



Pontificia Universidad Católica Argentina

“Santa María de los Buenos Aires”

Facultad de Psicología y Psicopedagogía

Trabajo de Integración Final

Licenciatura en Psicología



Ansiedad y Depresión, y su Relación con la Percepción del tiempo

Alumno

Sergio Alejandro Olivera
N° de Registro: 12-030304-5

Director

Dra. María Elena Brenlla

CABA, Noviembre de 2018

Agradecimientos

Debo agradecer a María Elena Brenlla por haberme aceptado para la presente investigación.

También, y muy especialmente, a Leonardo Colombo por sus consejos y comentarios.

Resumen

Introducción. La perspectiva temporal es una de las características propias del comportamiento humano. Es fundamental en la construcción del tiempo subjetivo psicológico y surge del proceso cognitivo de partir la experiencia humana en distintos marcos temporales como el pasado, presente y futuro. Es posible realizar una correlación de la perspectiva temporal con las variables de ansiedad y depresión.

Objetivo general. Correlacionar ansiedad, depresión y perspectiva del tiempo.

Método. Se desarrolló un estudio correlacional y transversal. Sobre una muestra de 80 sujetos de 18-60 años se suministró de forma supervisada y conjunta el ZTPI, el STAI-R, el BDI-II (en ese orden). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos e inferenciales (efectos de los factores que caracterizaron a la muestra y correlaciones entre las escalas de los instrumentos) mediante el programa SPSS versión 24.0 para Windows.

Resultados. Se hallaron niveles medios de las subescalas de perspectiva temporal, niveles que se asociaron con el reconocimiento de los síntomas de la ansiedad rasgo (niveles medios) y de la depresión (niveles mínimos) en los individuos encuestados. Específicamente, se hallaron correlaciones significativas y positivas entre las subescalas Pasado Negativo y Presente Fatalista de la perspectiva temporal, y los síntomas de ansiedad rasgo y depresión.

Conclusiones. Se corroboró las asociaciones entre la perspectiva temporal y las sintomatologías de ansiedad rasgo, por un lado, y de depresión, por otro, sobre todo al considerar las correlaciones significativas entre las escalas globales.

Palabras clave: Perspectiva temporal, Ansiedad, Depresión.

Índice de Contenidos

Agradecimientos	ii
Resumen	iii
Índice de Contenidos	iv
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	ix
Capítulo I: Introducción	1
I.1. Planteamiento del problema	1
I.2. Objetivos	3
I.2.1. Objetivo general	3
I.2.2. Objetivos específicos	3
I.3. Hipótesis	3
I.3.1. Hipótesis general	3
I.3.2. Hipótesis derivadas	4
Capítulo II: Marco Teórico	5
II.1. Perspectiva del tiempo	5
II.2. Ansiedad	8
II.3. Depresión	17

II.4. Antecedentes	22
Capítulo III: Método	31
III.1. Diseño	31
III.2. Participantes	31
III.3. Instrumentos	31
III.4. Procedimiento	33
Capítulo IV: Resultados	34
IV.1. Caracterización de la muestra	34
IV.1.1. Edad	34
IV.1.2. Sexo	36
IV.1.3. Estado civil	37
IV.1.4. Nivel educativo	38
IV.2. Estadísticos descriptivos para la ansiedad rasgo, depresión y perspectiva temporal	40
IV.2.1. Ansiedad rasgo	40
IV.2.2. Depresión	43
IV.2.3. Perspectiva temporal	48
IV.3. Análisis de varianza para la ansiedad rasgo, depresión y perspectiva temporal según características de la muestra	53
IV.3.1. Ansiedad rasgo	54
IV.3.2. Depresión	55

IV.3.3. Perspectiva temporal	55
IV.4. Análisis correlacional	59
IV.4.1. Correlaciones ansiedad rasgo/ perspectiva temporal	59
IV.4.2. Correlaciones depresión/ perspectiva temporal	61
Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones	63
Referencias	69
Anexos	79
A. Formulario de consentimiento informado	79
B. Formulario STAI	80
C. Formulario BDI-II	82
D. Formulario ZTPI	84

Índice de Tablas

Tabla 1. Cálculo de percentiles 1-99 para la serie de datos de la ansiedad rasgo. ____	40
Tabla 2. Cálculo de percentiles 1-99 para la serie de datos de la depresión. _____	44
Tabla 3. Estadísticos descriptivos para las cinco subescalas de la perspectiva temporal. _____	49
Tabla 4. Cálculo de percentiles 1-99 para las series de datos de las cinco subescalas de la perspectiva temporal. _____	49
Tabla 5. ANOVA univariados y pruebas <i>post hoc</i> de Tukey-b para la ansiedad rasgo según características de la muestra. _____	54
Tabla 6. ANOVA univariados y pruebas <i>post hoc</i> de Tukey-b para la depresión según características de la muestra. _____	55
Tabla 7. ANOVA univariados y pruebas <i>post hoc</i> de Tukey-b para la subescala PN de la perspectiva temporal según características de la muestra. _____	56
Tabla 8. ANOVA univariados y pruebas <i>post hoc</i> de Tukey-b para la subescala PH de la perspectiva temporal según características de la muestra. _____	56
Tabla 9. ANOVA univariados y pruebas <i>post hoc</i> de Tukey-b para la subescala F de la perspectiva temporal según características de la muestra. _____	57
Tabla 10. ANOVA univariados y pruebas <i>post hoc</i> de Tukey-b para la subescala PP de la perspectiva temporal según características de la muestra. _____	58
Tabla 11. ANOVA univariados y pruebas <i>post hoc</i> de Tukey-b para la subescala PF de la perspectiva temporal según características de la muestra. _____	58

Tabla 12. Correlaciones bivariadas de Pearson para ansiedad rasgo/ perspectiva temporal. _____ 59

Tabla 13. Correlaciones bivariadas de Pearson para depresión/ perspectiva temporal. 61

Índice de Figuras

Figura 1. Porcentajes asociados a las categorías etarias de los individuos encuestados (n=80). _____	34
Figura 2. Porcentajes asociados al género de los individuos encuestados (n=80). ____	36
Figura 3. Porcentajes asociados al estado civil de los individuos encuestados (n=80). _____	37
Figura 4. Porcentajes asociados al nivel educativo de los individuos encuestados (n=80). _____	38
Figura 5. Porcentajes asociados a los niveles de depresión como variable cualitativa y nominal (n=80). _____	47

Capítulo I: Introducción

1.1. Planteamiento del problema

Este Trabajo de Integración Final presentó una investigación empírica cuantitativa, orientada a la exploración del vínculo entre la perspectiva temporal y el reconocimiento de síntomas de ansiedad y depresión.

La perspectiva temporal (PT) es una de las características propias del comportamiento humano. Es captada, aprendida y modificada por factores del mismo individuo y del ambiente que lo rodea (Díaz-Morales, 2006).

La PT constituye un proceso que permite analizar y organizar, de forma automática e inconsciente, el flujo continuo de la conducta en diferentes marcos temporales, dándole sentido y coherencia al comportamiento. Así, estos marcos temporales representan cómo las personas dividen el devenir de la propia existencia. La teoría postula la existencia de cinco zonas de tiempo -que se nominan como pasado negativo, pasado positivo, presente hedonista, presente fatalista, y futuro. (Zimbardo & Boyd, 1999).

La dimensión temporal es fundamental en la construcción del tiempo subjetivo psicológico (Codina, Pestana, Castillo, & Balaguer, 2016) y surge del proceso cognitivo de partir la experiencia humana en distintos marcos temporales como el pasado, presente y futuro (Oyanedel & Buela-Casal, 2014).

De acuerdo con la investigación del inventario de perspectiva temporal de Zimbardo y Boyd (ZTPI por sus siglas en inglés – Zimbardo Time Perspective Inventory) y el resultado arribado de los cinco factores temporales (Pasado-Negativo, Presente-Hedonista, Futuro, Pasado-Positivo y Presente-Fatalista) (Brenlla, María

Elena; Willis, Barbara; Germano, Guadalupe, 2016) es posible realizar una correlación con las variables de ansiedad y depresión. Esta correlación es de gran importancia para la investigación y poder determinar en qué medida esas variables se encuentran asociadas a los distintos factores temporales (Zimbardo & Boyd, 1999)

El inventario de Zimbardo y Boyd (1999) de la perspectiva del tiempo estableció estos cinco factores exploratorios y expone un análisis robusto que demuestra confiabilidad interna y validez predictiva por su investigación correlacional y experimental, complementada con casos de estudio (Díaz-Morales, 2006; Zimbardo & Boyd, 1999).

Por otro lado, mucho se ha estudiado sobre la ansiedad y depresión desde la psiquiatría clásica, hasta nuestros días. En este punto, es necesario aclarar que se tendrá en cuenta, la diferencia que refiere García y Botella (2011) entre sintomatología ansiosa y depresiva, estableciéndose que el ansioso está centrado en los otros y en la búsqueda de aprobación por parte de los demás; mientras que el depresivo está centrado en sí mismo y fijado en su sintomatología y su malestar como la tristeza, asco, miedo, etc. (Piqueras Rodríguez, Martínez González, Ramos Linares, Rivero Burón, García López y Oblitas Guadalupe, 2008), más que en lo interpersonal como ocurre con el ansioso (García & Botella, 2011).

La importancia de la presente investigación se centra en primera instancia en coadyuvar al estudio acerca de la adaptación argentina del inventario de perspectiva temporal de Zimbardo. Además, establece en una segunda instancia, una relación con las variables ansiedad y depresión, para así determinar con cuál de las cinco perspectivas del tiempo presentan mayor correlación.

El objetivo de este estudio es evaluar en qué medida la ansiedad y la depresión están asociadas a diferentes perspectivas del tiempo. Para ello se utilizará el Inventario de Perspectiva temporal de Zimbardo (ZTPI), la Escala STAI-R (ansiedad estado rasgo), y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Con los datos obtenidos de la muestra, se procedió a correlacionar las variables con el fin de analizar en qué medida la perspectiva del tiempo se asocia con el reconocimiento de síntomas de ansiedad y depresión.

I.2. Objetivos

I.2.1. Objetivo general

Correlacionar ansiedad, depresión y perspectiva del tiempo.

I.2.2. Objetivos específicos

- Evaluar la perspectiva del tiempo en sujetos ansiosos.
- Evaluar la perspectiva del tiempo en sujetos deprimidos.

I.3. Hipótesis

A partir de la siguiente investigación y análisis se espera encontrar una correlación efectiva en la relación de ansiedad asociada a la perspectiva del tiempo centrado en el presente fatalista y el futuro negativo; y una correlación efectiva en la relación de depresión asociada a la perspectiva del tiempo centrado en el pasado negativo y el presente fatalista.

I.3.1. Hipótesis general

Existen correlaciones significativas entre la sintomatología depresiva, por un lado, y aquella ansiosa, por otro, y la perspectiva del tiempo.

I.3.2. Hipótesis derivadas

- Existe una orientación de las personas con sintomatología depresiva hacia el pasado negativo y el presente fatalista.
- Existe una orientación de las personas con sintomatología ansiosa hacia el presente fatalista y el futuro.

Capítulo II: Marco Teórico

II.1. Perspectiva del tiempo

A lo largo de la historia se ha hablado en numerosas oportunidades de la estimación del tiempo. Desde la filosofía clásica hasta los tiempos presentes. Aun así, son pocos los estudios sobre la perspectiva del tiempo que nos ha brindado la comunidad científica (Navarro Berumen, 2008).

Antiguamente se lo ha planteado como un tema dicotómico, separando el tiempo físico del tiempo psicológico (Oyanadel & Buela-Casal, 2011). Zimbardo y Boyd (1999) refieren que Einstein, en su teoría de la relatividad, estableció la naturaleza subjetiva del fenómeno físico del tiempo. Ello provocó un fuerte debate entre filósofos, psicólogos y científicos físicos. Sin embargo, con el correr del tiempo, se estableció la necesidad de investigar el tiempo psicológico. Hubo diversas teorías al respecto y diferentes aproximaciones al abordar la percepción del tiempo en la conducta humana (Espinosa Fernández & Buela-Casal, 2002). Existen varias líneas de investigación referidas a la temática, entre ellas está: la Estimación del Tiempo, la Orientación Temporal, y el Desarrollo de la Noción del Tiempo (Sánchez, 1999).

Desde los escritos de James (1890), la psicología propone que el tiempo da coherencia a las experiencias vividas, lo cual probablemente influye en que la calidad de vida y la salud se vean beneficiadas.

Lewin (1942) define la perspectiva del tiempo como “la totalidad de los puntos de vista de la persona de su futuro psicológico y el pasado psicológico existente en un determinado tiempo” (p. 75). Es decir que lo comprende como una dimensión particular de la conducta humana, consistente en la visión que un individuo tiene, en un momento dado, de la totalidad de su futuro y pasado (Vázquez, Difabio de Anglat, Noriega Biggio, 2016).

Zimbardo y Boyd (1999) citan a Joseph Nuttin en apoyo a lo definido por Lewin, agregando que “futuro y sucesos pasados tienen un impacto en el comportamiento presente en la medida en que son efectivos y están presentes en el

nivel cognitivo del funcionamiento conductual”. El estudio de la percepción del tiempo deja en evidencia que la perspectiva temporal es uno de los elementos fundamentales de la cognición. Y la capacidad de percibir el tiempo, una de las características principales de la conducta humana que ayuda a la autorregulación del comportamiento presente y a la anticipación del futuro (Díaz-Morales, 2006).

A su vez, la perspectiva temporal, considerada como una dimensión estable, refiere a una preferencia relativa por el presente, pasado o futuro en lo cognitivo, actitudinal y de conducta (Webster, 2011). Ha sido definida como el predominio con que el pasado, presente o futuro ocupan el espíritu del sujeto (Thiebaut, 1998). En esta misma línea, Boniwell en “ Perspectives on time” (2009) plantea que “la dirección preferencial de los pensamientos de un sujeto hacia el presente, pasado o futuro, que ejerce una influencia dinámica sobre su experiencia, motivación, pensamiento, y diversos aspectos de su conducta” (p. 295).

Asimismo, el procesamiento de la información temporal y la manera de registro acumulado en unidades de tiempo mediante un reloj interno, genera en el individuo la representación interna del intervalo de tiempo (Espinosa Fernández y Buela-Casal, 2002; Rosa & Travieso, 2002). Esta variable de procesamiento tiene estudio en los paradigmas prospectivo y retrospectivo, enfocándose en las tareas de atención y memoria respectivamente (Navarro Berumen, 2008).

Por otro lado, también se han utilizado cuatro métodos en la investigación de la estimación temporal. Ellos son: Estimación Verbal, Producción, Reproducción y Comparación (Navarro Berumen, 2008).

En el año 1999 se publicó el inventario de Perspectiva Temporal de Zimbardo (ZTPI) (Díaz-Morales, 2006). El mencionado inventario es una investigación llevada a cabo por Zimbardo, P.G. y Boyd, N., donde se profundiza la orientación temporal del individuo hacia los distintos marcos temporales, pasado, presente y futuro (Oyanadel, Buela-Casal y Pérez-Fortis, 2014).

