



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPRESIÓN Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN CONTEXTO COVID-19 EN
ADULTOS ASISTIDOS DE UN CENTRO DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en Psicología

Clínica

Autora:

Solis Ccama, Lesly Alessandra

Asesora:

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

(ORCID: 0000-0003-3762-3247)

Jurado:

Castillo Gomez, Gorqui Baldomero

Del Rosario Pacherres, Orlando

Quiroz Aviles, Mirtha Teresa

Lima – Perú

2023

“Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con lo que afrontes el sufrimiento”

Aaron Beck

“La buena vida es un proceso, no un estado del ser. Se trata de una dirección, no un destino”

Carl Rogers

Dedicatoria

La labor y esfuerzo puestos en este trabajo de investigación son para mis padres, por su entrega y amor incondicional conmigo, impulsándome a lograr todos mis objetivos y siempre enseñándome a dar lo mejor de mí en cada paso que doy.

Agradecimientos

A Dios, por bendecir mi vida y la de mi familia, y por mantenernos unidos ante las dificultades, con buena salud y bienestar.

A mi familia, mis padres y hermano, que son mis principales pilares, por darme una formación en base a buenos valores y disposición de ayuda a los demás, y por permanecer a mi lado en todos estos años de carrera universitaria.

A la Universidad Nacional Federico Villarreal, por ser mi casa de estudio, albergarme en sus aulas y por la educación que he recibido estos años. Asimismo, agradezco a mis profesores a lo largo de todos estos años de carrera, sobre todo, a mi asesora, la Mg. Carmela Hinostroza, por brindarme sus conocimientos y por ser fuente de inspiración para continuar con mi formación profesional. También, agradezco a las amistades que conocí, ya que hemos podido aprender juntos en esta etapa académica.

Finalmente, sumo a este agradecimiento a mis mejores amigas, Rocío Sifuentes y Oriana Castillo, quienes han sabido acompañarme de manera incondicional en este proceso, alentándome a no rendirme y celebrando cada avance que doy como persona y profesional.

Índice

Carátula	I
Pensamientos	II
Dedicatoria	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Lista de tablas	VII
Resumen	IX
Abstract	X
I. Introducción	1
1.1. Descripción y formulación del problema	3
1.2. Antecedentes	5
1.2.1. Antecedentes internacionales	5
1.2.2. Antecedentes nacionales	9
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivos específicos	13
1.4. Justificación	14
1.5. Hipótesis	15
II. Marco teórico	16
2.1 Bases teóricas de depresión	16
2.1.1. Definiciones	16
2.1.2. Modelo explicativo de Beck	17
2.1.3. Sintomatología	20
2.1.4. Niveles	24
2.2. Bases teóricas de bienestar psicológico	25
2.2.1. Definiciones	25
2.2.2. Modelos explicativos	28
2.2.3. Dimensiones	31
2.2.4. Factores	34

III. Método	35
3.1. Tipo y diseño de investigación	35
3.2. Ámbito temporal y espacial	35
3.3. Variables	36
3.4. Población y muestra	39
3.5. Instrumentos de medición	40
3.6. Procedimiento	51
3.7. Análisis de datos	51
3.8. Consideraciones éticas	52
IV. Resultados	53
V. Discusión de resultados	60
VI. Conclusiones	67
VII. Recomendaciones	68
VIII. Referencias	69
IX. Anexos	78

Lista de tablas

Número		Página
1	Operacionalización de la variable depresión	36
2	Operacionalización de la variable bienestar psicológico	37
3	Operacionalización de las variables de control	38
4	Características sociodemográficas de la muestra	39
5	Confiabilidad del Inventario de depresión de Beck II	43
6	Matriz de estructura factorial del Inventario de depresión de Beck II	44
7	Estadísticos de confiabilidad de la Escala de bienestar psicológico en adultos	47
8	KMO y prueba de Barlett de la Escala de bienestar psicológico en adultos	48
9	Solución factorial y varianza total explicada de la Escala de bienestar psicológico en adultos	49
10	Pesos factoriales de la Escala de bienestar psicológico en adultos	50
11	Prueba K-S para depresión y bienestar psicológico	53
12	Correlación de Spearman entre depresión y bienestar psicológico	53
13	Estadísticos descriptivos de depresión y bienestar psicológico	54
14	Frecuencias y porcentajes de las categorías de depresión	54
15	Frecuencia y porcentaje de los niveles de bienestar psicológico	55
16	Prueba <i>U</i> de Mann-Whitney para depresión según sexo	55
17	Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para depresión según estado civil	56
18	Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para depresión según grado de instrucción	56
19	Prueba <i>U</i> de Mann-Whitney para depresión según edad	57

