predomina una sintomatología ansiosa de severidad moderada, a diferencia de las mujeres donde predomina la sintomatología de severidad leve.

Tabla VI: Descripción de la severidad de la Sintomatología Ansiosa según Género

	Media
Femenino	11,13
Masculino	7,25

Según los datos de la tabla las mujeres muestran una mayor severidad en cuanto síntomas ansiosos.

Tabla VII: Distribución de la intensidad de la Sintomatología Depresiva según Género

	Masculino		Femenino	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin Depresión	-	-	-	-
Leve	-	-	-	-
Moderada	44	64,7%	76	49,4%
Alta	24	35,3%	78	50,6%

Tanto en el Género masculino como en el femenino se observó que la intensidad de los síntomas depresivos oscila entre moderados y altos. Sin embargo, en el Género femenino predomina una alta intensidad de la Sintomatología Depresiva.

Tabla VIII: Descripción de la intensidad de la Sintomatología Depresiva según Género

	Media
Femenino	32,55
Masculino	28,72

Así mismo, el conjunto del género femenino reporta mayor intensidad de los síntomas depresivos.

Tabla IX: Descripción de la severidad de los Sintomatología ansiosa y la intensidad de la Sintomatología Depresiva según el nivel de consumo de alcohol

Consumo de alcohol	Media Ansiedad	Media Depresión
No consumo	7,27	28,60
Bajo	10,37	31,35
Medio	11,08	33,46
Alto	20,83	43,83

Como se puede observar en la anterior tabla, la severidad de la Sintomatología Ansiosa, al igual que la intensidad de la Sintomatología Depresiva, aumentan cuanto mayor es el consumo de alcohol.

5.3 Análisis de las variables sociodemográficas y diferencia de grupos

Se realizó la prueba de normalidad en las variables Sintomatología Ansiosa y Depresivas, ambas evidenciaron seguir un patrón de distribución no normal.

Tabla X: Análisis de la variable Sintomatología Ansiosa según Generaciones

	Rango Promedio	Significación
Generación Z	146,86	0,001
Generación Y	93,58	0,001
Generación X	100,15	0,001
Baby Boomers	97,52	0,001

Prueba utilizada: Kruskal Wallis

Tabla XI: Análisis de la variable Sintomatología Depresiva según Generaciones

	Rango Promedio	Significación
Generación Z	149,02	0,001
Generación Y	106,90	0,001
Generación X	84,25	0,001
Baby Boomers	94,85	0,001

Prueba utilizada: Kruskal Wallis

Tanto en la variable Sintomatología Ansiosa como Sintomatología Depresiva se evidencia diferencias significativas entre las Generaciones.

Al realizar el análisis de varianza correspondiente y encontrar diferencias significativas, se procedió a realizar las pruebas post hoc.

Tabla XII: Análisis de la diferencia de Sintomatología Ansiosa entre Generaciones

Ansiedad	Generación Z	Generación Y	Generación X	Baby Boomers
Generación Z	-	0,001	0,013	0,001
Generación Y	0,001	-	0,961	1,000
Generación X	0,013	0,961	-	0,942
Baby Boomers	0,001	1,000	0,942	-

Prueba utilizada: Games Howell

Tabla XIII: Análisis de las diferencias de Sintomatología Depresiva entre Generaciones

Depresión	Generación Z	Generación Y	Generación X	Baby Boomers
Generación Z	-	0,014	0,001	0,001
Generación Y	0,014	-	0,273	0,378
Generación X	0,001	0,273	-	0,995
Baby Boomers	0,001	0,378	0,995	-

Prueba utilizada: Games Howell

Se puede observar que la Generación Z es la única que presenta diferencias significativas con respecto al resto, en cuanto a Sintomatología Ansiosa (m=14,62) y Sintomatología Depresiva (m=36,95).

Tabla XIV: Análisis de la variable Sintomatología Ansiosa según Género.