Zimbardo y Boyd (1999) sostienen que las Percepciones del Tiempo:

“ejercen una influencia dinámica en muchos importantes juicios, decisiones y acciones. Por ejemplo, ¿cómo podría la decisión de realizar una acción estar influenciada por tendencias individuales para enfatizar un marco temporal particular? La influencia dominante para algunos viene del pasado, de recordar situaciones análogas anteriores, con la memoria de los costos y beneficios que asistieron a esas decisiones. Su evocación puede ser nostálgica y positiva o pensativa, traumática, aversiva, y negativo, y puede recordar con precisión o distorsionar el pasado”.

Se deduce entonces, la importancia del estudio de la influencia del tiempo en las decisiones del individuo y su anclaje a los distintos marcos temporales. Esto es, la predilección que toman las personas hacia el pasado, el presente o hacia el futuro (Oyanadel, Buela-Casal, Araya, Olivares, 2014).

La investigación de Zimbardo y Boyd (1999) arrojó como resultado cinco factores temporales: Pasado-Negativo, entendido como una actitud personal negativa frente al pasado, generalmente relacionada con eventos traumáticos; Presente-Hedonista, como la búsqueda del placer en el presente; Futuro, como una orientación hacia el cumplimiento de metas y logros; Pasado-Positivo, referido a la visión positiva del pasado y a una identidad positiva basada en los aspectos del pasado; y Presente-Fatalista, como una vivencia pesimista del presente, con expectativas negativas y con desesperanza. Estos son los factores temporales por correlacionar con la depresión y ansiedad.

Zimbardo y Boyd (1999) señalan que el Pasado-Negativo es el factor que representa una actitud pesimista y negativa hacia el pasado. De esta manera, los puntajes Pasado-Negativo fueron asociados con depresión, ansiedad, infelicidad, y baja autoestima. En la investigación de Zimbardo y Boyd (1999) el Pasado-Negativo se asoció significativamente con la depresión.

Respecto del factor Futuro, el mismo se caracteriza por la planificación y logro de metas futuras. Los puntajes asociados con el factor Futuro se correlacionan

significativamente con conciencia, la consideración de las consecuencias futuras, coherencia, Y se correlacionó débilmente con Ansiedad y Depresión (Zimbardo & Boyd, 1999).

Las múltiples investigaciones llevadas a cabo por Zimbardo y sus discípulos han mostrado estudios en los que se han reportado que las personas con depresión son más propensas a una orientación hacia el pasado negativo y el presente fatalista (Pluck, Lee, Lauder, Fox, Spence & Parks, 2008) mientras que los individuos que reconocen síntomas de ansiedad, presentan una inclinación hacia el presente fatalista y el futuro negativo (Åström, Wiberg, Sircova, Wiberg, & Carelli, 2014).

Por lo antedicho, en esta investigación se utilizará para evaluar la depresión el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) que resulta confiable en los resultados sobre los aspectos mencionados (Fernández-Berrocal, Ramos, 1999). Mientras que, para evaluar la ansiedad se utilizará la escala STAI-R (Salguero Noguera, Iruarrizaga Diez, 2006).

II.2. Ansiedad

La ansiedad es ubicua a la condición humana. Desde los inicios de la historia registrada, filósofos, líderes religiosos, eruditos y, más recientemente, médicos, psicólogos, entre otros han tratado de resolver los misterios de la ansiedad y el desarrollo que intervenciones con el objetivo de resolver eficazmente esta condición generalizada y problemática de los seres humanos (Clark y Beck, 2010).

En la actualidad, sucesos graves como desastres naturales (terremotos, tsunamis, huracanes o similares) tienen un impacto fuertemente negativo sobre la salud mental de las poblaciones afectadas, en países con distinto grado de desarrollo, provocando síntomas de ansiedad y de estrés postraumático, sobre todo en semanas posteriores al evento (Norris, 2005).

Sin embargo, la ansiedad, el miedo y la preocupación no son dominio exclusivo de sucesos traumáticos de gran magnitud, sino que en la mayoría de los

casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, estrés, demandas de la vida cotidiana. De hecho, estudios han corroborado que los trastornos de ansiedad son el principal problema de salud mental de los Estados Unidos (Barlow, 2002), padeciendo más de 19 millones de norteamericanos adultos un trastorno de ansiedad por año (Instituto Nacional de Salud Mental, 2001). En consonancia con esto último, Américo Reyes Ticas en su libro *Trastornos de ansiedad: guía práctica para diagnóstico y tratamiento* (2005) afirma que:

En el estudio realizado por la O.M.S. (2013) sobre los problemas psicológicos de los médicos de atención primaria, realizado en centros de 14 países, se constató una prevalencia puntual del trastorno de ansiedad generalizada del 12 % de las primeras consultas (p. 6).

Por otro lado, en el año 2017 la OMS ha concluido que la ansiedad, junto a la depresión, son desórdenes afectivos de alta prevalencia que alcanzan cifras del 5% y 3,5% respectivamente en la población general (OMS, 2017). A su vez, como afirman Cerezo, Vicario, Fernández, Enders en su artículo "Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica" (2018), En Argentina la ansiedad representa el 6.4% de todos los trastornos mentales (Rodriguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola, 2009).

En su artículo "Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria" (2012), Navas Orozco, Vargas Baldares también manifiestan que los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria.

Se observa de esta manera que la ansiedad y sus trastornos asociados tienen gran prevalencia hoy día y que constituyen, muchas veces, el principal motivo de consulta -en lo referente a salud mental- en el nivel primario de atención, donde se resuelven un importante número de estas demandas. Se debe tener en cuenta que esta última contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social (Navas Orozco, Vargas Baldares, 2012).

En su libro *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad* (2010), Clark y Beck definen el concepto de ansiedad de la siguiente manera:

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).

Por otro lado, según el DSM IV (2014) la ansiedad se define como una reacción emocional a la percepción de señales de peligro o amenaza, ciertas o imaginadas de la propia existencia, que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales, situacionales, y también por estímulos internos de la persona, relacionados con la propia muerte o ajena.

Precisada la definición del término, vale la pena hacer una aclaración respecto a la terminología. Al ser la ansiedad un concepto muy empleado en Psicología, su utilización generalmente ha estado asociada al uso de diversos términos relacionados, como miedo, fobia, angustia y estrés. Estos términos unas veces se han empleado con un significado más o menos equivalente, y otras veces no. Esto, lógicamente, además de crear confusión confiere ambigüedad al término ansiedad.

Por eso es preciso realización una precisión de estos conceptos. En primer lugar, el miedo es una respuesta emocional frente a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.¹

La distinción entre ansiedad y miedo es actualmente mantenida por bastantes autores, si bien a nivel operativo ambos conceptos suelen identificarse. Tradicionalmente, los términos de miedo y ansiedad se diferencian porque el primero se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, mientras que la ansiedad no (en este caso se trataría de un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible). Realmente hacer una distinción en estos términos resulta por lo menos problemática, ya que los estímulos externos licitadores

¹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM 5. Editorial Médica Panamericana. 2014.

pueden existir, aunque no sean fácilmente identificables. Por otra parte, a veces los estímulos inductores de respuestas de miedo/ansiedad son de tipo interno (interoceptivo), generalmente más difíciles de determinar por el sujeto que los estímulos externos. La realidad es que, en términos generales, el miedo y la ansiedad vienen utilizándose de forma equivalente. De hecho, por ejemplo, los miedos y fobias suelen considerarse como problemas o trastornos de ansiedad.

Sin embargo, una propiedad importante y distintiva de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria. Esto quiere decir que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo. Esto confiere a la ansiedad, como se desplegará más adelante, un valor funcional importante, ya que posee una utilidad biológico-adaptativa.

Respecto de su etiología, la ansiedad constituye un fenómeno multicausal (Reyes Ticas, 2005). En su generación intervienen componentes como:

- **Factores biológicos:** los factores genéticos son de gran importancia ya que explican la predisposición a padecer trastornos de ansiedad (Hernández Sánchez et al., 2013).
- **Factores Psicosociales:** los estresores psicosociales, tales como el interpersonal, laboral, socioeconómico, entre otros, poseen un importante rol en muchos de los trastornos de ansiedad, ya que funcionan como factores precipitantes, agravantes o causales de los mismos (Reyes Ticas, 2005; Hernández Sánchez et al., 2013).
- **Factores Traumáticos:** enfrentar acontecimientos traumáticos fuera de la experiencia cotidiana y habitual (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.
- **Factores Psicodinámicos:** como se explicó previamente, la ansiedad se entiende como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde el interior del individuo o desde el exterior. La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas

tienen éxito, la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, se pueden generar como consecuencia síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo-compulsivos.

- **Factores Cognitivos y Conductuales:** se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, puesto que se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás (Reyes Ticas, 2005).

En su constitución es necesario también tener en cuenta la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno (Somers et al., 2006). Los primeros se definen como aquellos que incrementan la probabilidad de contraer un trastorno de ansiedad o condición similar. Algunos de ellos son: estar atravesando por un período de mucho estrés en la vida; la amenaza de enfermedad grave que resulta no ser grave; antecedentes de maltrato durante la niñez; enfermedad grave durante la niñez o padre o madre con una enfermedad grave; personalidad caracterizada por preocupación constante; uso excesivo de Internet por cuestiones de salud (Mayo Clinic, 2018). Los factores protectores, en cambio, son los que, gracias a su presencia, protegen de la aparición de sintomatología y promueven la salud mental y el bienestar de la persona. Algunos de ellos son: la felicidad; el optimismo; autoestima alta (Pavez, Mena, Vera Villaroel, 2012).

Ante todo, lo dicho anteriormente, se afirma que es necesario distinguir lo que se considera ansiedad normal y ansiedad patológica. Respecto de la primera, es importante que la ansiedad pueda ser comprendida como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias con que una persona pueda enfrentarse en su vida cotidiana. Los rasgos que la caracterizan son: que

constituye un mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria; que resulta reactiva a una circunstancia ambiental; posee una función adaptativa; mejora el rendimiento; es leve; posee un bajo componente somático; no genera demanda de atención psiquiátrica (Navas Orozco, Vargas Baldares, 2012).

Pero, cuando la ansiedad sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es que se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual (Pérez Díaz, 2007; Yllá Segura, 2008; Cano Vindel, et al., 2011). Entre estos últimos se encuentran los siguientes:

Síntomas físicos

- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial,
- Respiratorios: disnea.
- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

Síntomas psicológicos y conductuales

- Preocupación, aprensión.
- Sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
- Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
- Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Inhibición o bloqueo psicomotor.
- Obsesiones o compulsiones.

Entre sus características, se destacan: que puede bloquear una respuesta adecuada dentro de la vida diaria; es una respuesta que resulta desproporcionada respecto del desencadenante; su función es desadaptativa; empeora el rendimiento; es más grave que la ansiedad normal; posee un mayor componente somático; genera demanda de atención psiquiátrica, que se canaliza mayoritariamente en el nivel primario de atención (Navas Orozco, Vargas Baldares, 2012).

Existen diversos trastornos de ansiedad descritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMV, 2014) de la Asociación Psiquiátrica Americana y por la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

Según el primero, son los siguientes:

- **Trastorno de ansiedad por separación:** miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etcétera) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.
- **Mutismo selectivo:** incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos). Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).
- **Fobia específica:** aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad. Tipo de

objeto o estímulo fóbico: Animal, Entorno natural, Sangre- heridas-inyecciones, Situacional, y otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

- **Fobia social:** miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
- **Trastorno de pánico/ angustia:** presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.
- **Agorafobia:** miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.
- **Trastorno de ansiedad generalizado:** ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas

de sobreactivación fisiológica. La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de los días durante un mínimo de 6 meses.

- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicación:** el cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.

Por último, puede realizarse una distinción entre ansiedad rasgo y ansiedad estado. Spielberger (1966, 1972, 1989) considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell y Scheier, 1961). La primera, según Spielberger (1972), es un "estado emocional" inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad-estado tiende a fluctuar a lo largo del tiempo. A veces este tipo de ansiedad es elevada o posee una alta intensidad, en tal caso se denomina ansiedad aguda. Este tipo de ansiedad es la que puede experimentarse ante un examen, una entrevista o una fobia específica (Ries, Castañeda Vázquez, Campos Mesa, Del Catillo Andrés, 2012).

La ansiedad-rasgo, por otro lado, hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo estas una disposición, tendencia o rasgo. La persona que lo posee denota un característico estilo o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de la misma forma, sean circunstancias estresantes o no. Alguien que ha estado ansioso todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad, conocido como ansiedad crónica. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida entonces por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un

mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de forma más frecuente o con mayor intensidad. A su vez, poseen más probabilidades en el futuro de desarrollar un trastorno de ansiedad que otras personas que no poseen este rasgo. Tienden asimismo a ser más vulnerables al estrés.

Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante. Si la persona se ve inundada por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante. Los mecanismos de defensa influyen en el proceso psicofisiológico de tal manera, que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación. De esta forma y en la medida en que los mecanismos de defensa tengan éxito, las circunstancias se verán como menos amenazantes y se producirá una reducción del estado de ansiedad. Asimismo, y de forma general, los sujetos con altos valores de ansiedad-rasgo perciben las situaciones y contextos evaluativos como más amenazantes que aquellos otros que presentan menores niveles de ansiedad-rasgo (Ries, Castañeda Vázquez, Campos Mesa, Del Catillo Andrés, 2012).

II.3. Depresión

Como se ha afirmado ya, tanto la ansiedad como la depresión constituyen dos de las problemáticas de salud mental más frecuente en la población, por las cuales se realizan múltiples consultas. Según la investigación “Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe” (2009) de Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, en Argentina la depresión representa el 26.5% de las consultas por desórdenes afectivos.

A nivel mundial, la OMS reporta que 450 millones de personas sufren de estos trastornos y que la depresión podría ser, para el 2020, la segunda causa de deterioro en el funcionamiento social y laboral en el mundo (Ospina-Ospina, Hinestrosa Upegui, Paredes, Guzmán, Granados, 2011). Esto alerta sobre su magnitud y la necesidad de

considerarla como problema de salud pública, a ser trabajado desde la perspectiva de la prevención y la atención en el nivel primario de salud.

Existen diversas definiciones que apuntan a caracterizar lo que se entiende por depresión y sus síntomas más frecuentes. Para la OMS, es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. A su vez, se advierte que puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (2015). La Sociedad Americana de Psiquiatría, por otro lado, describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades” (2000, p. 350). En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo (Saavedra González et al., 2016).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V, 2013) no se introducen cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del manual anterior -DSM-IV-TR- para el **Episodio de Depresión Mayor**. Las características esenciales para diagnosticarlo continúa siendo:

- A. Un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas, de los cuales al menos 1 tiene que ser
- (1) estado de ánimo depresivo y/o
 - (2) disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- El resto de los síntomas pueden ser:
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificada (DSM V, 2013).

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran coste para el individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general (Guías de práctica clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). La OMS (2001) señala a la depresión como la primera causa de pérdida de años de buena salud por discapacidad (APD), y el primer lugar de prevalencia (10.4%) entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria.

Como se ha comentado en el caso de la ansiedad, para la depresión también existen diversos factores de riesgo, que se ponen en juego e interactúan en el proceso complejo y multifactorial que implica esta problemática. Hasta el momento, no ha sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno tiene en función del contexto en el que se despliegan, las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla la depresión (Butler et al., 2006). El estudio sobre los factores de riesgo de la depresión

posee varias limitaciones: primero, no resulta fácil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado el grado de influencia de cada uno de ellos tiene (Hegeman, Kok, Mast, Giltay, 2012).