20	Prueba <i>U</i> de Mann-Whitney para bienestar psicológico según sexo	57
21	Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para bienestar psicológico según estado civil	58
22	Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para bienestar psicológico según grado de instrucción	58
23	Prueba <i>U</i> de Mann-Whitney para bienestar psicológico según edad	59
24	Correlación de Spearman entre depresión y las dimensiones del bienestar psicológico	59

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y el bienestar psicológico en el contexto de Covid-19 en adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja. El estudio correspondió al diseño no experimental de tipo descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 323 usuarias(os) cuyas edades oscilaban entre 18 y 59 años, de los cuales 205 fueron mujeres y 118 varones. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A). Los resultados mostraron que sí existe una correlación estadísticamente significativa e inversa entre la depresión y el bienestar psicológico ($p = .000$; $rho = -.596$). También, se encontró, que 209 personas presentaron alguna categoría de gravedad de depresión, y 132 personas mostraron bajo nivel de bienestar psicológico. Asimismo, se halló diferencias significativas en función a la edad y grado de instrucción para depresión; y en el bienestar psicológico según sexo, estado civil y edad. Además, se encontró que sí existe relación estadísticamente significativa e inversa entre la depresión y las dimensiones del bienestar psicológico, con valores de $p < .01$ y rho entre $-.310$ y $-.585$. Finalmente, se concluyó que a mayor presencia de depresión en los adultos que asisten al Centro de Salud, habrá una menor presencia de bienestar psicológico.

Palabras clave: Depresión, bienestar psicológico, usuarios

Abstract

The present research aimed to determine the relationship between depression and psychological well-being in the context of Covid-19 in adults assisted in a Community Mental Health Center in the district of San Borja. The study corresponded to a descriptive-correlational non-experimental design. The sample consisted of 323 users whose ages ranged from 18 to 59 years, of which 205 were women and 118 were men. The Beck Depression Inventory II (BDI-II) and the Scale of Psychological Well-being in Adults (BIEPS-A) were used. The results showed that there is a statistically significant and inverse correlation between depression and psychological well-being ($p = .000$; $rho = -.596$). Also, it was found that 209 people had some category of depression severity, and 132 people showed a low level of psychological well-being. Likewise, significant differences were found according to age and degree of education for depression, and in psychological well-being according to sex, marital status and age. In addition, it was found that there is a statistically significant and inverse relationship between depression and the dimensions of psychological well-being, with values of $p < .01$ and rho between $-.310$ and $-.585$. Finally, it was concluded that the greater the presence of depression in the adults who attend the Health Center, the less the presence of psychological well-being.

Key words: Depression, psychological well-being, users

I. Introducción

La depresión es un problema de salud pública que ha comenzado a tener mayor relevancia a partir del comienzo del aislamiento por Covid-19, donde la depresión suele ser el resultado de los diversos cambios y pérdidas que ha sufrido la persona a raíz de la pandemia; además esta se entiende como cambios de humor y comportamiento que afectan el sentido de la vida, donde múltiples síntomas dan cuenta de la presencia del malestar, por ejemplo, aparecen síntomas afectivos, que son los sentimientos de soledad, desesperanza, irritabilidad, y poca tolerancia a la frustración; asimismo los síntomas físicos suelen la principal alerta que la persona percibe, como son dificultad para dormir, pérdida o aumento de apetito, cansancio frecuente entre otras; además también, de presencia de síntomas cognitivos, como problemas de atención y concentración, pérdida de memoria, y pensamientos de muerte; estos síntomas involucran la voluntad y por lo tanto conducen a la apatía y anhedonia en las actividades que antes de disfrutaban.