	Rango Promedio	Significación
Masculino	121,65	0,001
Femenino	88,52	0,001

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Tabla XV: Análisis de la variable Sintomatología Depresiva según Género

	Rango Promedio	Significación
Masculino	120,69	0,001
Femenino	90,69	0,001

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Se hallaron diferencias significativas tanto en la variable Sintomatología Ansiosa, como en la Sintomatología Depresiva, según Género.

Tabla XVI: Sintomatología Ansiosa y Depresiva, según el Consumo de alcohol

	Coefficiente de correlación	Significación
Ansiedad	1000	0,001
Depresión	1000	0,001

Prueba utilizada: Rho de Spearman

Se hallaron diferencias significativas las variables Sintomatología Ansiosa, Sintomatología Depresiva y Consumo del alcohol.

CAPÍTULO VI

6. Discusión

La investigación tuvo por objetivo principal comparar la Sintomatología Ansiosa y Depresiva en diferentes Generaciones considerando el contexto de pandemia por COVID-19. Respecto a esto, la H1 propone que las personas pertenecientes a la Generación Z, la cual actualmente posee 25 años o menos, presentan mayor severidad en cuanto a Sintomatología Ansiosa y mayor intensidad de Sintomatología Depresiva. Tal hipótesis queda confirmada coincidiendo con investigaciones previas, las cuales evidencian que personas pertenecientes a dicha Generación se ven más afectados (CIS, 2020; González et al., 2020; Justo Alonzo, 2020 y Losada Baltar et al., 2020). Estos resultados se pueden relacionar con la postura de Boschma (2008) respecto a la afinidad con la tecnología y la inmediatez de acceso a la información, característica que la Generación Z internaliza desde su inicio. Esta Generación considera esa inmediatez como un factor intrínseco a la rutina diaria, dado que nacieron en un mundo digitalizado, solo conocen una vida con el ritmo acelerado en todos sus ámbitos, que proporciona la tecnología hoy en día (Martínez y Novo, 2015), teniendo que adaptarse al contexto actual, donde si bien se mantiene dicho ritmo en algunos ámbitos, se ve ralentizado en otros (económico, sociales y/o laborales) debido a las condiciones particulares que impone la pandemia. Esta ralentización, atenta contra los intereses de la Generación Z, al no poder adaptar el contexto actual a su estilo de vida (Maioli y Filipuzi, 2016). Por otra parte dicho contexto podría exigir un mayor uso de la capacidad multitarea que también caracteriza a la Generación Z, la cual utilizada en exceso, según Small & Vorgan (2008), predispone a la aparición de estrés, lo que favorece la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva.

Por otro lado, al no encontrar diferencias significativas entre el resto de las Generaciones no se puede especificar cuál es la Generación que demuestre verse menos

afectada con respecto, tanto a la Sintomatología Ansiosa, como a la Sintomatología Depresiva. Esto podría deberse justamente a que la Generación Z, es la primera que puede considerarse “nativos digitales”, a diferencia del resto de las Generaciones que vivenciaron un estilo de vida diferente, carente de la inmediatez que proporciona la tecnología actual (Martínez y Novo, 2015).

Así mismo, la vulnerabilidad de la Generación Z podría ser explicada desde la teoría cognitiva de Aaron Beck (2010), a partir de los esquemas cognitivos constituidos en los primeros años de la infancia de la Generación Z, particularmente en lo relativo a la percepción del tiempo por un lado, la cual sería distinta en esta última Generación al ser constituidos en un contexto que implica la inmediatez ya mencionada, generando una interpretación errónea de los hechos. Teniendo esto en cuenta, se puede pensar en la posibilidad de que esos esquemas constitutivos sean elaborados de manera diferente en la próxima Generación, a partir de la pandemia iniciada en 2019, otorgando nuevas particularidades a esa Generación en formación.