Sin embargo, a pesar de las dificultades descriptas anteriormente, es posible enumerar ciertas variables que incrementan el riesgo de depresión. Estas se clasifican en personales y sociales, cognitivos y familiares y genéticos, tal como se describen a continuación:

- Factores personales y sociales

Se ha comprobado que la prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, y que generalmente se inician en la etapa de la adolescencia, manteniéndose luego durante la edad adulta (Hegeman, Kok, Mast, Giltay, 2012).

Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta para las primeras (Grupo de trabajo sobre actualización de GPC, 2009).

Por otro lado, las enfermedades crónicas, de índole física o mental (Patten et al., 2009) y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco (Butler et al., 2006; Bellón et al., 2008) también constituyen importantes factores de riesgo. En esta misma línea, otro factor de riesgo significativo que comúnmente aparece en casos de depresión es la ansiedad (Eccleston, Scott, 1991). Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se considera como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor (Fogel, Eaton, 2006). Por otra parte, se ha observado que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o

hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009).

En relación con los factores sociales de riesgo, se destacan el bajo nivel de recursos económicos y las malas circunstancias laborales (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009). Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia (Haro et al., 2006). Asimismo, el estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009), y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos (Turner, Lloyd, 2004).

- Factores familiares y genéticos

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales (Weissman et al., 2006). Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general (Sullivan, Neale, Kendler, 2000), proporción también importante en los de segundo grado (Weissman, 2005).

- Factores cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el cual los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel clave en el procesamiento de la información (Beck, 2008). Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo

de respuesta y los sesgos atencionales, se consideran fundamentales en el desarrollo y mantenimiento de la depresión (De Raedt, Koster, 2010).

Por último, cabe mencionar que otro riesgo de considerable importancia asociado a la depresión es el riesgo de suicidio (Hawton, Saunders, Topiwala, Haw, 2013; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la ideación hasta el suicidio consumado. Se ha estimado que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general, y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

II.4. Antecedentes

En el siguiente apartado serán descriptas diferentes investigaciones que estudian la correlación entre la perspectiva temporal y diferentes variables, como puede ser una patología psiquiátrica o ciertos rasgos de la personalidad de un individuo, y que apuntan en gran medida a revelar las repercusiones que dicha relación tiene en la calidad de vida de las personas. También, algunas de ellas, dan cuenta de diversas intervenciones que pueden tener efectos beneficiosos sobre la perspectiva del tiempo de las personas.

Åström, E., Wiberg, B., Sircova, A., Wiberg, M., Carelli, M G. (2014) "Insights into features of anxiety through multiple aspects of psychological time".

Se ha corroborado que las emociones y los trastornos asociados a las mismas pueden alterar la experiencia del tiempo. Sin embargo, se sabe relativamente poco sobre diferentes aspectos del tiempo psicológico en relación con la ansiedad. El propósito del presente estudio fue explorar varios aspectos del procesamiento

temporal, incluida la perspectiva del tiempo y la estimación temporal prospectiva y retrospectiva, en personas con sintomatología ansiosa.

Con dicho fin, se realizaron dos estudios de campo, donde participaron un total de 110 individuos con diferentes grados de ansiedad. Estos fueron asignados a dos grupos: grupo control y grupo de personas ansiosas, según sus puntuaciones en las mediciones de ansiedad. Los participantes también completaron un inventario de la perspectiva del tiempo y realizaron varias tareas de estimación del tiempo que fueron analizadas a nivel grupal. Los síntomas depresivos fueron evaluados y utilizados como co-variables en el segundo estudio.

Como resultado se obtuvo que la ansiedad se asoció significativamente con las perspectivas de tiempo negativo pasado y futuro negativo, utilizando el *Time Perspective Inventory* (S-ZTPI) de Zimbardo, incluso cuando se controla el efecto de los síntomas depresivos.

En conclusión, explorar la perspectiva del tiempo en personas con síntomas ansiosos puede proporcionar información importante sobre las características mismas de la ansiedad. Estos hallazgos pueden ofrecer nuevas formas de conceptualizarla y proporcionar sugerencias que sirvan a modo de estrategias de tratamiento.

Oyanadel C., Bucla-Casala G., (2014). "Percepción del tiempo y psicopatología: Influencia de la orientación temporal en la calidad de vida de los trastornos mentales graves"

En la mayoría de los casos, el estudio de la percepción del tiempo y trastornos mentales ha privilegiado investigaciones de estimación del tiempo por sobre la orientación temporal. Considerando la teoría de Zimbardo de cinco dimensiones de orientación temporal, y el constructo de equilibrio temporal, este estudio tiene como objetivo comparar a personas con trastornos mentales graves (SMI) y personas saludables, en medidas de orientación y estimación temporal. Asimismo, procura evaluar si el perfil temporal influye en la calidad de vida relacionada a la salud de personas con SMI.

Para ello ha sido utilizado un diseño cuasi-experimental, y se ha seleccionado una muestra conformada por un grupo clínico de 167 personas, que poseían algunos de los siguientes trastornos mentales graves: Depresión Mayor, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia y Trastornos de Personalidad. Estos últimos fueron comparados en orientación y estimación temporal con personas saludables. Posteriormente, la muestra clínica se agrupó según su distancia del perfil equilibrado DBTP y del perfil negativo DNTP. Estos grupos fueron evaluados con medidas de salud y pruebas de estimación de tiempo.

Con análisis ANOVA se pudo comprobar que el perfil temporal tiene importantes influencias en las medidas de salud. A su vez se corroboró que existen diferencias significativas entre la muestra clínica y control, en orientación y estimación temporal. Dentro del grupo de pacientes se observó que quienes estaban más cerca del perfil BTP tenían mejor salud física, y menos desesperanza. En los grupos clínicos existe mayor puntuación en pasado negativo y presente fatalista, propio de trastornos mentales. Esto comprueba que la orientación negativa al pasado y la actitud pesimista al presente juegan un importante rol en la comprensión de SMI. En este sentido, la historia de psicopatología configuraría la orientación temporal como rasgo que contribuye a la sintomatología.

**Oyanadel C., Buela-Casala G., Araya T., Olivares, C., Vega, H. (2014)
"Percepción del tiempo: resultados de una intervención grupal breve para el cambio del perfil temporal"**

La teoría de la perspectiva del tiempo de Zimbardo (1999) plantea una clasificación de las dimensiones de la orientación temporal, medidas con el Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI), la cual propone, por una parte, que, si se tiene una actitud positiva y moderada hacia el pasado, el presente y el futuro, se puede desarrollar mayor bienestar y buena salud tanto mental como física, mientras que actitudes negativas o extremas reflejarían pautas de vida poco saludables. El principal objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto de una intervención grupal breve para la modificación del perfil temporal. Para este fin, se realizó un estudio

cuasiexperimental con grupo control en una muestra de 28 estudiantes universitarios; 14 de ellos formaron el grupo experimental y 14 formaron el grupo control. Los resultados mostraron que la intervención realizada al grupo experimental modificó la orientación temporal de los participantes hacia un perfil equilibrado. Para terminar, se concluye que, con una intervención breve y grupal que potencie un pasado positivo y un futuro y un presente más saludables, es posible lograr un perfil equilibrado. Posteriores estudios podrían evaluar el impacto de la modificación del perfil temporal en población clínica.

Oyanadel Véliz, C. (2015) "La percepción del tiempo en la evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves: Depresión Mayor, Trastorno Bipolar y Esquizofrenia."

Esta Tesis Doctoral tuvo como objetivo principal describir la relación entre la Percepción del Tiempo y los trastornos mentales graves (SMI), específicamente en Depresión Mayor, Trastorno Bipolar y Esquizofrenia. Para ello, se utilizaron los avances en la investigación de dos áreas de la percepción del tiempo, como son la Orientación Temporal y la Estimación del Tiempo. No existen demasiados estudios que tomen en cuenta los aspectos de estos trastornos que tienen que ver con la actitud del paciente hacia las dimensiones temporales de su vida y su enfermedad.

Este trabajo, abarcando de manera amplia el concepto de percepción del tiempo, intentó describir la orientación y la estimación, pretendió avanzar en el estudio de la percepción del tiempo en evaluación y tratamiento de los trastornos descritos.

Para ello, se diseñó un estudio cuasiexperimental cuyo primer paso fue adaptar el ZTPI. Luego, se evaluó la orientación temporal en 84 personas saludables, agrupadas según su perfil temporal y sometidas posteriormente a diversas pruebas de salud, calidad de vida y pruebas de estimación del tiempo. Los resultados arrojaron que utilizando el modelo de Stolarski, Bitner y Zimbardo (2011), se generan 3 grupos con 23 personas en el grupo equilibrado, 29 en el de riesgo, y 32 personas en el

negativo (BTP, RISK y NTP, respectivamente). Se apreció en este estudio que el perfil equilibrado o negativo en lo que respecta a orientación temporal, influye en la calidad de la salud física y mental de las personas. Se concluyó que la agrupación de perfiles según la desviación de BTP y NTP, resultó de utilidad para evaluar la influencia del perfil temporal, que en este estudio mostró que quienes son equilibrados tienen mejores indicadores de salud física, mayores pensamientos positivos y esperanza ante la vida.

Una vez estudiada la percepción del tiempo en población saludable, y aplicada la metodología para conseguir perfiles temporales que fueron relacionados con medidas de salud física y mental, se comenzó la aplicación en el contexto clínico. En este segundo estudio, se trabajó con una muestra de 167 pacientes con trastorno mental grave que habían sido agrupados en 4 categorías diagnósticas (Depresión Mayor, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia y Trastorno de Personalidad). Todos los grupos fueron comparados con un grupo control que fue igualado en edad y género a la muestra clínica. Como se esperaba, los grupos clínicos y los controles difirieron significativamente en las diferentes medidas de orientación y estimación del tiempo. La muestra clínica fue agrupada según perfil con el método de desviación del perfil negativo y del equilibrado. Se comprobó que los pacientes que estaban más cerca al punto de equilibrio temporal tenían mejor salud física y menor desesperanza que los perfiles de riesgo y negativo.

Asimismo, este último estudio buscó evaluar el efecto de una intervención breve grupal para la modificación del perfil temporal. Antes de su implementación en población clínica fue necesario evaluar sus alcances en población general. Por ello, un formato de cuatro sesiones fue conducido en una muestra de 28 estudiantes universitarios que fueron divididos en 2 grupos, formando uno el grupo con condición experimental y el otro grupo control. El efecto logrado da cuenta de que efectivamente es posible el cambio de perfil temporal hacia un punto de equilibrio. Al respecto, se concluye que una intervención breve logra cambios en el perfil temporal, por lo que reforzando actividades y con mayor número de sesiones harían posible su implementación en población clínica con potencial beneficio en variables de salud.

Robles Ojeda, F. J., Galicia Moyeda I. X., Sánchez Velasco A., Pichardo Hernández A., (2015) "Afectividad y dimensiones temporales asociadas a la depresión en estudiantes de bachillerato"

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que impacta negativamente en la vida cotidiana de los adolescentes. El estado afectivo es un elemento que se ha encontrado asociado con la depresión. Asimismo, determinadas orientaciones temporales inciden en la sensación de bienestar o malestar emocional.

En esta investigación se indagó la correlación de estas variables en estudiantes de bachillerato, además de evaluar la capacidad predictora de la afectividad y orientación temporal con respecto a la depresión. Para eso fue conformada una muestra de tipo no probabilística de 50 estudiantes de bachillerato del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) plantel Azcapotzalco, de la Ciudad de México. Como instrumentos, fueron utilizados la Escala de afecto positivo-negativo (PANAS) (Robles & Paez, 2003), el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 2006) y el Inventario de perspectiva temporal de Zimbardo (ZTPI) (Zimbardo & Boyd, 2009).

Los resultados muestran una correlación entre la depresión con la afectividad estado y determinadas orientaciones personales, además de destacar como predictores de la depresión a la afectividad-estado y las dimensiones temporales de pasado negativo y presente hedonista.

De Castro Correa, De La Ossa Sierra, Elijadue Rizcala (2016) "Experiencia de ansiedad desde la perspectiva humanista existencial en estudiantes universitarios de Cali y Cartagena"

El objetivo principal del presente estudio fue realizar una descripción de la experiencia de ansiedad desde la perspectiva humanista – existencial, en una muestra de 300 estudiantes universitarios de las ciudades de Cali y Cartagena. Esto fue llevado a cabo abordando los distintos síntomas y las vías de la ansiedad que presentaban dichos estudiantes. Este trabajo fue motivado por el hecho de que la ansiedad dentro

del contexto universitario es uno de los motivos de consulta más comunes en área de bienestar estudiantil (Agudelo, Casadiego & Sánchez, 2008).

El tipo de estudio que se diseñó fue descriptivo, no experimental trasversal. Se utilizó un inventario para medir ansiedad (construido por De La Ossa, Noreña & De Castro, 2014), dividido en dos dimensiones: síntomas (Rojas, 2000) y formas de enfrentar (May, 2000).

Los resultados arrojaron que existe un predominio de sintomatología ansiosa en la dimensión psicológica. Además, se reveló una tendencia a enfrentar la experiencia de ansiedad de forma constructiva. Por último, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos en cada una de las muestras (Universitarios de Cali y Cartagena).

Stucchi-Portocarrero, S. (2017) " ¿Realmente existe una “epidemia de depresión”? "

Hace algunos años se ha vuelto evidente un incremento mundial de los trastornos depresivos y ansiosos. Pero, como existen argumentos alternativos a la supuesta “epidemia de depresión”, en esta investigación se realizó un relevamiento de información para enumerar algunos de estos. Se demostró que: 1) Algunas investigaciones han reportado datos opuestos. 2) El aumento de la expectativa de vida genera que haya cada vez más personas de la tercera edad, más proclives a la depresión. 3) Los individuos tienden a olvidar los momentos de aflicción conforme pasa el tiempo, lo cual podría llevar a pensar que las generaciones actuales tienen una mayor prevalencia de vida de trastornos emocionales, y que la edad de inicio se está anticipando. 4) La mayor difusión de los temas de salud mental puede permitir que más personas que en épocas anteriores se atrevan a pedir ayuda con problemas emocionales que en otra época se mantenían ocultos. 5) Los límites entre la patología mental y la normalidad se han redefinido a lo largo del tiempo, de modo que muchas condiciones antes juzgadas como normales, ahora cumplirían criterios para un diagnóstico psiquiátrico.

En conclusión, sin duda la salud mental merece una atención prioritaria, pero la evidencia a favor de un incremento de trastornos mentales es aún insuficiente y cuestionable. A lo sumo podría hablarse de una mayor tendencia actual a diagnosticar depresión y ansiedad, y, en consecuencia, una auténtica “epidemia” de prescripción de psicofármacos.

Difabio de Anglat, H., Vázquez, S. M., Noriega Biggio, M. (2018) “Orientación temporal y metas vitales en estudiantes argentinos”

El presente estudio tuvo como objetivos verificar la relación entre orientación temporal y calidad de metas vitales y el rol de la edad, el sexo y el nivel de planificación; así como la influencia de la calidad de las metas vitales y el sexo sobre la extensión temporal.