El bienestar psicológico es hoy en día una de las variables psicológicas que forma parte de la psicología positiva, ya que se centra en las potencialidades de las personas, desestimando la presencia y énfasis en las patologías como se hacía en las últimas décadas. Los adultos con un adecuado nivel de bienestar psicológico estarían evidenciando que están satisfechos en las condiciones que se encuentran, a pesar del contexto actual; sin embargo, aquellos que reporten un nivel bajo evidenciarían todo lo contrario, por lo que identificarlos resultaría importante para la prevención de patologías graves y una pronta intervención.

En el capítulo I, se revisó los principales aportes acerca de la problemática que representa el desconocimiento de la relación entre la depresión y el bienestar psicológico en contexto de Covid-19 en adultos asistidos en un centro de salud, finalizando la situación problemática con la formulación del problema, para luego redactar los antecedentes existentes

del estudio, y después establecer los objetivos (general y específicos), la justificación y las hipótesis planteadas.

En el capítulo II, se estudia en las bases teóricas y científicas que sustenten el contenido y permitan comprender mejor las variables de estudio. Primero, se describe la depresión, con principales definiciones, modelo teórico que mejor la explica, además su sintomatología y niveles de intensidad. La variable bienestar psicológico se explica mediante definiciones, modelos teóricos con sus respectivas dimensiones que la definen, y sus factores, según diversos autores.

En el capítulo III, se redactó el marco metodológico en donde se plantearon el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, los instrumentos a usar y finalmente el procedimiento de recolección de análisis de los datos codificados junto con las consideraciones éticas tomadas en cuenta.

En el capítulo IV, se presentó los resultados que respondieron a los objetivos planteados, para finalmente, en los últimos capítulos, se procedió a plantear la discusión de los resultados hallados en el estudio, las conclusiones a partir de ello y las recomendaciones planteadas para futuras investigaciones.

Se encontró de forma general que existe una relación estadísticamente significativa y negativa entre la depresión y el bienestar psicológico en contexto de Covid-19 en los adultos asistidos en un centro de salud de Lima Metropolitana, entendiéndose a menor presencia de los síntomas característicos de la depresión, mayor es el nivel de bienestar general, siendo estos resultados pertinentes en la sustentación de la aplicación de programas psicológicos que busquen manejar ambas variables en la población analizada.

1.1. Descripción y formulación del problema

La coyuntura mundial se ha visto perjudicada, debido a una crisis de salud provocada por la pandemia de covid19, que hasta el día de hoy viene afectando la salud física y mental de muchos, especialmente de las personas que padecen de algún cuadro ansioso o depresivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) a escala mundial, ha estimado que aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión, siendo esta condición más agravante si la persona padece de un malestar físico, como covid19, cáncer o alguna enfermedad cardiovascular.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) señala que el miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales en momentos en los que nos enfrentamos a la incertidumbre, o a lo desconocido o a situaciones de cambios o crisis, así que es normal y comprensible que la gente experimente estos sentimientos en el contexto de la pandemia COVID-19. También señala que al temor de poder contraer el virus se suma el impacto de los importantes cambios en la vida cotidiana provocados por los esfuerzos para evitar el aumento del contagio. Ante las nuevas y desafiantes realidades de distanciamiento físico, el trabajo desde el hogar, el desempleo temporal, la educación de los niños en el hogar y la falta de contacto físico con los seres queridos y amigos, señala que es importante que cuidemos tanto nuestra salud física como mental.

El Perú no está ajeno a toda esta situación, ya que los peruanos nos vimos obligados a estar en un confinamiento. Las innumerables noticias sobre el Covid-19 en los medios de comunicación originaron en muchas personas, principalmente las que sufren de estos males, una preocupación constante. Según la Guía técnica del Cuidado de la Salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto Covid-19 del Ministerio de Salud

(MINSA), las personas experimentan malestares o emociones negativas como respuesta natural a esta situación amenazante o de incertidumbre (MINSA, 2020).