En cuanto a la H2, la cual propone que el Género femenino presenta mayor severidad en cuanto a Sintomatología Ansiosa y mayor intensidad de Sintomatología Depresiva. Esta hipótesis fue confirmada, en acuerdo con investigaciones previas que demuestran que el Género femenino es el más afectado en cuanto a la variable Sintomatología Depresiva (González et al., 2020 y Hegeman et al., 2020). A su vez Eccleston & Scott (1991) y Fogel et al. (2006), explican que la variable Ansiedad se encuentra asociada a la Depresión, incluso utilizándola como predictor de trastornos depresivos, lo que sustenta el hecho de que además evidencien mayor severidad en cuanto a Sintomatología Ansiosa. Según Clark y Beck (2010), esto podría deberse en primer lugar a una mayor tendencia hacia la ansiedad generalizada y una mayor sensibilidad hacia los

desafíos que plantea una amenaza, recurriendo en mayor medida que los hombres a la evitación y rumiación.

La H3 propone que a cuanto mayor nivel de consumo de alcohol, mayor severidad de Sintomatología Ansiosa y Depresiva se presenta, lo cual queda confirmado, apoyando los datos aportados por la OMS (21 de septiembre 2018), entendiendo que existe una relación causal entre el consumo del alcohol y la Sintomatología Ansiosa y Depresiva. Esto podría deberse a una manera de afrontar los conflictos actuales, dado que esto condice con un estudio realizado por el CONICET (2020), en el cual un tercio de su muestra admite haber aumentado su consumo de alcohol a partir de una afectación emocional.

Considerando lo anterior, resultaría apropiado nuevas investigaciones que ahonden sobre la temática, para tener un conocimiento más específico, lo que permita contribuir al bienestar general y a la prevención de cuadros clínicos. Para ello se podría comparar el nivel de consumo de alcohol en distintas Generaciones, buscando comprender si este es otro factor que genera las diferencias halladas en los niveles de Sintomatología Ansiosa y Depresiva de la Generación Z

Para finalizar, cabe mencionar que la tesis mencionada describe un momento de la etapa de confinamiento por COVID – 19, por lo tanto las circunstancias y políticas vigentes impusieron seleccionar una muestra que esta sesgada por la posibilidad de acceso a internet, medio por el cual fueron recabados los datos. Por lo tanto, sería conveniente replicar el estudio, una vez que sea posible el retorno a la presencialidad, que permita acceder a una población más grande y de mayor homogeneidad con respecto a las variables sociodemográficas. A pesar de que el contexto actual es parte central del estudio, genera una limitación ineludible, en cuanto a la recolección de datos, ya que al ser recolectados de

manera virtual carecen de un control riguroso de las respuestas otorgadas por los participantes.

Los resultados arrojados acerca de la población mas vulnerable y la posible incidencia en la inmediatez y la velocidad en la que están inmersos los jóvenes pertenecientes a la Generación Z, podría actuar de manera opuesta en la población con un rango etario que a la fecha de este estudio poseen entre 76 y 93 años, clasificándose así dentro de la Generación Silenciosa, debido a la falta de estímulos y la falta de vínculos sociales que no pueden ser subsanados por la virtualidad, por lo que es imprescindible una nueva evaluación con otro método de obtención de datos que integre esta Generación de manera eficiente.

Sumado a lo anterior, en lo que concierne a otras recomendaciones para futuras investigaciones, se podría considerar replicar el estudio fuera del AMBA, pudiendo controlar otras variables que puedan afectar los resultados, como pueden ser el estilo de vida rural, donde es probable que el ritmo de vida sea menor, incluso en la Generación Z.

Por último resulta apropiado, que futuras investigaciones abarquen temas como que estilo de afrontamiento prevalece en cada Generación, para comprender de mejor manera las diferencias halladas. Con ello se podría ampliar la información disponible para mejorar las estrategias de prevención de la salud mental.