Para ello, se aplicó el Inventario de Perspectiva Temporal de Zimbardo & Boyd, algunos ítems del Inventario de Perspectiva Temporal Futura Trascendental de Boyd & Zimbardo y el Cuestionario de metas y temores de Nurmi. Mediante análisis de conglomerados y de varianza, se encontró que hay un estilo de orientación temporal más adaptativo, que influye positivamente sobre la planificación y que las variaciones de mayor relevancia aparecen cuando se considera el peso de la cualidad de las metas sobre la orientación temporal en interacción con la edad y el sexo. A su vez, se corroboró que la relación entre metas referidas al *self* y el estilo de orientación temporal menos adaptativo confirmaría lo observado por distintos autores (Salmela-Aro, 1992; Salmela-Aro & Nurmi, 1997; SalmelaAro, Nurmi, Saisto & Halmesmäki, 2001; Shulman & Nurmi, 2010), respecto de que las metas centradas en el self, cuando pertenecen a logros existenciales definidos de modo abstracto, se asocian con bajos niveles de bienestar (emociones negativas, ansiedad, estrés).

Kazakina, E. (2018) “Perspectiva del tiempo en adultos mayores: investigación y práctica clínica”

En este trabajo se estudió la perspectiva del tiempo en 103 mujeres y hombres de 65 a 91 años, y se la relacionó con las siguientes variables: bienestar, angustia y estilo de apego. A diferencia de otras investigaciones anteriores en las cuales se reducía el concepto de perspectiva del tiempo a una única orientación temporal (por ejemplo, futura), o a una única dimensión temporal (por ejemplo, extensión- proyección en el futuro o pasado), en este escrito fueron contempladas las tres orientaciones de tiempo: pasado, presente y futuro, en sus distintas dimensiones (densidad, valencia emocional, extensión, continuidad de tiempo y el equilibrio temporal).

Los hallazgos revelaron que el funcionamiento positivo en edad avanzada estaba asociado con varios componentes “saludables” de la perspectiva del tiempo: actitudes positivas hacia el presente y pasado; un sentido de conexión entre las orientaciones temporales; y una percepción equilibrada de los aspectos positivos del pasado, presente y futuro de cada uno. La Psicoterapia de la Perspectiva del Tiempo desarrollada tanto en base a los resultados de esta investigación, como al modelo temporal de Zimbardo, enfatiza la noción de *equilibrio temporal* en el trabajo clínico. Resulta manifiesto que un enfoque clínico puede integrar la perspectiva del tiempo con intervenciones cognitivo-conductuales y psicodinámicas, para mejorar la efectividad de los tratamientos. El caso clínico en el que se ha adoptado este modelo de intervención integral ha demostrado el alivio de los síntomas de los distintos trastornos psicológicos y la orientación hacia un envejecimiento exitoso.

Capítulo III: Método

III.1. Diseño

Se trata de un estudio de tipo correlacional, con diseño no experimental, transversal y retrospectivo.

III.2. Participantes

Respecto a los participantes, se realizó un muestreo intencional con sujetos adultos de población general de Buenos Aires. Ambos sexos. Criterios de exclusión: enfermedades incapacitantes, retraso mental, trastorno psiquiátrico en curso. La muestra estuvo integrada por 80 sujetos. Ambos sexos de 18 a 60 años.

III.3. Instrumentos

- Consentimiento informado (Anexo A).
- Escala de Ansiedad Rasgo de Spielberger (STAI-R) (Anexo B): es un inventario autoadministrable de formato Likert con escala de cuatro puntos compuesto por 20 ítems para responder. Las puntuaciones de este test van entre desde los 20 a los 80 puntos. Explora los síntomas asociados con la ansiedad. Ansiedad estado son los sentimientos subjetivos de una persona que

experimenta una activación del sistema nervioso autónomo ante una situación que se manifiesta como peligrosa, estresante o amenazante. Entonces la persona presenta una reacción ansiosa acompañada de cambios conductuales y fisiológicos. Se entiende como Ansiedad rasgo a las características de la personalidad que hacen que algunas personas sean más propensas a padecer estados de ansiedad. Es decir, que las personas con rasgo de ansiedad son más sensibles al estrés, experimentando reacciones de ansiedad ante vivencias que se experimentan como amenazantes o peligrosas. Estas vivencias se perciben con mayor intensidad que las personas que no sufren de esta característica, de allí que manifiestan características propias en relación a la predisposición. En la adaptación argentina del inventario el coeficiente alfa utilizado como medida de confiabilidad fue de .90 (Leibovich de Figueroa, 1991).

- Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) (Anexo C): este cuestionario está compuesto por 21 ítems. Las puntuaciones van de 0 a 3. Explora los síntomas de depresión en el último mes. Para establecer la severidad de la depresión se tienen en cuenta las puntuaciones de corte: mínimo (de 0 a 13), leve (de 14 a 19), moderado (20 a 28), severo (de 29 a 63). En la adaptación argentina los coeficientes alfa de fiabilidad fueron en muestra de pacientes de .88 y en población general de .86 (Brenlla & Rodríguez, 2006). Cabe aclarar que, de los 21 ítems o grupo de enunciados, solo se utilizaran 20. Se omitirá del grupo de enunciados el referido a suicidio. Es el grupo 9 nominado como: “Pensamientos o Deseos Suicidas”.
- Inventario de Perspectiva temporal de Zimbardo (ZTPI) (Anexo D): es un inventario de 56 ítems. Responde a una escala tipo Likert de cinco opciones. Explora las creencias, preferencias y valores que asignan las personas al pasado, presente y futuro y se organizan en cinco factores que han sido reproducidos mediante análisis factoriales en población universitaria norteamericana (Zimbardo y Boyd, 1999). El coeficiente alfa de confiabilidad de los factores osciló entre .74 del factor presente fatalista y .82 del factor pasado negativo. Asimismo, en la adaptación argentina se obtuvieron índices aceptables de fiabilidad para todas las orientaciones temporales con alfa que varió entre .62 y .81 (Brenlla, Simmons, Willis, Ruarte, Helou, Gareis, Andreo & Broggi, 2013).

III.4. Procedimiento

Se solicitó consentimiento para la administración de los tres cuestionarios a cada participante, por escrito.

La toma de los cuestionarios fue autoadministrable. En el presente estudio de investigación estuvo supervisada la administración, ya que la idea fue suministrar de forma conjunta el ZTPI, el STAI-R, el BDI-II (en ese orden).

Una vez obtenidos los datos de la muestra se desarrollaron dos estrategias analíticas: una descriptiva y otra inferencial. La primera estrategia se relacionó con la caracterización de las variables según frecuencias y porcentajes asociados, para las variables nominales, y estadísticos descriptivos (media, intervalo de confianza al 95% -IC 95%-, desviación típica -Dt-, mediana, mínimo y máximo) para aquellas continuas.

Respecto de la estrategia inferencial, primero cabe mencionar la prueba de chi-cuadrado para establecer diferencias estadísticamente significativas entre categorías para las variables nominales. En segundo lugar, la realización de análisis de varianza (ANOVA univariado) para evaluar efectos de las características de la muestra (edad, sexo, estado civil y nivel educativo) sobre las variables de ansiedad rasgo, depresión y perspectiva temporal. En tercer lugar, el cálculo de coeficientes de correlación de Pearson (correlaciones bivariadas) entre la ansiedad rasgo y la perspectiva temporal, y la depresión y la perspectiva temporal. Se utilizaron herramientas paramétricas justificadas a partir del Teorema del Límite Central, según el cual series de datos con recuentos > 30 casos estiman una distribución normal de los datos (Guisande González et al., 2006).

La matriz de datos, así como los análisis comentados, se efectuaron mediante la utilización del programa SPSS versión 24.0 para Windows, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Capítulo IV: Resultados

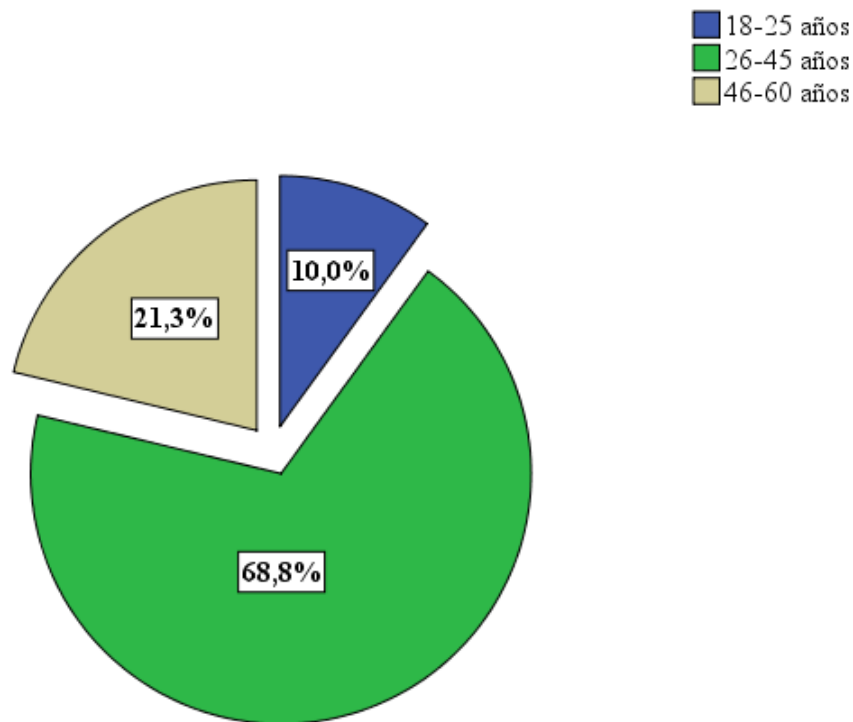
IV.1. Caracterización de la muestra

IV.1.1. Edad

Respecto de la edad como variable cuantitativa y continua se halló una media de 36,65 años (IC 95%=34,47-38,83 años), Dt=9,779 años, mediana=36,00 años, mínimo=18 años y máximo=60 años.

Por su parte, respecto de la edad categorizada, un mayor recuento se correspondió con la edad de 26-45 años (55), seguido por aquel de 46-60 años (17) y, finalmente, de 18-25 años (8), según se representa en la siguiente figura.

Figura 1. Porcentajes asociados a las categorías etarias de los individuos encuestados (n=80).



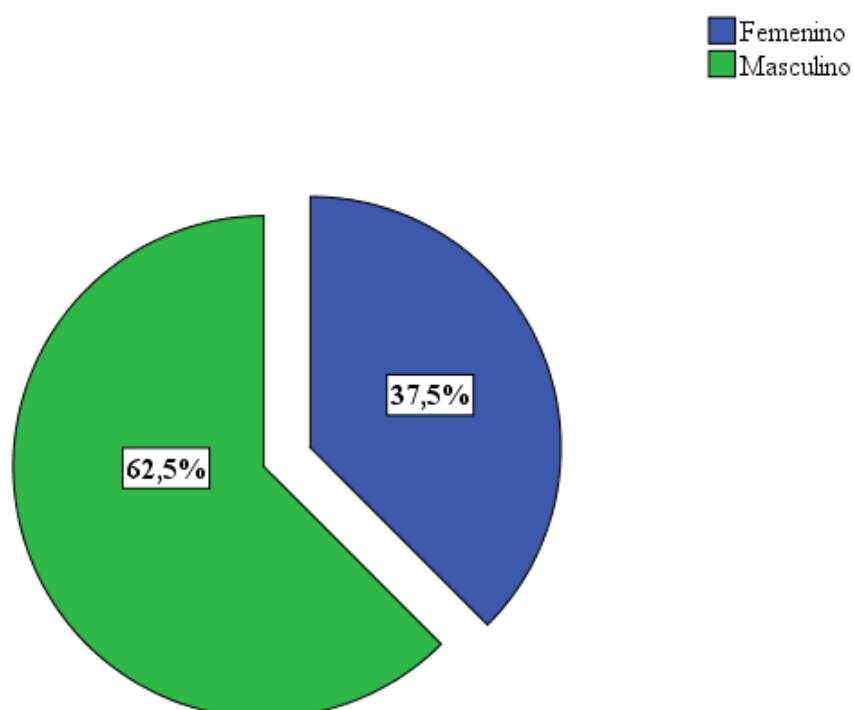
Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados de frecuencia arrojaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) desde la prueba de chi-cuadrado ($\chi^2=46,675$; $p=0,000$; 2 gl), las mismas justificándose a partir de la mayor y significativa cantidad de individuos de 26-45 años, dado que se hallaron resultados similares ($p < 0,05$) al comparar tal alternativa con la de frecuencia inmediata inferior (46-60 años) ($\chi^2=20,056$; $p=0,000$; 1 gl).

IV.1.2. Sexo

Respecto del sexo de los individuos, un mayor recuento se correspondió con el sexo masculino (50), en comparación con el femenino (30), según se aprecia en la siguiente figura.

Figura 2. Porcentajes asociados al género de los individuos encuestados (n=80).



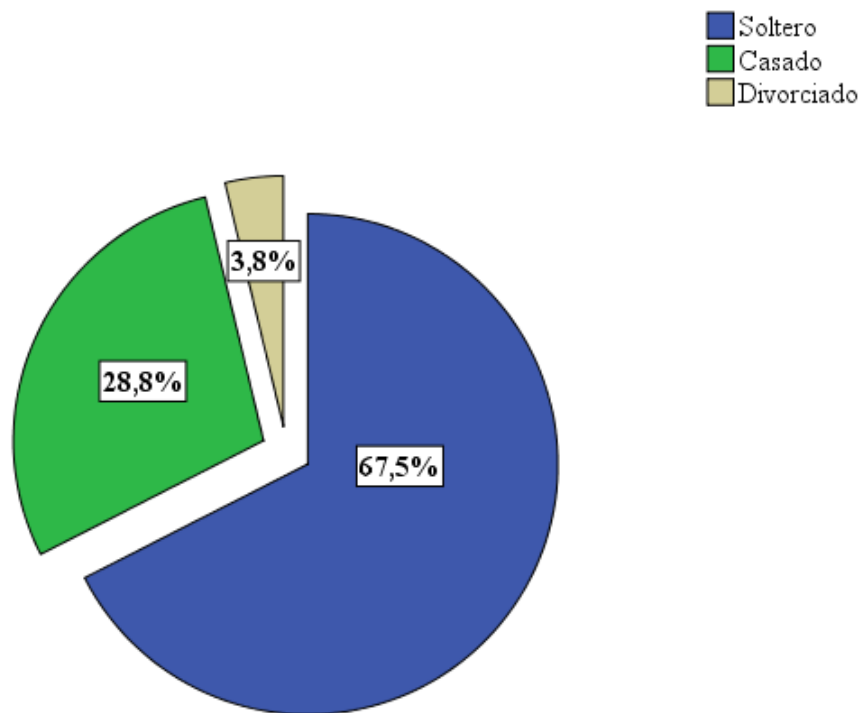
Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados de frecuencia se asociaron con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) ($\chi^2=5,000$; $p=0,025$; 1 gl), en tanto la mayor y significativa cantidad de individuos masculinos por sobre las mujeres de la muestra total.

IV.1.3. Estado civil

Respecto del estado civil de los individuos encuestados, un mayor recuento se correspondió con aquellos solteros (54), seguido por los casados (23) y, finalmente, solo 3 casos de individuos divorciados, según se representa porcentualmente en la siguiente figura.

Figura 3. Porcentajes asociados al estado civil de los individuos encuestados (n=80).



Fuente: Elaboración propia.