Actualmente, la depresión es un problema de notable importancia clínica y con un gran impacto psicosocial. A pesar de que tiene una menor incidencia que los trastornos de ansiedad, su concurrencia con otros problemas clínicos: ansiedad, trastornos psicósomáticos, adicciones, etc., hace que esté presente en muchos pacientes. Y aunque un número elevado de estos no lleguen a reunir todos los criterios diagnósticos con un determinado tipo de trastorno del estado de ánimo, presentan algunas características de la depresión, tales como: el estado de ánimo depresivo, la pérdida de interés por las cosas, las alteraciones en el sueño o en el comportamiento alimentario, etc. Puede señalarse en general, que el trastorno depresivo se origina como consecuencia de la incapacidad para resolver un problema. La persistencia del problema, la inexistencia de estrategias efectivas para abordarlo puede llevar a la persona a una situación de pasividad, de entrega, de renuncia, en suma, al padecimiento de un trastorno depresivo (Vallejo, 2012).

Para todas las personas, enfrentar una crisis o una pandemia como la del COVID-19 genera respuestas físicas y emocionales distintas, pero hay reacciones generales que debemos tomar en cuenta. Por eso, en este contexto toma mucha relevancia las concepciones emocionales que pueda tener la persona sobre su situación, relacionando así con el concepto de bienestar psicológico que según Casullo y Castro (2000) es la capacidad de mantener vínculos, control sobre su entorno, tener proyectos y autoaceptación de sí, evaluándose a través de los efectos positivos y negativos de satisfacción ignorando la adjudicación de significado de los actos humanos, sino más bien de la experiencia personal. En esto, la evaluación del bienestar psicológico en condiciones de pandemia y aislamiento social tiene relevancia, ya que se relaciona con las capacidades del individuo para responder más resilientemente en estas situaciones.

El Ministerio de Salud (MINSA, 2020) indica que, desde el inicio de la emergencia sanitaria, un total de 44 129 casos fueron atendidos por los Centros de Salud Mental Comunitarios, siendo las enfermedades más comunes entre la población: la ansiedad y la depresión con más de 20 mil casos diagnosticados. Por tal motivo, el cuidado de la salud mental de la población en general fue y es una tarea fundamental para reducir el impacto psicológico de la experiencia vivida.

De todo el análisis mencionado, me planteo la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre depresión y bienestar psicológico en el contexto de Covid-19 en adultos que son asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) investigaron los niveles de estrés, ansiedad y depresión a la llegada del virus y los niveles de sintomatología psicológica según edad, cronicidad y confinamiento en España. Usaron una muestra de 976 personas, para la medición de las variables ansiedad, estrés y depresión usaron la escala DASS (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés). Los resultados demostraron que, aunque los niveles de sintomatología han sido bajos en general al principio de la alarma, la población más joven y con enfermedades crónicas ha referido sintomatología más alta que el resto de población. También se ha detectado un mayor nivel de sintomatología a partir del confinamiento, donde las personas tenían prohibido salir de sus casas, repercutiendo en su salud mental.

Taruchaín et al. (2020) desarrollaron un estudio con el propósito de determinar el bienestar psicológico y estrés laboral en trabajadores no profesionales de la ciudad de Ambato. El estudio fue descriptivo con corte transversal, aplicando el cuestionario de salud

general de Goldberg GHQ-12. El análisis de consistencia interna utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, mostró una buena consistencia interna y validez (.84). Su muestra fue de 280 trabajadores no profesionales de distintos centros de comercialización ubicados en la ciudad de Ambato. Los resultados mostraron que, de los 280 participantes estudiados, el 40% eran hombres y el 60% mujeres, con un nivel de estrés laboral entre muy alto y alto en un 61%, y, dentro de lo que es el bienestar psicológico autopercebido, la mayor parte lo valora como muy bajo y bajo en un 59%. Ellos concluyeron que el estrés afecta a todo tipo de personas sin considerar, edad, género, estado civil, condición socioeconómica y nivel de escolaridad.