CAPÍTULO VII

7. Bibliografía:

Álvarez, V., y Badellino H. (2020). *Niveles de Ansiedad en la población Argentina durante la pandemia por COVID-19 y factores de riesgo* [Tesis de grado, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales]. UNIPAMPA.

https://ei.unipampa.edu.br/uploads/evt/arq_trabalhos/22191/etp1_resumo_expandido_22191.pdf

Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of anxiety disorders*, 70, 102196.

Association American Psiquiatric (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 5th edition. APA.

Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38.

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930309-3>

Beck, A. T. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión* (16 ed.). Desclée de Brower.

Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.

http://skateboardingalice.com/papers/1961_Beck.pdf

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Hoeber.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A. J., & Shaw, B. F. cols. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8 (1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Boschma J. (2008). *Generación Einstein: Más Listos, Más Rápidos y Más Sociales. Comunicar con los Jóvenes del Siglo XXI*. Gestión 2000.
- Brooks, S. K., Webster R. K., Smith L. E., Woodland, S., Wessely S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*. Vol. 395 N° 10227, P912-920. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>
- Cano Vindel, A. (18 de mayo, 2015). ¿Qué es la Ansiedad?. *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. <http://webs.ucm.es/info/seas/faq/ansiedad.htm>
- Cervio, A. (2020). En cuarentena, en casa. Práctica y emociones durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por COVID-19 en hogares urbanos de argentina. *Research Gate*. https://www.researchgate.net/profile/Ana-Cervio/publication/341685784_Informe_En_cuarentena_en_casaPracticas_y_emociones_durante_el_Aislamiento_Social_Preventivo_y_Obligatorio_por_COVID-19_en_hogares_urbanos_de_Argentina_2020/links/5ecef0bd92851c9c5e62dde7/Informe-En-cuarentena-en-casaPracticas-y-emociones-durante-el-Aislamiento-Social-Preventivo-y-Obligatorio-por-COVID-19-en-hogares-urbanos-de-Argentina-2020.pdf

- Christensen, A. V., Dixon, J. K., Juel, K., Ekholm, O., Rasmussen, T. B., Borregaard, B., ... & Berg, S. K. (2020). Psychometric properties of the Danish Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cardiac disease: results from the DenHeart survey. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-13.
<https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12955-019-1264-0.pdf>
- Cía, A. H. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos.
- CIS (2020). Informes de Opinión Pública CIS UADE-VOICES! Pandemia y Salud Mental. *Centro de Investigaciones Sociales (CIS)*.
<https://www.uade.edu.ar/media/fzjc5huu/informe-cis-2020-n-5-pandemia-y-salud-mental-issn-2618-2173.pdf>
- Clark, D. A. y Beck A. T. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones, la solución cognitivo conductual*. Desclée de Brouwer.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. (2020). *El consumo de alcohol en tiempos de cuarentena*. CONICET. <https://www.conicet.gov.ar/el-consumo-de-alcohol-en-tiempos-de-cuarentena/#:~:text=En%20el%20trabajo%20se%20refleja,escucha%20m%C3%BAsica%20o%20mira%20televisi%C3%B3n.>
- Días Pocinho, M., y García, J. C. (2008). Impacto psicosocial de la tecnología de información y comunicación (TIC): Tecnoestrés, daños físicos y satisfacción

laboral. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 127-139.

<https://www.redalyc.org/pdf/798/79811212.pdf>

Díaz Sarmiento, C., López-Lambraño, M., y Roncallo-Lafont, L. (2017). Entendiendo las generaciones: una revisión del concepto, clasificación y características distintivas de los baby boomers, X y millennials. *Clío América*, 11(22).
<https://doi.org/10.21676/23897848.2440>

Dimock, M. (17 de enero, 2019). Definiendo generaciones: donde terminan los Millennials y comienza la Generación Z. *Pew Research Center*.
<https://www.pewresearch.org/fact-tank/2019/01/17/where-millennials-end-and-generation-z-begins/>

Eccleston, D., & Scott, J. (1991). Treatment, prediction of relapse and prognosis of chronic primary major depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 6(Suppl 2), 3–10. <https://doi.org/10.1097/00004850-199112002-00003>

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., y Helmich, N. (2020). Salud mental en cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11, 50-55 y 115-124 días de cuarentena en población argentina. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>

Ferrer A (2010). Millennials, la generación del siglo XXI. *Nueva Revista de política, Cultura y Arte* 130: 16-19.