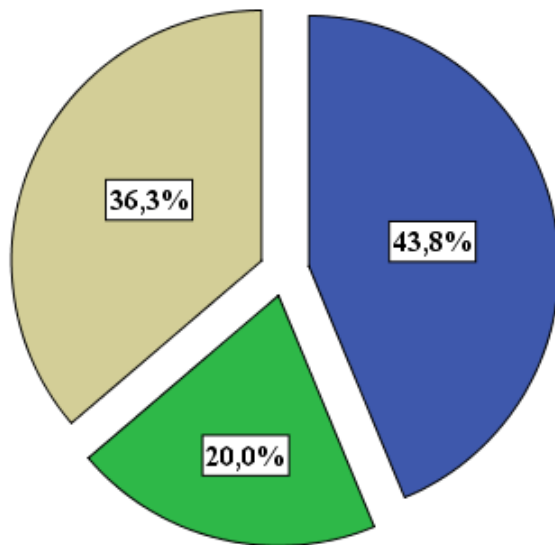
Se deprecó la serie de datos con recuento < 5 casos (individuos divorciados), dado que su inclusión en la prueba de chi-cuadrado generaría sesgos estadísticos (Guisande González et al., 2006). Así, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre las categorías restantes ($\chi^2=12,481$; $p=0,000$; 1 gl), las cuales se justificaron a partir de una mayor y significativa cantidad de individuos solteros por sobre los casados.

IV.1.4. Nivel educativo

Finalmente, respecto del nivel educativo de la muestra total, un mayor recuento se correspondió con el nivel secundario (35), seguido por el universitario (29) y, finalmente, el terciario (16), según se representa en la siguiente figura.

Figura 4. Porcentajes asociados al nivel educativo de los individuos encuestados (n=80).

■ Secundario
■ Terciario
■ Universitario



Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados de frecuencia se asociaron con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre todas las categorías evaluadas ($\chi^2=7,075$; $p=0,029$; 2 gl), las cuales se justificaron desde las mayores y significativas cantidades de individuos con nivel educativo secundario y universitario, al hallar equivalencia estadística ($p > 0,05$) entre estas alternativas ($\chi^2=0,563$; $p=0,453$; 1 gl), pero resultados contrapuestos ($p < 0,05$) al incluir en el análisis la variante restante, según se presentó en el primer análisis en el presente párrafo.

IV.2. Estadísticos descriptivos para la ansiedad rasgo, depresión y perspectiva temporal

IV.2.1. Ansiedad rasgo

Considerando la variable cuantitativa continua, se halló una media de 36,43 (IC 95%=34,46-38,39), Dt=8,847, mediana=35,00, mínimo=24 y máximo=66. Para evaluar cualitativamente esta variable (nivel de ansiedad rasgo), se asoció la media con el valor percentil más cercano de la serie de datos. En la siguiente tabla se presentan los percentiles así calculados.

Tabla 1. Cálculo de percentiles 1-99 para la serie de datos de la ansiedad rasgo.

Percentil	Puntuación
1	24,00
2	24,00
3	24,00
4	24,24
5	25,00
6	25,00
7	25,00
8	25,00
9	25,29
10	26,10
11	26,91
12	27,00
13	27,00
14	27,00
15	27,15
16	27,96
17	28,00

Percentil	Puntuación
18	28,00
19	28,00
20	28,00
21	28,01
22	28,82
23	29,00
24	29,00
25	29,25
26	30,00
27	30,00
28	30,68
29	31,00
30	31,00
31	31,00
32	31,00
33	31,73
34	32,00
35	32,00
36	32,16
37	32,97
38	33,00
39	33,00
40	33,00
41	33,00
42	33,00
43	33,00
44	33,64
45	34,00
46	34,00
47	34,00
48	34,00
49	34,69
50	35,00

Percentil	Puntuación
51	35,00
52	35,00
53	35,00
54	35,00
55	35,55
56	36,00
57	36,00
58	36,00
59	36,00
60	37,20
61	38,00
62	38,00
63	38,03
64	38,84
65	39,00
66	39,00
67	39,27
68	40,00
69	40,00
70	40,00
71	40,00
72	40,00
73	40,26
74	41,88
75	42,00
76	42,56
77	43,00
78	43,00
79	43,00
80	43,00
81	43,61
82	44,42
83	45,23

Percentil	Puntuación
84	46,04
85	46,85
86	47,00
87	47,94
88	49,00
89	49,00
90	49,00
91	49,00
92	49,52
93	51,32
94	54,00
95	54,00
96	54,76
97	56,14
98	60,42
99	-

Fuente: Elaboración propia.

Se halló correspondencia entre el P59≈36,43 (media), así indicando que el nivel promedio de ansiedad rasgo para el total de individuos encuestados es superior al nivel medio.

IV.2.2. Depresión

Respecto de la depresión como variable cuantitativa continua, se halló una media de 7,93 (IC 95%=6,34-9,51), Dt=7,115, mediana=6,00, mínimo=0 y máximo=35. Al igual que para el caso anterior, se evaluó esta variable de manera cualitativa primero desde la valoración de los percentiles, los cuales se disponen en la siguiente tabla.

Tabla 2. Cálculo de percentiles 1-99 para la serie de datos de la depresión.

Percentil	Puntuación
1	0,00
2	0,00
3	0,00
4	0,00
5	0,00
6	0,00
7	0,00
8	0,00
9	0,00
10	0,00
11	0,00
12	0,72
13	1,00
14	1,00
15	1,00
16	1,00
17	1,00
18	1,00
19	1,00
20	1,00
21	1,01
22	1,82
23	2,00
24	2,00
25	2,25
26	3,00
27	3,00
28	3,00
29	3,00
30	3,30
31	4,00
32	4,00

Percentil	Puntuación
33	4,00
34	4,00
35	4,00
36	4,00
37	4,00
38	4,00
39	4,59
40	5,00
41	5,00
42	5,00
43	5,00
44	5,00
45	5,45
46	6,00
47	6,00
48	6,00
49	6,00
50	6,00
51	6,31
52	7,12
53	7,93
54	8,00
55	8,00
56	8,00
57	8,00
58	8,00
59	8,00
60	8,60
61	9,00
62	9,00
63	9,00
64	9,00
65	9,00

Percentil	Puntuación
66	9,46
67	10,00
68	10,00
69	10,00
70	10,00
71	10,51
72	11,00
73	11,13
74	11,94
75	12,00
76	12,00
77	12,00
78	12,00
79	12,00
80	12,80
81	13,00
82	13,42
83	14,00
84	14,04
85	14,85
86	15,00
87	15,00
88	15,00
89	15,09
90	15,90
91	18,13
92	20,04
93	21,00
94	21,14
95	21,95
96	25,80
97	27,57
98	30,66

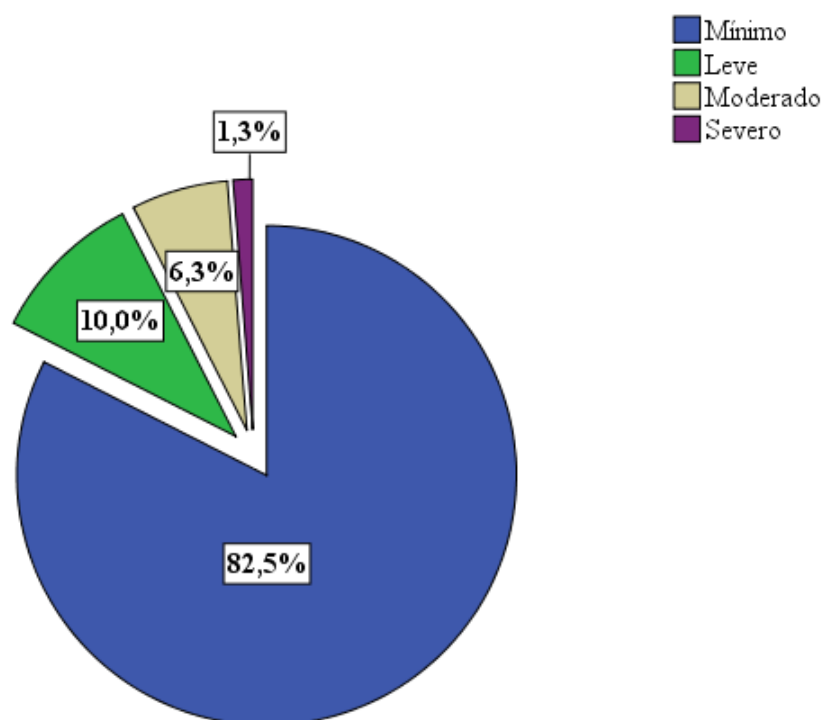
Percentil	Puntuación
99	-

Fuente: Elaboración propia.

Se halló correspondencia entre el $P53=7,93$ (media), así indicando que el nivel promedio de depresión para el total de individuos encuestados es ligeramente superior al nivel medio.

Por su parte, también se evaluó la variable en tanto su carácter cualitativo y nominal, según los puntos de corte informados (Brenlla & Rodríguez, 2006). Así, un considerablemente mayor recuento se correspondió con el nivel mínimo (66), seguido por el leve (8), el moderado (5) y, finalmente, un único caso para el nivel severo, según se representa porcentualmente en la siguiente figura.

Figura 5. Porcentajes asociados a los niveles de depresión como variable cualitativa y nominal (n=80).



Fuente: Elaboración propia.

Depreciando la serie de datos con un único valor por recuento < 5 casos, estos valores de recuento se asociaron a diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para el resto de las series de datos ($\chi^2=89,797$; $p=0,000$; 2 gl), diferencias justificadas a partir de la mayor y significativa cantidad de individuos con depresión mínima, al hallar resultados similares ($p < 0,05$) cuando se comparó tal alternativa con la de frecuencia inmediata inferior (depresión leve) ($\chi^2=45,459$; $p=0,000$; 1 gl).

IV.2.3. Perspectiva temporal

En la siguiente tabla se presentan los estadísticos descriptivos para las cinco subescalas de la perspectiva temporal.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos para las cinco subescalas de la perspectiva temporal.

Subescala de perspectiva temporal	Media (IC 95%)	Dt	Med	Mín	Máx
PN	25,23 (23,64-26,81)	7,119	25,00	10	45
PH	52,25 (50,70-53,80)	6,975	53,00	33	74
F	45,94 (44,56-47,31)	6,182	46,00	33	64
PP	30,49 (29,71-31,26)	3,493	31,00	22	41
PF	22,63 (21,38-23,87)	5,611	22,00	9	38

Fuente: Elaboración propia.

Abreviaturas: IC 95%=Intervalo de confianza al 95%; Dt=Desviación típica; Med=Mediana; Mín=Mínimo; Máx=Máximo; PN=Presente negativo; PH=Presente hedonista; F=Futuro; PP=Pasado positivo; PF=Presenta fatalista.

Como en las anteriores variables, la evaluación cualitativa sin puntos de corte se efectuó mediante el cálculo de percentiles, según se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 4. Cálculo de percentiles 1-99 para las series de datos de las cinco subescalas de la perspectiva temporal.

Percentil	PUNTAJES				
	PN	PH	F	PP	PF
1	10,00	33,00	33,00	22,00	9,00
2	11,24	36,10	34,86	22,62	11,48
3	13,72	39,29	36,00	23,43	13,43
4	16,00	41,00	36,00	24,00	14,24
5	16,05	41,00	36,00	24,05	15,00
6	16,86	41,00	36,00	24,86	15,00
7	17,00	41,67	36,67	25,67	15,67

Percentil	PUNTAJES				
	PN	PH	F	PP	PF
8	17,00	42,48	37,48	26,00	16,00
9	17,00	43,00	38,00	26,29	16,00
10	17,00	43,10	38,00	27,00	16,10
11	17,00	43,91	38,00	27,00	16,91
12	17,72	44,00	38,72	27,00	17,00
13	18,00	44,53	39,00	27,00	17,00
14	18,00	45,00	39,00	27,00	17,00
15	18,00	45,00	39,00	27,00	17,00
16	18,00	45,00	39,00	27,00	17,00
17	18,00	45,77	39,00	27,00	17,00
18	18,00	46,58	39,00	27,00	17,58
19	18,00	47,00	39,39	27,00	18,00
20	18,00	47,00	40,00	27,00	18,00
21	18,01	47,00	40,01	27,01	18,00
22	18,82	47,00	40,82	27,82	18,00
23	19,00	47,00	41,00	28,00	18,00
24	19,00	47,00	41,00	28,00	18,00
25	19,25	47,25	41,25	28,00	18,00
26	20,00	48,00	42,00	28,00	18,06
27	20,00	48,00	42,00	28,00	18,87
28	20,00	48,00	42,00	28,00	19,00
29	20,00	48,00	42,00	28,00	19,00
30	20,00	48,30	42,00	28,30	19,00
31	20,11	49,00	42,00	29,00	19,11
32	20,92	49,00	42,00	29,00	19,92
33	21,00	49,00	42,73	29,00	20,00
34	21,00	49,00	43,00	29,00	20,00
35	21,00	49,35	43,00	29,00	20,00
36	21,16	50,00	43,00	29,16	20,00
37	21,97	50,00	43,00	29,97	20,00
38	22,00	50,00	43,00	30,00	20,00
39	22,00	50,00	43,00	30,00	20,59

Percentil	PUNTAJES				
	PN	PH	F	PP	PF
40	22,00	50,00	43,00	30,00	21,00
41	22,00	50,21	43,21	30,00	21,00
42	22,02	51,00	44,02	30,00	21,00
43	22,83	51,00	44,83	30,00	21,00
44	23,00	51,64	45,00	30,00	21,00
45	23,45	52,00	45,45	30,00	21,45
46	24,00	52,00	46,00	30,26	22,00
47	24,00	52,00	46,00	31,00	22,00
48	24,00	52,00	46,00	31,00	22,00
49	24,69	52,69	46,00	31,00	22,00
50	25,00	53,00	46,00	31,00	22,00
51	25,00	53,00	46,00	31,00	22,00
52	25,00	53,00	46,00	31,00	22,00
53	25,00	53,00	46,00	31,00	22,00
54	25,00	53,00	46,00	31,00	22,74
55	25,55	53,00	46,55	31,00	23,00
56	26,00	53,00	47,00	31,00	23,00
57	26,00	53,17	47,17	31,00	23,00
58	26,00	53,98	47,98	31,00	23,00
59	26,00	54,00	48,00	31,00	23,00
60	26,60	54,60	48,00	31,00	23,00
61	27,00	55,00	48,00	31,00	23,00
62	27,00	55,00	48,22	31,00	23,22
63	27,00	55,00	49,00	31,03	24,00
64	27,00	55,00	49,00	31,84	24,00
65	27,00	55,00	49,00	32,00	24,00
66	27,46	55,46	49,00	32,00	24,00
67	28,00	56,00	49,00	32,00	24,27
68	28,08	56,00	49,08	32,00	25,00
69	28,89	56,00	49,89	32,00	25,00
70	29,70	56,00	50,00	32,00	25,70
71	30,00	56,00	50,00	32,00	26,00

Percentil	PUNTAJES				
	PN	PH	F	PP	PF
72	30,00	56,00	50,00	32,00	26,00
73	30,13	56,00	50,00	32,00	26,00
74	30,94	56,00	50,00	32,00	26,00
75	31,00	56,00	50,00	32,00	26,00
76	31,00	56,56	50,56	32,56	26,00
77	31,00	57,00	51,00	33,00	26,37
78	31,00	57,00	51,00	33,00	27,00
79	31,00	57,00	51,00	33,00	27,00
80	31,80	57,00	51,00	33,00	27,00
81	32,00	57,61	51,61	33,00	27,00
82	32,00	58,00	52,00	33,00	27,42
83	32,00	58,00	52,00	33,00	28,00
84	32,04	58,00	52,00	33,00	28,00
85	32,85	58,00	52,00	33,00	28,00
86	33,00	58,00	52,00	33,66	28,66
87	33,47	58,94	52,47	34,00	29,00
88	34,00	60,00	53,00	34,28	29,00
89	34,09	60,00	53,09	35,00	29,09
90	34,90	60,00	53,90	35,00	29,90
91	35,71	60,00	54,00	35,71	30,71
92	36,00	61,04	54,00	36,00	31,52
93	36,66	62,33	54,33	36,00	32,66
94	38,14	63,28	55,00	36,00	34,14
95	38,95	64,90	55,00	36,00	34,95
96	39,76	65,76	55,76	37,52	35,00
97	40,57	67,71	59,42	38,57	35,57
98	42,52	70,90	62,76	39,76	36,76
99	-	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Abreviaturas: PN=Presente negativo; PH=Presente hedonista; F=Futuro; PP=Pasado positivo; PF=Presenta fatalista.