Wang et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de conocer los niveles del impacto psicológico de la ansiedad, depresión y estrés durante la fase inicial del COVID-19. La muestra estuvo conformada por 1210 personas de 194 ciudades de China. Aplicaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), una ficha de sintomatología, una ficha de información relacionado con COVID-19 y la Escala "Impact of Event Scale-Revised (IES-R)". Los resultados señalan que el 53.8% de los participantes tuvieron un impacto moderado o severo, el 16.5% reportaron síntomas moderados de depresión, 28.8% reportaron niveles moderados de ansiedad y un 8.1 % reportaron niveles moderados de estrés. Concluyeron que durante la fase inicial del confinamiento por Covid-19 en China, más de la mitad de los participantes presentaron impacto psicológico de moderado a severo y aproximadamente un tercio informo ansiedad de moderada a severa. Además, las mujeres estudiantes y con síntomas físicos específicos se asociaron con un mayor impacto psicológico y niveles altos de estrés, ansiedad y depresión.

Rossi et al. (2019) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre síntomas depresivos, sociodemográficos y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. Realizó un diseño no experimental, transversal, de

carácter exploratorio y descriptivo. Ellos seleccionaron una muestra no probabilística de 580 estudiantes de pregrado, hombres y mujeres, entre 18 y 25 años, pertenecientes a dos universidades chilenas, una de la Región Metropolitana y otra de la IX Región. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) y Escala de bienestar psicológico de Ryff. Los resultados muestran que existe una relación inversa y estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico y los síntomas depresivos, además se evidenció que 28% de los encuestados tenían síntomas depresivos clínicamente significativos, y estos eran más frecuente en mujeres.

Rodón y Galera (2019) realizaron una investigación con el objetivo de fue explorar las relaciones entre la presencia, frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y el nivel de bienestar psicológico en estudiantes universitarios. Seleccionaron una muestra no probabilística y por conveniencia, 250 estudiantes regulares de diferentes Facultades de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Para evaluar los síntomas de depresión, se aplicó la traducción al español de la forma A de la escala Baptista de Depresión (EBADEP-A), en proceso de adaptación y la adaptación al español del Inventario de Depresión de Beck-II - BDI-II para población normal, y para evaluar el bienestar psicológico usaron Escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Los resultados indicaron que existe una asociación entre las variables estudiadas, es decir que a medida que aumenta la intensidad y el número de síntomas de depresión, tienden a disminuir todas las dimensiones de bienestar psicológico.

Gaytán-Jiménez et al. (2019) desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de la sintomatología depresiva y analizar su relación con el estrés percibido y el funcionamiento familiar en una muestra de madres adultas del norte de México. Realizaron un estudio observacional analítico de corte transversal en una muestra de 118 mujeres residentes. Para evaluar la sintomatología depresiva utilizaron el Inventario

de Depresión de Beck (BDI); para el estrés percibido emplearon la Escala de Estrés Percibido; y el funcionamiento familiar fue evaluado mediante la Escala de Relaciones Intrafamiliares. Los resultados indicaron una prevalencia del 12.7% de sintomatología depresiva clínicamente relevante, estableciendo un riesgo ocho veces mayor de presentar sintomatología depresiva para las participantes menores de 30 años que refieren niveles bajos de funcionamiento familiar. Para las participantes mayores de 30 años se determinó un riesgo 15 veces mayor de presentar sintomatología depresiva, si presentan estrés percibido elevado. Los factores de riesgo para presentar sintomatología depresiva variaron de acuerdo con la edad de la mujer.

Borges (2018) realizó un trabajo de investigación con el objetivo de conocer los niveles de depresión y ansiedad en pacientes adultos de atención primaria de Caracas, Venezuela, para ello agrupó las distintas actividades realizadas en este trabajo en tres estudios. En el primer estudio se analizaron evidencias de validez psicométrica del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) en Venezuela. El siguiente estudio, consistió en adaptar y proporcionar evidencias de validez al Cuestionario de Salud de Pacientes (PHQ) en el contexto venezolano con énfasis en la escala de ansiedad y depresión mayor. En el tercer estudio, se aplicaron las subescalas PHQ-9 y GAD-7 en una muestra de 814 participantes, pacientes de un centro de atención primaria. En la muestra se encontró que 10,6% había presentado depresión mayor y el 7% había presentado trastornos de ansiedad generalizada. Al analizar los resultados por variables sociodemográficas como el género, la edad y el estado civil se encontraron algunas diferencias, pero pocas estadísticamente significativas. Los resultados son discutidos a luz de los estudios de prevalencia internacionales y discutió sobre las divergencias encontradas.