Fogel, J., Eaton, W. W., & Ford, D. E. (2006). Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(1), 36-43. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00654.x>

- Gil, F., Valle, G. D., y Oberst, U. (2015). Nuevas tecnologías ¿Nuevas patologías? El smartphone y el fear of missing out. *Aloma*, 2015, Vol. 33, Núm. 2, 77-83.
<https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/257438/301485-422850-1-SM.pdf?sequence>
- Gonçalves Estella, F., González Rodríguez, V. M., y Vázquez Castro, J. (2003). *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad*. International Marketing & Communications.
- González, N., Tejeda, A., Espinosa, C., y Ontiveros, Z. (2020). Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19. *Scielo México*, 1-17.
https://www.researchgate.net/profile/NormaGonzalezJaimes/publication/342107521_Impacto_psicologico_en_estudiantes_universitarios_mexicanos_por_confinamiento_durante_la_pandemia_por_Covid-19/links/5ee26007458515814a552f72/Impacto-psicologico-en-estudiantes-universitarios-mexicanos-por-confinamiento-durante-la-pandemia-por-Covid-19.pdf
- Greenberg, L. S., y Pavio, S. (1997) *Trabajar con las Emociones en Psicoterapia*. Paidós Ibérica.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*, 23 (1), pp. 56-62. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hamilton, M. A. X. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*, 32(1), 50-55.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>

- Hegeman, J. M., Kok, R. M., Van der Mast, R. C., & Giltay, E. J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 275-281. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095950>
- Howe, N., & Strauss, W. (1991). *Generations: The history of America's future, 1584 to 2069*. Harper Collins.
- Howe, N., & Strauss, W. (2000). *Millennials rising: The next great generation*. Vintage.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37, 327-334. <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es>
- Justo Alonso, A., García Dantas, A., González Vázquez, A. I., Sánchez Martín, M., & Del Rio Casanova, L. (2020). How did different generations cope with the COVID-19 pandemic? Early stages of the pandemic in Spain. *Psicothema*, 32(4), 490-500. <http://www.psicothema.com/pdf/4627.pdf>
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive therapy and research*, 11(3), 289-299.
- Kuong, L. E. V., y Concha, A. R. U. (2017). Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. *Avances en Psicología*, 25(2), 153-169. <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/351/84>
- Kupperschmidt, B. R. (2000). Tips to help your recruit, manage, and keep generation x employees. *Nursing management*, 31(3), 58-60.

<https://www.proquest.com/openview/9dd0159902f5fb35f459753fe26f2530/1?pq-origsite=gscholar&cbl=35336>

Lam, R. W., Kennedy, S. H., Grigoriadis, S., McIntyre, R. S., Milev, R., Ramasubbu, R., & Ravindran, A. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults.: III. Pharmacotherapy. *Journal of affective disorders*, 117, S26-S43.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.041>

Lasa, L., Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L., Diez-Manrique, F. J., & Dowrick, C. F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of affective disorders*, 57(1-3), 261-265. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00088-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00088-9)

Lazarus, R. (1966). *Ansiedad psicológica y el proceso de adaptación*. McGraw-Hill

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., y Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 493-499. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)

Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Jiménez-Gonzalo, L., del Sequeros Pedroso-Chaparro, M., Gallego-Alberto, L., y Fernandes-Pires, J. (2020). Diferencias en

función de la edad y la autopercepción del envejecimiento en ansiedad, tristeza, soledad y sintomatología comórbida ansioso-depresiva durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista española de geriatría y gerontología*, 55(5), 272-278.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.005>