Para la subescala PN se halló correspondencia entre el P54 $\approx$ 25,23 (media), así indicando que el nivel promedio de perspectiva temporal asociado al pasado negativo para el total de individuos encuestados es ligeramente superior al nivel medio.

Para la subescala PH se halló correspondencia entre el P48 $\approx$ 52,25 (media), así indicando que el nivel promedio de perspectiva temporal asociado al presente hedonista para el total de individuos encuestados es ligeramente inferior al nivel medio.

Para la subescala F se halló correspondencia entre el P46 $\approx$ 45,94 (media), así indicando que el nivel promedio de perspectiva temporal asociado al futuro para el total de individuos encuestados es ligeramente inferior al nivel medio.

Para la subescala PP se halló correspondencia entre el P46 $\approx$ 30,49 (media), así indicando que el nivel promedio de perspectiva temporal asociado al pasado positivo para el total de individuos encuestados es ligeramente inferior al nivel medio.

Finalmente, para la subescala PF se halló correspondencia entre el P54 $\approx$ 22,63 (media), así indicando que el nivel promedio de perspectiva temporal asociado al presente fatalista para el total de individuos encuestados es ligeramente superior al nivel medio.

IV.3. Análisis de varianza para la ansiedad rasgo, depresión y perspectiva temporal según características de la muestra

IV.3.1. Ansiedad rasgo

En la siguiente tabla se presentan los análisis de varianza (ANOVA univariado y prueba *post hoc* de Tukey-b) para la ansiedad rasgo según los factores que caracterizaron la muestra.

Tabla 5. ANOVA univariados y pruebas *post hoc* de Tukey-b para la ansiedad rasgo según características de la muestra.

Factor	ANOVA	Tukey-b
Edad	$F_{2,77}=2,022$; $p=0,139$	1 subconjunto homogéneo
Sexo	$F_{1,78}=2,109$; $p=0,150$	1 subconjunto homogéneo
Estado civil	$F_{2,77}=0,319$; $p=0,728$	1 subconjunto homogéneo
Nivel educativo	$F_{2,77}=4,195$; $p=0,019^*$	2 subconjuntos homogéneos: a. Universitario (33,14) y Terciario (36,06). b. Terciario (36,06) y Secundario (39,31).

Fuente: Elaboración propia.

Nota: * $p < 0,05$.

A partir de los resultados de la anterior tabla, los niveles superiores de ansiedad rasgo hallados para la muestra total son independientes de la edad, el sexo y el estado civil, pero significativamente mayores ($p < 0,05$) en los individuos con estudios terciarios y secundarios, en comparación con aquellos con estudios universitarios.

IV.3.2. Depresión

En la siguiente tabla se presentan los análisis de varianza (ANOVA univariado y prueba *post hoc* de Tukey-b) para la depresión según los factores que caracterizaron la muestra.

Tabla 6. ANOVA univariados y pruebas *post hoc* de Tukey-b para la depresión según características de la muestra.

Factor	ANOVA	Tukey-b
Edad	$F_{2,77}=0,860$; $p=0,427$	1 subconjunto homogéneo
Sexo	$F_{1,78}=0,034$; $p=0,853$	1 subconjunto homogéneo
Estado civil	$F_{2,77}=0,483$; $p=0,619$	1 subconjunto homogéneo
Nivel educativo	$F_{2,77}=1,150$; $p=0,322$	1 subconjunto homogéneo

Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados demuestran que los niveles ligeramente mayores de depresión, aunque categorizados como depresión mínima, son independientes de todos los factores que caracterizaron a la muestra.

IV.3.3. Perspectiva temporal

En la siguiente tabla se presentan los análisis de varianza (ANOVA univariado y prueba *post hoc* de Tukey-b) para la subescala PN de la perspectiva temporal según los factores que caracterizaron la muestra.

Tabla 7. ANOVA univariados y pruebas *post hoc* de Tukey-b para la subescala PN de la perspectiva temporal según características de la muestra.

Factor	ANOVA	Tukey-b
Edad	$F_{2,77}=0,861$; $p=0,427$	1 subconjunto homogéneo
Sexo	$F_{1,78}=0,197$; $p=0,658$	1 subconjunto homogéneo
Estado civil	$F_{2,77}=0,741$; $p=0,480$	1 subconjunto homogéneo
Nivel educativo	$F_{2,77}=6,706$; $p=0,002^*$	2 subconjuntos homogéneos: a. Terciario (22,75) y Universitario (22,86). b. Secundario (28,31).

Fuente: Elaboración propia.

Nota: * $p < 0,05$.

A partir de los resultados de la anterior tabla, los niveles ligeramente superiores del pasado negativo asociado a la perspectiva temporal hallados para la muestra total son independientes de la edad, el sexo y el estado civil, pero significativamente mayores ($p < 0,05$) en los individuos con estudios secundarios, en comparación con aquellos con estudios terciarios y universitarios.

En la siguiente tabla se presentan los análisis de varianza (ANOVA univariado y prueba *post hoc* de Tukey-b) para la subescala PH de la perspectiva temporal según los factores que caracterizaron la muestra.

Tabla 8. ANOVA univariados y pruebas *post hoc* de Tukey-b para la subescala PH de la perspectiva temporal según características de la muestra.

Factor	ANOVA	Tukey-b
Edad	$F_{2,77}=0,497$; $p=0,610$	1 subconjunto homogéneo

Factor	ANOVA	Tukey-b
Sexo	$F_{1,78}=0,022$; $p=0,883$	1 subconjunto homogéneo
Estado civil	$F_{2,77}=2,409$; $p=0,097$	1 subconjunto homogéneo
Nivel educativo	$F_{2,77}=2,001$; $p=0,142$	1 subconjunto homogéneo

Fuente: Elaboración propia.

A partir de los resultados de la anterior tabla, los niveles ligeramente inferiores del presente hedonista asociado a la perspectiva temporal hallados para la muestra total son independientes de todos los factores que caracterizaron a la muestra.

En la siguiente tabla se presentan los análisis de varianza (ANOVA univariado y prueba *post hoc* de Tukey-b) para la subescala F de la perspectiva temporal según los factores que caracterizaron la muestra.

Tabla 9. ANOVA univariados y pruebas *post hoc* de Tukey-b para la subescala F de la perspectiva temporal según características de la muestra.

Factor	ANOVA	Tukey-b
Edad	$F_{2,77}=2,578$; $p=0,082$	1 subconjunto homogéneo
Sexo	$F_{1,78}=0,001$; $p=0,974$	1 subconjunto homogéneo
Estado civil	$F_{2,77}=6,570$; $p=0,002^*$	1 subconjunto homogéneo
Nivel educativo	$F_{2,77}=3,896$; $p=0,024^*$	1 subconjunto homogéneo

Fuente: Elaboración propia.

Nota: * $p < 0,05$.

A partir de los resultados de la anterior tabla, los niveles ligeramente inferiores del futuro asociado a la perspectiva temporal hallados para la muestra total son independientes de la edad y el sexo, pero significativamente mayores ($p < 0,05$) en los

individuos casados (en comparación con aquellos solteros y separados), y con estudios universitarios (en comparación con aquellos con estudios secundarios y terciarios).

En la siguiente tabla se presentan los análisis de varianza (ANOVA univariado y prueba *post hoc* de Tukey-b) para la subescala PP de la perspectiva temporal según los factores que caracterizaron la muestra.

Tabla 10. ANOVA univariados y pruebas *post hoc* de Tukey-b para la subescala PP de la perspectiva temporal según características de la muestra.

Factor	ANOVA	Tukey-b
Edad	$F_{2,77}=0,519$; $p=0,597$	1 subconjunto homogéneo
Sexo	$F_{1,78}=0,011$; $p=0,915$	1 subconjunto homogéneo
Estado civil	$F_{2,77}=0,235$; $p=0,791$	1 subconjunto homogéneo
Nivel educativo	$F_{2,77}=2,820$; $p=0,066$	1 subconjunto homogéneo

Fuente: Elaboración propia.

A partir de los resultados de la anterior tabla, los niveles ligeramente inferiores del pasado positivo asociado a la perspectiva temporal hallados para la muestra total son independientes de todos los factores que caracterizaron a la muestra.

En la siguiente tabla se presentan los análisis de varianza (ANOVA univariado y prueba *post hoc* de Tukey-b) para la subescala PF de la perspectiva temporal según los factores que caracterizaron la muestra.

Tabla 11. ANOVA univariados y pruebas *post hoc* de Tukey-b para la subescala PF de la perspectiva temporal según características de la muestra.

Factor	ANOVA	Tukey-b
---------------	--------------	----------------

Factor	ANOVA	Tukey-b
Edad	$F_{2,77}=2,936$; $p=0,059$	1 subconjunto homogéneo
Sexo	$F_{1,78}=0,391$; $p=0,534$	1 subconjunto homogéneo
Estado civil	$F_{2,77}=0,893$; $p=0,414$	1 subconjunto homogéneo
Nivel educativo	$F_{2,77}=6,541$; $p=0,002^*$	2 subconjuntos homogéneos: a. Universitario (20,00) y Terciario (22,69). b. Terciario (22,69) y Secundario (24,77).

Fuente: Elaboración propia.

A partir de los resultados de la anterior tabla, los niveles ligeramente superiores del presente fatalista asociado a la perspectiva temporal hallados para la muestra total son independientes de la edad, el sexo y el estado civil, pero significativamente mayores ($p < 0,05$) en los individuos con estudios secundarios y terciarios, en comparación con aquellos con estudios universitarios.

IV.4. Análisis correlacional

IV.4.1. Correlaciones ansiedad rasgo/ perspectiva temporal

En la siguiente tabla se presentan los coeficientes de las correlaciones bivariadas de Pearson para las puntuaciones directas de la ansiedad rasgo (STAI-R) y la escala total y distintas subescalas de la perspectiva temporal (ZTPI), así como las interpretaciones asociadas.

Tabla 12. Correlaciones bivariadas de Pearson para ansiedad rasgo/ perspectiva temporal.

Correlación	Resultado (Pearson)	Interpretación
Ansiedad rasgo/ PN	$r=0,578$; $p=0,000^*$	Correlación estadísticamente significativa y positiva que indica que a mayor nivel de ansiedad rasgo, mayor es aquel del pasado negativo asociado a la perspectiva temporal
Ansiedad rasgo/ PH	$r=0,132$; $p=0,245$	Correlación no significativa y positiva que indica cierta tendencia en tanto a mayor nivel de ansiedad rasgo, mayor es aquel del presente hedonista asociado a la perspectiva temporal
Ansiedad rasgo/ F	$r=-0,107$; $p=0,345$	Correlación no significativa y negativa que indica cierta tendencia en tanto a mayor nivel de ansiedad rasgo, menor es aquel del futuro asociado a la perspectiva temporal
Ansiedad rasgo/ PP	$r=-0,061$; $p=0,592$	Correlación no significativa y negativa que indica cierta tendencia en tanto a mayor nivel de ansiedad rasgo, menor es aquel del pasado positivo asociado a la perspectiva temporal
Ansiedad rasgo/ PF	$r=0,548$; $p=0,000^*$	Correlación estadísticamente significativa y positiva que indica que a mayor nivel de ansiedad rasgo, mayor es aquel del presente fatalista asociado a la perspectiva temporal

Fuente: Elaboración propia.

Nota: $* p < 0,05$.

Abreviaturas: PN=Presente negativo; PH=Presente hedonista; F=Futuro; PP=Pasado positivo; PF=Presenta fatalista.

IV.4.2. Correlaciones depresión/ perspectiva temporal

En la siguiente tabla se presentan los coeficientes de las correlaciones bivariadas de Pearson para las puntuaciones directas de la depresión (BDI-II) y la escala total y distintas subescalas de la perspectiva temporal (ZTPI), así como las interpretaciones asociadas.

Tabla 13. Correlaciones bivariadas de Pearson para depresión/ perspectiva temporal.

Correlación	Resultado (Pearson)	Interpretación
Depresión/ PN	$r=0,456$; $p=0,000^*$	Correlación estadísticamente significativa y positiva que indica que, a mayor nivel de depresión, mayor es aquel del pasado negativo asociado a la perspectiva temporal
Depresión/ PH	$r=0,137$; $p=0,224$	Correlación no significativa y positiva que indica cierta tendencia en tanto a mayor nivel de depresión, mayor es aquel del presente hedonista asociado a la perspectiva temporal
Depresión/ F	$r=-0,086$; $p=0,450$	Correlación no significativa y negativa que indica cierta tendencia en tanto a mayor nivel de depresión, menor es aquel del futuro asociado a la perspectiva temporal
Depresión/ PP	$r=0,024$; $p=0,833$	Correlación no significativa y positiva que indica cierta tendencia en tanto a mayor nivel de depresión, mayor es aquel del pasado positivo asociado a la perspectiva temporal
Depresión/ PF	$r=0,414$; $p=0,000^*$	Correlación estadísticamente significativa y positiva que indica que, a mayor nivel de depresión, mayor es aquel del presente fatalista asociado a la

Correlación	Resultado (Pearson)	Interpretación
		perspectiva temporal

Fuente: Elaboración propia.

Nota: * $p < 0,05$.

Abreviaturas: PN=Presente negativo; PH=Presente hedonista; F=Futuro; PP=Pasado positivo; PF=Presenta fatalista.

Capítulo V: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

En el presente trabajo se hallaron niveles medios de las subescalas de perspectiva temporal, niveles que se asociaron con el reconocimiento de los síntomas de la ansiedad rasgo (niveles medios) y de la depresión (niveles mínimos) en los individuos encuestados. Específicamente, se hallaron correlaciones significativas y positivas entre la percepción o perspectiva del tiempo PN y PF, y los síntomas de ansiedad rasgo y depresión.

Las implicaciones conceptuales de lo anterior, como patrón de respuesta a los objetivos general y específicos del estudio, son:

- La percepción o perspectiva del tiempo se asocia con el reconocimiento de los síntomas de ansiedad rasgo (de personalidad), del individuo que tiende a centrarse en los otros y en buscar la aprobación su aprobación, desde lo global y desde comportamientos específicos que se corresponden con un pasado negativo y un presente fatalista.
- Lo mismo ocurre con el reconocimiento de los síntomas de depresión; es decir, de los individuos que tienden a centrarse en sí mismos, en su malestar.