García et al. (2016) realizaron una investigación con el propósito de evaluar la influencia de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social sobre el bienestar psicológico en cuidadores informales la provincia de Concepción, Chile. Ellos encuestaron a 194 personas, 131 mujeres (67.5%) y 63 varones (32.5%), entre 18 y 78 años de edad. Utilizaron el Inventario Bríef COPE para evaluar las estrategias de afrontamiento, la Flourishing Scale de Diener para evaluar bienestar psicológico, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) para evaluar el apoyo social percibido, además de un cuestionario sociodemográfico. Los resultados encontraron una correlación significativa entre las estrategias de planificación y aceptación y del apoyo social percibido con el bienestar psicológico. El apoyo de los amigos resultó ser el único predictor significativo del bienestar psicológico. Entre las estrategias de afrontamiento, la aceptación fue el único predictor significativo. El apoyo social resultó un mediador total entre la aceptación y el bienestar psicológico. Estos resultados refuerzan la importancia del apoyo social no solo para disminuir el malestar de los cuidadores, sino también para promover su bienestar.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Gonzales (2022) realizó una investigación para evaluar la depresión en alumnos de una universidad pública de lima y la relación que genera en su salud mental, durante la pandemia de covid-19. La investigación fue de enfoque cuantitativo y nivel descriptivo correlacional, usando para este fin los cuestionarios de depresión de Beck y bienestar psicológico de Carol Ryff. Los instrumentos fueron aplicados a una población de 70 estudiantes usuarios del servicio de psicología de una universidad pública de lima. En cuanto a los resultados, el autor encontró un nivel de correlación moderada e inversa de $-.596$ entre ambas variables a un nivel de significancia de $.00$. Concluyendo, que existe

una relación significativa, moderada e inversa entre la depresión y la salud mental, lo que significó que, a mayor depresión existe menor salud mental.

Vidaurre y Huayna (2021) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la salud mental y como esta se ve influenciada por la ansiedad y la depresión en pacientes con diagnóstico positivo de covid-19 de la Clínica Adventista Ana Stahl de Iquitos-Perú. La investigación fue no experimental, transversal y descriptiva. Los instrumentos que utilizaron fueron el Inventario de Salud Mental-5 (MHI-5), el inventario psicológico de Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y el cuestionario GAD-7. Los participantes fueron 242 pacientes con diagnóstico positivo de covid-19 de la clínica mencionada, cuyas edades oscilaban entre 18 a 65 años, de ambos sexos. Los resultados evidenciaron que la depresión y la ansiedad influyeron de forma significativa y negativa en el grado de bienestar psicológico de los pacientes, comprobando que el bienestar psicológico se ve considerablemente afectado por la ansiedad y depresión en los pacientes que fueron diagnosticados con covid-19.

Prieto-Molinari et al. (2020) analizaron la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana, durante el periodo de aislamiento social en respuesta a la pandemia del COVID-19. Usaron ítems de la Escala de Ansiedad de Lima y de la Escala de Psicopatología Depresiva en una muestra de 565 adultos que residen en Lima Metropolitana durante el estado de emergencia sanitaria. Los resultados identificaron la prevalencia de síntomas relacionados a la ansiedad y depresión. Además, encontraron diferencias en función del sexo, edad, nivel educativo, y la modalidad del trabajo o estudio. Concluyendo que el aislamiento obligatorio implica la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos, los cuales se manifiestan de diferentes formas al considerar variables sociodemográficas.

Yataco (2019) desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el bienestar psicológico y el estrés académico en estudiantes de la carrera de Ingeniería de Sistemas de una Universidad de Villa El Salvador. Empleó un método correlacional con un diseño no experimental y de corte transversal. La muestra fue 496 estudiantes universitarios con edades entre 16 a 29 años. Los instrumentos fueron la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas y el Inventario SISCO de Estrés Académico de Barraza. Ella encontró que en cuanto al bienestar psicológico el 27.4% estuvo en la categoría muy bajo y el 14.5% fue muy alto; así mismo, halló diferencias estadísticamente significativas en función al ciclo académico. En cuanto al estrés académico el 25.8% fue moderado; así mismo, no halló diferencias estadísticamente significativas en función al género y ciclo académico. El estudio no halló relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del bienestar psicológico con las dimensiones del estrés académico; sin embargo, sí halló relación estadísticamente significativa y negativa entre el bienestar psicológico y el estrés académico.