Maioli, E. y Filipuzzi, M. (2016). Nuevas generaciones y empleo. Características psicosociales de las generaciones Z y su inserción en las estructuras organizacionales asociadas al empleo (CABA, 2016). *Journal de Ciencias Sociales* (88-98), Año 5, N°8, 2016.
<https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/7642/A16S19%20-%20Material%20Did%C3%A1ctico.pdf?sequence=1>

Mannheim, K. (1928). Das Problem der Generationen “In: Kölner Vierteljahreshefte für Soziologie, 7 (2). trad. it.(2000), *Il problema delle generazioni*, in «*Sociologia della conoscenza*», Il Mulino, Bologna, 241-296.

Martínez, B., y Novo, L. (2015). *Gestión de la diversidad generacional*. Beatriz Martínez & Asoc.

Martinsen, E. W., Friis, S., & Hoffart, A. (1995). Assessment of depression: comparison between beck depression inventory and subscales of comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(6), 460-463.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09613.x>

McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press.

National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. The British Psychological Society.

New Strategist Press (2010). *American generations: Who They Are and How They Live*.

New Strategist Press.

NICE (2009). Depression the treatment and management of depression in adults, NICE clinical guideline 90. *NICE clinical guideline*, 23.

Norris, F. H. (2005). *Psychosocial consequences of natural disasters in developing countries: what does past research tell us about the potential effects of the 2004 tsunami?*. Department of Veterans Affairs.

Organización Mundial de la Salud (2020). *Salud mental*. OMS.

https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Organización Mundial de la Salud (2018, 21 de septiembre). *Alcohol*. OMS.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organización Mundial de la Salud (2020, 30 de enero). *Depresión*. OMS.

[https://www.who.int/es/news-room/fact-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20calcula%20que%20afecta%20a,depresi%C3%B3n%20puede%20llevar%20al%20suicidio.)

[sheets/detail/depression#:~:text=Se%20calcula%20que%20afecta%20a,depresi%C3%B3n%20puede%20llevar%20al%20suicidio.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Se%20calcula%20que%20afecta%20a,depresi%C3%B3n%20puede%20llevar%20al%20suicidio.)

Organización Panamericana de la Salud (2012, 9 de octubre). *Día Mundial de la Salud*

Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. OPS.

[https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=236)
[dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=236)
[frecuente&Itemid=236](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=236)

Ospina-Ospina, F. D. C., Hinestrosa-Upegui, M. F., Paredes, M. C., Guzmán, Y., y

Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes

- escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de salud pública*, 13, 908-920. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2011.v13n6/908-920/es>
- Picco, J., Dávila, E. G., Wolff, S., Gómez, V., y Wolff, D. (2020). Aspectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la población de Mendoza. *Revista Argentina de Cardiología*, 88(3), 207-210.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7525369>
- Pilcher, J. (1994). Mannheim's sociology of generations: an undervalued legacy. *British Journal of Sociology*, 45(3) 481-495. <https://doi.org/10.2307/591659>
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52:1-22. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Richter, P., Werner, J., Bastine, R., Heerlein, A., Kick, H., & Sauer, H. (1997). Measuring treatment outcome by the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, 30(4), 234-240. <https://doi.org/10.1159/000285052>
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology*, 31(3), 160-168.
<https://doi.org/10.1159/000066239>
- Rodríguez J., Kohn R., y Aguilar-Gaxiola S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.
- Saavedra González, A. G., García de León, Á., Duarte-Ortuño, A., Bello-Hernández, Y. E., y Infante-Sandoval, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención familiar*, 23(1), 24-28. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30073-6)

- Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta Edición. MrGraw-Hill.
- Selye, H. (1975). *Tensión sin angustia*. Guadarrama.
- Small, G. W., y Vorgan, G. (2008). *El cerebro digital: cómo las nuevas tecnologías están cambiando nuestra mente*. Ediciones Urano.
- Smola, K., & Sutton, C. D. (2002). Generational differences: Revisiting generational work values for the new millennium. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 23(4), 363-382. <https://doi.org/10.1002/job.147>
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety Behavior* (pp. 23-49). Academic Press.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (2004). Stress Burden and the Lifetime Incidence of Psychiatric Disorder in Young Adults: Racial and Ethnic Contrasts. *Archives of general psychiatry*, 61(5), 481-488. <https://doi:10.1001/archpsyc.61.5.481>
- Vázquez, C., y Sanz, J. (25-28 de septiembre, 1991). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck* [Comunicación en congreso]. III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China.