De esta manera, pudo corroborarse la hipótesis general de trabajo, la cual enunciaba, “Existen correlaciones significativas entre la sintomatología depresiva, por un lado, y aquella ansiosa, por otro, y la perspectiva del tiempo”.

Lo mismo ocurrió con la primera hipótesis derivada, que enunciaba, “Existe una orientación de las personas con sintomatología depresiva hacia el pasado negativo y el presente fatalista”, lo cual se emparenta justamente con los comportamientos y actitudes de los individuos depresivos en tanto centrarse en sí mismos, en su patología y malestares.

Sin embargo, la segunda hipótesis derivada, que enunciaba, “Existe una orientación de las personas con sintomatología ansiosa hacia el presente fatalista y el futuro”, fue corroborada parcialmente, ya que solo se halló una correlación significativa con la perspectiva del tiempo de presente fatalista. Respecto del futuro, la correlación fue no significativa y negativa, con tendencia a comportamientos y actitudes ansiosas centradas en el presente de la persona con ansiedad rasgo.

De todas maneras, puede afirmarse que la perspectiva temporal aporta a la construcción del tiempo subjetivo psicológico de los individuos encuestados, ya que pudieron reconocerse procesos cognitivos propios de las sintomatologías de ansiedad rasgo y de depresión en los marcos temporales del pasado, presente y futuro.

Diversos estudios apoyan lo mencionado anteriormente. Muro et al. (2015) desarrollaron un estudio no experimental, transversal y retrospectivo orientado a evaluar las correlaciones entre personalidad y perspectiva temporal. Los autores partieron del reconocimiento que los correlatos conductuales de la perspectiva temporal influyen en aquellos relacionados con la salud, como ser el consumo de sustancias, la actividad física y la satisfacción vital. Asimismo, que una perspectiva temporal sesgada hacia un determinado marco temporal se asociaría con ciertos trastornos psiquiátricos y estaría mediada por factores de personalidad.

Metodológicamente, sobre un total de 196 estudiantes universitarios se aplicaron el ZTPI y el Zuckerman - Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ), hallando los siguientes principales resultados:

- El PN se correlaciona positivamente con el neuroticismo-ansiedad.
- El PN se correlaciona negativamente con la actividad.
- El PH se correlaciona positivamente con la impulsividad-búsqueda de sensaciones y la sociabilidad.
- El F se correlaciona positivamente con el neuroticismo-ansiedad y la actividad.
- El F se correlaciona negativamente con la impulsividad-búsqueda de sensaciones.

Los autores concluyeron acerca de la importancia de cómo las diferencias individuales en términos de personalidad podrían predecir los marcos temporales cognitivos, sobre todo a partir del uso de modelos psicobiológicos de personalidad; esto es, considerando aunadamente aspectos orgánicos y psicológicos: un enfoque psicofísico de la perspectiva temporal.

Tseferidi, Grivay Anagnostopoulos (2017) desarrollaron un estudio no experimental, transversal y retrospectivo orientado a evaluar las asociaciones entre la perspectiva temporal e indicadores del bienestar como la satisfacción con la vida, la ansiedad y la depresión.

Metodológicamente, se incluyó un total de 413 participantes adultos sobre quienes se controlaron los factores sociodemográficos y se aplicaron el ZTPI versión corta, el STAI y la Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale.

Entre los principales resultados se hallaron los siguientes:

- La satisfacción con la vida se correlacionó más fuertemente con el PH, sugiriendo que tal tendencia a tomar riesgos y el cumplir con los deseos de uno podría conllevar la experimentación de placer desde una perspectiva del día a día.
- La existencia de síntomas depresivos y de elevados niveles de ansiedad se correlacionaron con máximos puntajes del PP y el PF, sugiriendo que el sentirse desesperado o detenerse en los momentos desagradables del pasado puede relacionarse en gran medida con la sintomatología depresiva y ansiosa.

En este sentido, los autores concluyeron que, considerando las implicaciones halladas de la perspectiva temporal en entornos clínicos y de asesoramiento, se corroboró la asociación entre tal perspectiva y la salud mental y el bienestar psicológico.

Mooney, Earl, Mooney y Bateman (2017) desarrollaron un estudio no experimental, transversal y retrospectivo orientado a evaluar la perspectiva temporal balanceada en tanto puede explicar el bienestar y las acciones de planificación en personas retiradas. Los autores partieron del reconocimiento que la perspectiva

temporal se relaciona con la noción de si las personas hacen foco en el pasado, el presente o el futuro, y cómo ello afecta su comportamiento. Considerando la perspectiva temporal balanceada y su relación con el bienestar, de una persona con dicha perspectiva puede esperarse que tenga un foco temporal flexible de, principalmente, orientaciones positivas (PP, PH y F) y mucho menos orientaciones negativas (PN y PF).

Metodológicamente, sobre un total de 243 adultos maduros (45-91 años), se midió la desviación de la perspectiva temporal balanceada y se exploraron las relaciones con los planes de retiro, depresión, ansiedad, estrés, humor positivo y negativo.

Entre los principales resultados se hallaron los siguientes:

- La desviación de la perspectiva temporal balanceada aporta para la varianza inexplicada en las medidas de resultado, incluso luego de controlar los factores sociodemográficos.
- La desviación de la perspectiva temporal balanceada se relacionó negativamente con los planes de retiro y el humor positivo.
- La desviación de la perspectiva temporal balanceada se relacionó positivamente con la depresión, la ansiedad, el estrés y el humor negativo.

Nuevamente, mediante este estudio se corroboran las asociaciones entre tal perspectiva temporal y la salud mental y el bienestar psicológico de adultos mayores.

McKay, Andretta, Cole y Worrell (2018) desarrollaron un estudio no experimental, transversal y retrospectivo orientado a evaluar cómo las múltiples operacionalizaciones de las puntuaciones del ZTPI (puntuaciones brutas, perfiles temporales y la desviación de la perspectiva temporal balanceada) se relacionan tanto con los problemas asociados al alcoholismo como con los síntomas de ansiedad y depresión.

Metodológicamente, sobre una muestra de 816 estudiantes universitarios con diagnóstico de problemas de alcoholismo, trastornos de ansiedad y/o depresión, se aplicó el ZTPI.

Los siguientes fueron los principales hallazgos del estudio:

- Se observaron cuatro perfiles de perspectiva temporal: futuros, presentes, pasado negativo-futuros y fatalistas.
- El tener un perfil de presente se asoció con los peores resultados de alcoholismo.
- El tener un perfil de futuro se asoció con menores síntomas de ansiedad y depresión.
- El tener un perfil fatalista se asoció con los más elevados síntomas de depresión.
- Una mayor desviación de la perspectiva temporal balanceada se asoció elevados síntomas de depresión y ansiedad.

Los autores concluyeron acerca del hecho que la operacionalización del ZTPI de diversas formas da lugar a resultados que difieren tanto en magnitud como en significancia estadística, razón por la cual se recomienda su uso en tanto el logro de consenso sobre el más óptimo enfoque que pueda alcanzarse.

Considerando todos los anteriores desarrollos, se puntualizan las siguientes conclusiones finales del presente trabajo de investigación:

- Tanto la ansiedad como la depresión se correlacionan con los marcos temporales dados por la perspectiva temporal, según el ZTPI.
- Las correlaciones con el PH fueron positivas tanto para la depresión como la ansiedad; con el F, negativas tanto para la depresión como la ansiedad; y con el PP, negativas para la ansiedad y positivas para la depresión; pero todas ellas sin significancia estadística.
- Estos resultados conllevan la interpretación que los individuos con niveles medios de ansiedad y mínimos de depresión se focalizan en lo negativo del pasado para desenvolverse actitudinal, comportamental y actualmente de modo trágico, con énfasis en sus malestares, sin proyección a un futuro con planificaciones de bienestar; por el contrario, se presentan atorados en dicho presente a causa de los malestares del pasado.

- Sin embargo, podrían establecerse propuestas de intervención con base en actividades hedonistas, siendo que la relativamente significativa correlación permitiría consolidar los marcos temporales con énfasis hacia un futuro positivo.
- Lo mismo podría plantearse para los sujetos con depresión, pero con base en las vivencias positivas pasadas, estableciendo terapias y actividades focalizadas en las mismas.

Como conclusión final, se corroboró las asociaciones entre la perspectiva temporal y las sintomatologías de ansiedad rasgo, por un lado, y de depresión, por otro, sobre todo al considerar las correlaciones significativas entre las escalas globales.

Por su parte, la sintomatología general de la persona ansiosa, centrada en los otros y en su aprobación, devendría justamente de la condescendencia a partir de sus malestares pasados y vivencias fatalistas actuales. Por el contrario, la sintomatología general de la persona depresiva devendría del hacer foco en este pasado negativo, revivido continuamente en la actualidad, operando en lo cotidiano con malestares que afectan su bienestar global, siempre ensimismado consigo mismo.

En cuanto a las limitaciones del estudio, la principal se corresponde con el procedimiento de muestreo, no controlado para los factores que caracterizaron la muestra.

Es en este sentido que se propone realizar nuevas investigaciones similares a la presente, en la que además de incluir las dimensiones totales del STAI, se controlen los factores sociodemográficos y socioeconómicos de los elementos muestrales, para así eliminar sesgos propios de la determinación a priori de categorías de discriminación, como ser la realizada para la edad.

Referencias

- Acuña D.F. (2010). Evaluación de Ansiedad: Datos normativos del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en Buenos Aires. Tesina no publicada. Departamento de investigaciones. Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- American Psychiatric Association (2000). Major depressive disorder. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (Text Revision). 4 th edition. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Åström, E., Wiberg, B., Sircova, A., Wiberg, M., & Carelli, M. G. (2014). Insights into features of anxiety through multiple aspects of psychological time. *Journal of Integrative Psychology and Therapeutics*, 2 (1), 3.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown G.K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Paidós: Buenos Aires.
- Beck A. T. (2008) The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. Vol. 65(8).
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Ed. Manual Moderno. México.

- Bellón J. A., Moreno-Küstner B., Torres-González F., Montón-Franco C., Gilde Gómez-Barragán M. J., Sánchez-Celaya M., et al. (2008) Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health*. Vol. 8:256.
- Boniwell, I. (2009). Perspectives on time. En C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (2da. ed., pp. 295-302). New York: Oxford University Press.
- Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck. Segunda Edición*. Manual. Buenos Aires: Paidós.
- Brenlla, María Elena, Simmons, Melanie, Willis, Barbara, Ruarte, Florencia, Helou, Belén, Gareis, Carla, Andreo, Gabriela y Broggi, Maximiliano (2013). ADAPTACIÓN ARGENTINA DEL INVENTARIO DE PERSPECTIVA TEMPORAL DE ZIMBARDO (ZTPI). V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Brenlla, María Elena; Willis, Barbara; Germano, Guadalupe (2016). Estimación del tiempo y perspectiva temporal en distintas etapas de la adultez. *Investigaciones en psicología*, 21(1), 27-34.
- Butler R., Carney S., Cipriani A., Geddes J., Hatcher S., Price J., et al. (2006) Depressive disorders. *Am Fam Physician*. Vol. 73(11).
- Cattell, R.B. y Scheier, I.H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York, NY: Ronald Press.
- Cerezo, G. H. et al. (2018) Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica. Estudio EPICA. *Rev Fed Arg Cardiol*. Vol. 47(1).

- Clark, D. A., Beck, A. T. (2010) *Terapia cognitiva para Trastornos de Ansiedad. Ciencia y Práctica*. Ed. Descleé de Brouwer, Bilbao.
- Codina, N., Pestana, J. V., Castillo, I., & Balaguer, I. (2016). “Ellas a estudiar y bailar, ellos a hacer deporte”: Un estudio de las actividades extraescolares de los adolescentes mediante los presupuestos de tiempo. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 16(1), 233–242.
- Corona Miranda, B., Bonet Gorbea, M., García Roche, R., Varona Pérez, P., Hernández Sánchez, M., & Alonso Sagel, K. (2017). Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. *Revista Cubana De Higiene Y Epidemiología*, Vol. 54(2).
- De Castro, A.; De la Ossa, J. y Eljadue, A. (2016). Experiencia de ansiedad desde la perspectiva humanista existencial en estudiantes universitarios de Cali y Cartagena. *Itinerario Educativo*, Vol. 68.
- De Raedt R., Koster E. H. (2010) Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cogn Affect Behav Neurosci*. Vol. 10(1).
- Díaz-Morales, J.F. (2006). Estructura Factorial y Fiabilidad Del Inventario De Perspectiva Temporal De Zimbardo *Psicothema* 2006, 18 (3), 565-571.
- Difabio de Anglat, H., Vázquez, S. M., Noriega Biggio, M. (2018) Orientación temporal y metas vitales en estudiantes argentinos. *Revista de Psicología*. Vol. 36 (2).
- Eccleston D., Scott J. (1991) Treatment, prediction of relapse and prognosis of chronic primary major depression. *Int Clin Psychopharmacol*. Vol. 6 Suppl. 2.
- Espinosa Fernández, L. y Buéla-Casal, G. (2002). La capacidad de percibir y estimar el tiempo en humanos. *Suma Psicológica*, 9 (1), 55-80.

- Extremera, N. y Fernández-Berrocal P. (2005). Inteligencia Emocional y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y Estrés*, 11 (1), 101-122.
- Fernandez-Berrocal, P., Ramos, N. (1999). Investigaciones Empíricas en el ámbito de la Inteligencia Emocional. *Ansiedad y Depresión*, 5 (2-3), 247-260.
- 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 Psychiatr Scand*. Vol. 113(1).
- Garcia Y., y Botella L. (2011). Análisis Diferencial del Proceso y Resultado Psicoterapéutico en Función del Motivo de Demanda en Pacientes con Ansiedad y Depresión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11 (3), 347-358.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Grupo de trabajo sobre actualización de GPC. (2009) *Actualización de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia*. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Guisande González, C., Barreiro Felpeto, A., ManeiroEstraviz, I., Riveiro Alarcón, I., Vergara Castaño, A. R., & Vaamonde Liste, A. (2006). *Tratamiento de datos*. Madrid: Díaz de Santos.
- Haro J.M., Palacin C., Vilagut G., Martinez M., Bernal M., Luque I., et al. (2006) Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-Espana. *Med Clin (Barc)*. Vol. 126(12).
- Hawton K., Saunders K., Topiwala A., Haw C. (2013) Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. Vol. 151(3).
- Hegeman J.M., Kok R.M., Mast R. C., Giltay E. J. (2012) Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. Vol. 200 (4).
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2004). *Metodología de la investigación* (4a Ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Hernández Sánchez M. M., Horga de la Parte J. F., Navarro Cremades F., et al. *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria*. Novelda, España.
- Kazakina, E. (2018) Perspectiva del tiempo en adultos mayores: investigación y práctica clínica. *International studies of Time Perspective*. Paixao, M. P., Da Silva, J. (Coord.). Impensa Da Universidade de Coimbra. Portugal.
- Leibovich de Figueroa, N.B. (1991). Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M.M. Casullo, N.B. Leibovich de Figueroa &

- M.Aszkenazi (Eds.). *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp 123-155). Buenos Aires: Psicoteca.
- Lewin, K. (1942). Time perspective and morale. En Watson, G. (eds). *Civilian morale*: Boston, MA, US: Houghton Mifflin.
- Mayo Clinic (2018) Trastorno de Ansiedad. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/illness-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20373782>
- McKay, M. T., Andretta, J. R., Cole, J. C., & Worrell, F. C. (2018). Using Temporal Profiles and a Deviation from Balanced Approach to Understand Alcohol and Mental Health Problems. *The Journal of Psychology*, 1-18 [Enprensa].
- Mooney, A., Earl, J. K., Mooney, C. H., & Bateman, H. (2017). Using Balanced Time Perspective to Explain Well-Being and Planning in Retirement. *Frontiers in Psychology*, 8, 1781.
- Muro, A., Castellà, J., Sotoca, C., Estaún, S., Valero, S., & Gomà-i-Freixanet, M. (2015). To what extent is personality associated with time perspective? *Anales de Psicología*, 31(2), 488-493.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. London: The British Psychological Society.
- Navarro Berumen, L.C. (2008). Relación entre la complejidad de estímulos visuales y la estimación de su duración en niños con diferentes rangos de capacidad intelectual. *Tesis de Maestría no publicada, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México*.
- 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? Retrieved January 12, 2005, from www.ncptsd.org.