Solari (2018) realizó una investigación con el objetivo de conocer la relación existente entre la depresión y el bienestar psicológico en un grupo de adultos mayores pertenecientes al Club del Adulto Mayor (CAM) de la Clínica Ancije de EsSalud, del Cercado de Lima. Trabajó con una muestra de 30 adultos mayores de ambos sexos, comprendidos entre 65 y 85 años de edad, todos ellos con un nivel de instrucción superior. Utilizó el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Bienestar Psicológico de Sánchez-Cánovas. Los resultados indicaron que existe una relación negativa y altamente significativa entre el bienestar psicológico y la depresión, Asimismo, las correlaciones entre la depresión y las sub-escalas del bienestar psicológico, son negativas y altamente significativas, lo que nos indican que, a mayor depresión, el bienestar subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y las relaciones con la pareja serán menores.

Guillen y Ordoñez (2017) realizaron una investigación con el objetivo de establecer el nivel de depresión y ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis. El estudio fue de tipo descriptivo- comparativo y correlacional, con una población de 101 pacientes en un Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú. Emplearon el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Los resultados mostraron: no depresión 61.4%, depresión leve 23.8% y depresión moderada 14.9%. En ausencia de ansiedad o ansiedad mínima 55.4%, ansiedad moderada o ansiedad marcada 42.6% y ansiedad severa solo el 2%. Así mismo, observaron que la correlación entre el puntaje total de depresión y puntaje total de ansiedad es de .301 significativa a un nivel de uno por ciento. En las diferencias significativas evidenciaron que para el sexo femenino de la depresión se encuentra significativa al .01% el puntaje total de la depresión, el área física de la depresión y el área cognitivo de la ansiedad.

Huarca y Ruíz (2016) desarrollaron un estudio con la finalidad de conocer la relación que existe entre la Satisfacción Laboral y el Bienestar Psicológico, evaluaron un total de 150 trabajadores, varones, de edades comprendidas de 18 a 45 años, con un tipo de contrato indeterminado, que laboran en empresas de intermediación laboral de la ciudad de Arequipa. La investigación fue de tipo descriptiva correlacional, con un diseño no experimental, transaccional. Utilizaron encuesta sociodemográfica, la escala de Satisfacción Laboral SL-ARG, y la de Bienestar Psicológico para adultos de Casullo BIEPS-A. Los resultados revelaron una relación significativa positiva, y observaron que la mayor parte de la población presento un alto nivel de bienestar psicológico, además, en cuanto a la correlación entre los niveles de las variables, encontraron que existe una relación directa entre algunos factores de satisfacción laboral y algunos factores de bienestar psicológico, lo que significa que a una mayor satisfacción laboral se le asocia con un mejor bienestar psicológico.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la depresión y el bienestar psicológico en el contexto de Covid-19 en adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer las categorías de depresión en el contexto de Covid-19 en adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja.
- Establecer los niveles de bienestar psicológico en el contexto de Covid-19 en los adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja.
- Analizar las diferencias significativas de la depresión en el contexto Covid-19 según: sexo, estado civil, grado de instrucción y edad; en adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja.
- Analizar las diferencias significativas del bienestar psicológico en el contexto de Covid-19 según: sexo, estado civil, grado de instrucción y edad; en adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja.
- Establecer la relación entre la depresión y las dimensiones del bienestar psicológico en el contexto de Covid-19; en adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja.

1.4. Justificación

Este estudio, respecto al aporte teórico, tuvo como propósito enriquecer la literatura científica sobre la depresión y el bienestar psicológico en los adultos durante los tiempos de pandemia, todo ello mediante rúbricas validadas que permitan constatar los diferentes modelos teóricos en una realidad no estudiada con anterioridad, permitiendo que futuras investigaciones contemplen utilizar las variables estudiadas para ampliar los conocimientos en estas temáticas de salud mental, teniendo datos relevantes sobre las variables en los usuarios.