International journal of environmental research and public health, 17(5), 1729.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American journal of Psychiatry*, 163(6), 1001-1008.

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.2006.163.6.1001>

Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2820%2930046-8>

Zemke, R., Raines, C., & Filipczak, B. (2013). *Generations at work: Managing the clash of Boomers, Gen Xers, and Gen Yers in the workplace*. Amacom.

Zimmerman, M., Ruggero, C. J., Chelminski, I., Young, D., Posternak, M. A., Friedman, M., & Attiullah, N. (2006). Developing brief scales for use in clinical practice: the reliability and validity of single-item self-report measures of depression symptom severity, psychosocial impairment due to depression, and quality of life. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(10), 1536-1541. <https://doi:10.4088/jcp.v67n1007>

CAPÍTULO VIII

8. Anexos

Anexo I: Consentimiento informado.

Hola, mi nombre es Ezequiel Blanco, estudiante de 5° año de la carrera de la licenciatura en psicología en la Universidad Abierta Interamericana (UAI).

Las preguntas que encontrará a continuación serán utilizadas para realizar mi tesis de grado. Su sinceridad y participación son parte fundamental para desarrollar este estudio. Los datos que se recolecten son de carácter anónimo y serán interpretados en conjunto; no se realizarán interpretaciones individuales.

El objetivo es evaluar el grado de sintomatología ansiosa y depresiva experimentado durante el contexto actual. El cuestionario toma entre 10 y 15 minutos para ser completado.

Desde ya agradezco su colaboración.

Acepto participar de manera voluntaria y anónima en esta investigación. Comprendo que no recibiré devolución alguna y que los presentes protocolos no pertenecen a una intervención terapéutica.

Acepto participar ☐

No acepto participar ☐

Anexo II: Datos sociodemográficos

- 1) Edad: ____ años.
- 2) Género
Femenino ☐
Masculino ☐
Otro ☐
- 3) Lugar de residencia: _____.
- 4) Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, considera que su nivel de consumo de bebidas alcohólicas es:
No consumo bebidas alcohólicas ☐
Bajo ☐
Medio ☐
Alto ☐
- 5) Anterior a la Pandemia por Covid-19, ¿Se encontraba bajo algún tratamiento psicológico?
Si ☐
No ☐
- 6) Actualmente, ¿Se encuentra bajo algún tratamiento psicológico?
Si ☐
No ☐
- 7) ¿Toma medicamentos ansiolíticos o Antidepresivos? (Ejemplos: Diocam, Rivotril, Clonagin, Atenix, Servantax)
Si ☐
No ☐
- 8) Anterior al inicio de la pandemia por COVID-19, ¿Tomaba medicamentos ansiolíticos o Antidepresivos? (Ejemplos: Diocam, Rivotril, Clonagin, Atenix, Servantax)
Si ☐
No ☐

Anexo III: Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)

Teniendo en cuenta que la opción 0 corresponde a NUNCA, 1 ALGUNAS VECES, 2 BASTANTE, 3 CASI SIEMPRE y 4 a SIEMPRE, indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los ítems:

1. Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

2. Tengo sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Lloro con facilidad.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

3. Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

4. Tengo dificultad para conciliar el sueño (dormirme). Me despierto varias veces durante la noche. Me levanto cansado y con sensación de haber dormido mal. Tengo pesadillas. Tengo terrores nocturnos.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