- Orozco Navas, W., Vargas Baldares, M. J. (2012) Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. Vol. LXIX (604).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- Ospina-Ospina F.C., Hinestrosa Upegui M.F., Paredes M.C., Guzmán Y., Granados C. (2011) Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev. Salud Pública*, Vol. 13 (6).
- Oyanadel C., Buela-Casal G., & Pérez-Fortis A (2014) Propiedades Psicométricas del Inventario de Orientación Temporal de Zimbardo en una muestra chilena. *Terapia Psicológica*. 32 (1), 47-55.
- Oyanadel, C., & Buela-Casal, G. (2011). La Percepción del tiempo: influencias en la salud física y mental. *Universitas Psychologica*, 10 (1), 149-161.
- Oyanadel Véliz, C. (2013). La percepción del tiempo en la evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves: Depresión Mayor, Trastorno Bipolar y Esquizofrenia. *Tesis doctoral no publicada, Universidad de Granada, Granada, España*.
- Oyanadel, C., Buela-Casal, G., Araya, T., Olivares, C. (2014). Percepción del tiempo: resultados de una intervención grupal breve para el cambio del perfil temporal. *Suma Psicológica*, 21 (1), 1-7.
- Oyanedel, C., y Buela-Casal, G. (2014). Percepción del tiempo y psicopatología: Influencia de la orientación temporal en la calidad de vida de los trastornos mentales graves. *Mind, brain and behavior research center. University of Granda*, 42 (3), 99-107.
- Patten S. B., Kennedy S. H., Lam R. W., O'Donovan C., Filteau M. J., Parikh S.V., et al. (2009) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

(CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. *J Affect Disord*. Vol. 117, Suppl. 1.

Pavez, P., Mena, L., Vera Villaroel, P. (2011) El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, Vol. 11(2).

Piqueras Rodriguez, J.A., Martínez González, A.E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L.J. y Oblitas Guadalupe, L.A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 16 (1), 43-74.

Pluck,G., Lee,K.H., Lauder,H.E., Fox,J.M., Spence,S.A., & Parks,R.W. (2008). Time perspective, depression, and substance misuse among the homeless. *Journal of Psychology*, 142 (2), 159-168.

Reyes-Ticas, A. J. (2005) *Trastornos de ansiedad: guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Ed. Pfizer, Honduras.

Ries, Francis, Castañeda Vázquez, Carolina, Campos Mesa, María del Carmen, & Castillo Andrés, Oscar Del. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, Vol. 12 (2).

Robles Ojeda, F. J., Galicia Moyeda, I. X., Sánchez Velasco, A., Pichardo Hernández, A., (2015) Afectividad y dimensiones temporales asociadas a la depresión en estudiantes de bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, Vol. 23.

Rosa, A., & Travieso, D. (2002). El tiempo del reloj y el tiempo de la acción. Introducción al número monográfico sobre Tiempo y Explicación Psicológica, 23(1), 7–15.

Rodriguez J., Kohn R., Aguilar-Gaxiola S. (2009) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Rodriguez J. editors. Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C.

- Saavedra González, A. G., Rangel Torres, S. L., García de León, A., Duarte Ortuño, A., Bello Hernández, Y. E., Infante Sandoval, A. (2016) Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas,, México. *Atención Familiar*. Vol. 23 (1).
- Salguero Noguera, J.M., e Iruarrizaga Diez, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: Ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 207-221.
- Sánchez, M. (1999). Temporalidad, cronopsicología y diferencias individuales. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Somers J. M., Goldner E. M., Waraich P., et al. (2006) Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. *Can J Psychiatry*. Vol. 51.
- Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 3-22). New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety Behavior* (pp. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1989). *Anxiety in sports: An international perspective*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Stucchi-Portocarrero, S. (2017) ¿Realmente existe una “epidemia de depresión”? *Rev. Neuropsiquiatr*. Vol. 80 (4).
- Sullivan P.F., Neale M.C., Kendler K. S. (2000) Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. Vol. 157(10).
- Tseferidi, S. I., Griva, F., & Anagnostopoulos, F. (2017). Time to get happy: associations of time perspective with indicators of well-being. *Psychology, Health & Medicine*, 22(5), 618-624.

- Turner R. J., Lloyd D.A. (2004) Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: racial and ethnic contrasts. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(5):481-8.
- Weissman M. M., Wickramaratne P., Nomura Y., Warner V., Verdeli H., Pilowsky D.J., et al. (2005) Families at high and low risk for depression: a 3-generation study. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 62(1).
- Weissman M.M., Wickramaratne P., Nomura Y., Warner V., Pilowsky D., Verdeli H. (2006) Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*. Vol. 163(6).
- World Health Organization (2017) Depression and other common mental disorders. Global Health Estimates. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> 2.
- Zimbardo, P.G. y Boyd, N. (1999). Putting Time In Perspective: a Valid, Reliable, Individual – Differences Metric. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 77 (6), 1271-1288.

Anexos

A. Formulario de consentimiento informado

Título de la investigación: “Personalidad y perspectiva del tiempo”.

Sergio Alejandro Olivera, me ha explicado y he comprendido que se está realizando un trabajo de investigación en la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad Católica Argentina, cuya finalidad es conocer e indagar distintos aspectos de la personalidad en personas adultas residentes en Buenos Aires. En este trabajo participarán aproximadamente 80 personas quienes serán encuestados entre los meses de Mayo y Diciembre de 2015 y es dirigido por la Dra. María Elena Brenlla, profesora titular e investigadora de dicha institución.

En el caso de acceder a participar en esta investigación, se me ha informado que mi participación durará 1 hora aproximadamente. Mi participación en la investigación consistirá en contestar diferentes cuestionarios por escrito. Dicha participación es voluntaria y los datos brindados serán tratados de manera confidencial y en cualquier momento o instancia puedo dejar sin efecto la presente autorización (inclusive durante la realización de los cuestionarios) sin necesidad de brindar razones, sin que ello afecte mi relación con la Universidad Católica Argentina. Mis respuestas a los distintos cuestionarios serán codificadas utilizando un número de identificación para poder tener acceso a dicho material en el caso de que yo lo solicite.

Por otro lado, se me ha informado que mis respuestas u opiniones serán sólo de conocimiento del equipo de investigación. Asimismo, se me ha explicado que los resultados de la presente investigación podrán ser presentados en congresos y/o publicados en revistas científicas, siendo preservada mi identidad, conforme a la ley 25326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados en caso de solicitarlos y que Sergio Alejandro Olivera es a quien tengo que contactar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, pudiéndolo ubicar en la sede del Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía de la UCA, Av. Alicia Moreau de Justo 1600, teléfono 349-0200 (int. 1107) en el horario de 8:00 a 17:00.

Acepto participar en esta investigación.

Firma y Aclaración:

Nº de documento:

Domicilio:

Teléfono:

Profesional Informante.

Firma y aclaración: Olivera, Sergio Alejandro

Nº de documento: 24306073

B. Formulario STAI

CUESTIONARIO AUTOEVALUATIVO STAI – E ¹

Instrucciones: Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismos. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique como se siente ahora mismo o sea EN ESTE MOMENTO. No hay contestaciones buenas o malas. No utilice mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa SUS SENTIMIENTOS AHORA

STAI – E	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Me siento disgustado				
5. Me siento "a mis anchas"				
6. Me siento alterado				
7. En este momento estoy preocupado por algún posible problema				
8. Me siento satisfecho				
9. Me siento asustado				
10. Me siento cómodo				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Me siento agitado				
14. Me siento indeciso				
15. Me siento tranquilo				
16. Me siento "a gusto"				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido				
19. Me siento equilibrado				
20. Me siento bien				

¹ Traducción y adaptación: Nora B. L. de Figueroa

MATERIAL PARA SER UTILIZADO SOLO CON FINES DE ENSEÑANZA Y/O INVESTIGACIÓN

CUESTIONARIO AUTOEVALUATIVO STAI – R

Instrucciones: Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí mismos. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique como se siente **GENERALMENTE**. No hay contestaciones buenas o malas. No utilice mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa **COMO SE SIENTE GENERALMENTE**.

STAI – R	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Me siento bien				
22. Me siento nervioso				
23. Me siento "a gusto" conmigo mismo				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25. Siento que fallo				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y calmada				
28. Siento que las dificultades se me amontonan y no las puedo superar				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Tengo malos pensamientos				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. Puedo decidirme rápidamente				
35. Me siento "fuera de lugar"				
36. Me siento satisfecho				
37. Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan				
38. Los engaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso en las cosas que tengo entre manos me pongo nervioso y tenso				

MATERIAL PARA SER UTILIZADO SOLO CON FINES DE ENSEÑANZA Y/O INVESTIGACIÓN

C. Formulario BDI-II

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

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

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo. 12. Pérdida de Interés 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3 Me es difícil interesarme por algo. 13. Indecisión 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión. 14. Desvalorización 0 No siento que yo no sea valioso. 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3 Siento que no valgo nada. 15. Pérdida de Energía 0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía que la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 3 No tengo energía suficiente para hacer nada. 16. Cambios en los Hábitos de Sueño 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b Duermo mucho menos que lo habitual. 3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	17. Irritabilidad 0 No estoy más irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo. 18. Cambios en el Apetito 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual. 3a No tengo en apetito en absoluto. 3b Quiero comer todo el tiempo. 19. Dificultad de Concentración 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada. 20. Cansancio o Fatiga 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer. 21. Pérdida de Interés en el Sexo 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.
---	---

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

D. Formulario ZTPI

ZTPI

(Adaptación con fines de investigación: María Elena Brenlla, CIPP, UCA)

Nombre: Sexo: Edad: Fecha de nac:/...../.....
Estado Civil: Educación: Fecha de hoy:/...../.....

Lea cada ítem y responda cada pregunta de la manera más honesta posible: "¿Cuán verdadero con respecto a usted es la afirmación presentada?". Marque la casilla correspondiente usando la siguiente escala:
1=Completamente Falso; 2=Bastante Falso; 3=Neutral; 4=Bastante Verdadero; 5=Completamente Verdadero

	Completamente Falso	Bastante Falso	Neutral	Bastante Verdadero	Completamente Verdadero
	1	2	3	4	5
1. Creo que salir con amigos es uno de los placeres más importantes de la vida.					
2. A menudo las imágenes, sonidos, olores de la infancia me traen muchos recuerdos maravillosos					
3. El destino determina mucho mi vida.					
4. A menudo pienso qué debería haber hecho diferente en mi vida.					
5. Mis decisiones están muy influenciadas por las personas y las cosas que me rodean.					
6. El día de una persona debería planearse cada mañana.					
7. Me gusta pensar en mi pasado.					
8. Hago cosas impulsivamente.					
9. No me preocupa si las cosas no se hacen a tiempo.					
10. Cuando quiero conseguir algo, me fijo metas y pienso en maneras concretas de conseguirlos.					
11. Si los pongo en una balanza, tengo muchos más recuerdos buenos que malos.					
12. Cuando escucho mi música favorita, a menudo pierdo toda noción del tiempo.					
13. Preparar el trabajo para el día siguiente y cumplir con los plazos es más importante que la diversión de hoy a la noche.					
14. Ya que las cosas serán lo que serán, realmente no importa mucho lo que yo haga.					
15. Me divierten las historias sobre cómo eran las cosas en los "viejos tiempos".					
16. Revivo constantemente experiencias dolorosas de mi pasado.					
17. Día a día, trato de vivir mi vida lo más plenamente posible.					
18. Me molesta mucho llegar tarde a mis citas y compromisos.					
19. Idealmente, viviría cada día como si fuese el último.					
20. Los recuerdos felices de los buenos tiempos están muy presentes en mi mente.					
21. Cumpro con las obligaciones para con mis amigos y jefes a tiempo.					
22. Tuve suficiente con mi cuota de maltrato y rechazo en el pasado.					
23. Tomo mis decisiones en el mismo momento en que actúo.					
24. Me tomo el día como viene, sin intentar planificarlo.					
25. El pasado tiene tantos recuerdos desagradables que prefiero no pensar en ellos.					
26. Es importante ponerle excitación a mi vida.					
27. He cometido errores en el pasado que ojalá pudieran deshacerse.					
28. Es más importante disfrutar de lo que estoy haciendo en el momento que conseguir hacerlo a tiempo.					
29. Tengo nostalgia de mi infancia					

	Completamente Falso	Bastante Falso	Neutral	Bastante Verdadero	Completamente Verdadero
	1	2	3	4	5
30. Antes de tomar una decisión, evalúo los costos y beneficios.					
31. Tomar riesgos hace que mi vida no sea aburrida.					
32. Es más importante disfrutar cada día de mi vida que estar pensando en el destino que me espera.					
33. Pocas veces las cosas salen como yo quiero.					
34. Me resulta difícil olvidar imágenes desagradables de mi infancia y adolescencia.					
35. Pensar en los objetivos, resultados y productos, me quita el placer que siento al realizar mis actividades.					
36. Aún cuando estoy disfrutando el presente, tiendo a hacer comparaciones con experiencias similares del pasado.					
37. Uno no puede planificar el futuro porque las cosas cambian mucho.					
38. Mi vida está controlada por fuerzas que no puedo manejar.					
39. No tiene sentido preocuparse por el futuro si, de todos modos, no puedo hacer nada por ello.					
40. El ser constante me permite completar mis proyectos a tiempo.					
41. Me encuentro "fuera de sintonía" cuando mi familia habla de cómo solían ser las cosas.					
42. Tomo riesgos para ponerle excitación a mi vida.					
43. Hago listas de las cosas que tengo que hacer.					
44. Con frecuencia sigo lo que me dice el corazón más que la cabeza.					
45. Soy capaz de resistirme a las tentaciones cuando sé que hay trabajo que hacer.					
46. Me dejo llevar por la excitación del momento.					
47. La vida de hoy es demasiado complicada, preferiría la vida más sencilla de antes.					
48. Prefiero a los amigos espontáneos antes que predecibles.					
49. Me gustan las tradiciones familiares que se repiten regularmente.					
50. Pienso en las cosas malas que me han ocurrido en el pasado.					
51. Me mantengo trabajando en tareas difíciles o poco interesante, si estas me ayudan a seguir adelante.					
52. Gastar lo que gano en disfrutar hoy es mejor que ahorrar para la seguridad del mañana.					
53. Con frecuencia la suerte compensa más que el trabajo duro.					
54. Pienso en las cosas buenas que me he perdido en mi vida.					
55. Me gusta que mis relaciones íntimas sean apasionadas.					
56. Siempre habrá tiempo para ponerme al día en mi trabajo.					