5. Tengo mala memoria. Me cuesta concentrarme.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

6. No tengo interés por lo que me rodea. Las distracciones no me producen placer. Me siento triste. Me despierto temprano y no puedo volver a conciliar el sueño. Me adormezco durante el día y no puedo dormir por la noche.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

7. Siento dolores y molestias musculares (espasmos, calambres, contracciones, rigidez). Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

8. Tengo zumbidos en los oídos. Visión borrosa. Siento oleadas de calor o de frío.
Tengo picores y sensación de debilidad.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

9. Siento que mi corazón late más deprisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, latir fuertemente el pulso en mi cuerpo. Mi corazón cambia de ritmo. Siento que me voy a desmayar.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

10. Tengo sensación de ahogo y de falta de aire. Necesito suspirar. Siento en el pecho una opresión o pena.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

11. Tengo dificultad al tragar. Siento ardores o pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Creo que he perdido peso. Tengo dolores abdominales. Hago deposiciones blandas o estoy estreñido. Tengo ruidos en las tripas.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

12. Necesito imperiosamente orinar muchas veces al día, echando poca cantidad de orina. Amenorrea o menorragia (ausencia de menstruación o sangrado intenso y prolongado). No tengo interés por el sexo. No siento nada en mis relaciones sexuales. He perdido potencia sexual.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

13. Siento la boca seca; me ruborizo y palidezco con facilidad; sudo abundantemente. Noto que me mareo y que las cosas me dan vueltas; tengo un dolor sordo permanente en la cabeza. Se me ponen los pelos de punta.

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

14. Me he sentido incómodo, inquieto, tenso e impaciente, contraído, con temblores, con dificultad al respirar, con necesidad de tragar saliva, con sudoración en las manos y con el pulso acelerado al contestar estas preguntas

- ☐ 0 Nunca
- ☐ 1 Algunas veces
- ☐ 2 Bastante
- ☐ 3 Casi siempre
- ☐ 4 Siempre

Anexo IV: Inventario de depresión Beck (BDI)

En este cuestionario aparecen varias afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo, describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1) .

- ☐ No me siento triste
- ☐ Me siento triste.
- ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- ☐ Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
- ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
- ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- ☐ No me siento fracasado.
- ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- ☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- ☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- ☐ No me siento especialmente culpable.
- ☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

☐ Me siento culpable constantemente.

6) .

☐ No creo que esté siendo castigado.

☐ Me siento como si fuese a ser castigado.

☐ Espero ser castigado.

☐ Siento que estoy siendo castigado.

7) .

☐ No estoy decepcionado de mí mismo.

☐ Estoy decepcionado de mí mismo.

☐ Me da vergüenza de mí mismo.

☐ Me detesto.

8) .

☐ No me considero peor que cualquier otro.

☐ Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

☐ Continuamente me culpo por mis faltas.

☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.

☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

☐ Desearía suicidarme.

☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

☐ No lloro más de lo que solía llorar.

☐ Ahora lloro más que antes.

☐ Lloro continuamente.

☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- ☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- ☐ Me siento irritado continuamente.
- ☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- ☐ No he perdido el interés por los demás.
- ☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- ☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- ☐ He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- ☐ Evito tomar decisiones más que antes.
- ☐ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- ☐ Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

- ☐ No creo tener peor aspecto que antes.
- ☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- ☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

- ☐ Trabajo igual que antes.
- ☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☐ No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

- ☐ Duermo tan bien como siempre.
- ☐ No duermo tan bien como antes.
- ☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- ☐ No me siento más cansado de lo normal.
- ☐ Me canso más fácilmente que antes.
- ☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- ☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- ☐ Mi apetito no ha disminuido.
- ☐ No tengo tan buen apetito como antes.
- ☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
- ☐ He perdido completamente el apetito.

19) .

- ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
- ☐ He perdido más de 4 kilos.
- ☐ He perdido más de 7 kilos.

20). Estoy a dieta para adelgazar

☐ SI.

☐ No.

21) .

☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

22) .

☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.

☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.

☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.