Desde el punto de vista metodológico, la importancia de esta investigación radicó en que se pueda contar con pruebas psicológicas debidamente validadas, que cuenten con una confiabilidad y validez adecuadas para la población estudiada, que contribuyeron a la objetividad de los resultados, donde se muestran datos objetivos dentro de nuestro medio y contexto actual.

Para el nivel práctico, con esta investigación se pueda incentivar a diversos profesionales o instituciones la formulación de estrategias y/o programas de carácter preventivo-promocionales y también de programas de intervención, para así poder favorecer el bienestar integral de la persona, priorizando la salud mental de la población de estudio.

Dentro del impacto social de la investigación, permite generar mayor conciencia e importancia de la salud mental de los adultos asistidos en el Centro de Salud del distrito de San Borja, puesto que al conocer la relación entre la depresión y el bienestar psicológico en el contexto de pandemia se puede establecer las debilidades que existe en dicha población y mejorarlas con el tiempo mediante programas, talleres, estrategias, etc.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Existe relación significativa e inversa entre la depresión y bienestar psicológico en el contexto de Covid-19 en los adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja.

1.5.2. Hipótesis específicas

- H₁ Existen diferencias significativas de la depresión en el contexto de Covid-19 según: sexo, estado civil, grado de instrucción y edad; en adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja.
- H₂ Existen diferencias significativas del bienestar psicológico en el contexto de Covid-19 según: sexo, estado civil, grado de instrucción y edad; en adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja.
- H₃ Existe relación significativa e inversa entre la depresión y las dimensiones del bienestar psicológico en el contexto de Covid-19; en adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja.

II. Marco Teórico

2.1. Bases teóricas de depresión

Hay momentos en nuestra vida que ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, tiene problemas con la vida diaria durante semanas enteras. La depresión es considerada como una enfermedad que ha ido en aumento durante los últimos años, la cual conlleva factores de riesgo para su padecimiento y caracterizada por distintos síntomas, los cuales especifican la gravedad de su afección en diferentes poblaciones con particularidades como la edad, el sexo, escolaridad.

2.1.1. Definiciones

El uso de la palabra “depresión” se torna frecuente durante el siglo XIX debido al cambio conceptual por parte del psiquiatra alemán Emil Kraepelin, pero es a inicios del siglo XX que se empieza a utilizar como término diagnóstico (Vásquez y Sanz, 2009).

La literatura científica ha utilizado varias notaciones para referirse a la depresión. Beck (1970) uno de los principales autores que han enfatizado la importancia del estudio de la depresión a partir de la teoría cognitiva, la define como resultado de la atención selectiva dirigida a un grupo de pensamientos automáticos en el individuo, los cuales según Morales (2017) no son percibidos de manera adecuada a partir de las interacciones sociales, biológicas y psicológicas.

De acuerdo con la definición proporcionada por Osornio-Castillo y Palomino-Garibay (2009), la depresión es un estado interno de aflicción y abatimiento a nivel cognitivo y conductual, que influye significativamente en el quehacer total de la persona.

Hace una década el término depresión, se utilizaba para hacer mención a una amplia variedad de condiciones emocionales del ser humano, ya que es un padecimiento que se inicia en sensaciones de tristeza hasta llegar a un nivel bajo del estado ánimo y que puede ir acompañando de síntomas psicológicos y fisiológicos, perturbando de esa manera el funcionamiento de las personas en diferentes ámbitos de su vida, es por ello que se conoce como uno de los problema más frecuente en el campo de la salud mental (Romero, 2010).

La depresión 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. Además, añade que la depresión ha sido un concepto del cual se ha escuchado hablar en los últimos años, cada vez con mayor frecuencia, siendo este un conflicto latente para la sociedad en general, puesto que se presenta en una o distintas etapas de la vida de un individuo, incluso en distintos niveles de gravedad, al grado de convertirse en un problema de salud pública a nivel mundial (OMS, 2021).

2.1.2. Modelo explicativo de Beck

La Terapia Cognitiva de Beck manifiesta que la conducta de una persona está determinada por el modo en que estructura el mundo (Beck, 1970). Es decir que todo a nuestro alrededor está basado en la manera en cómo nosotros mismos nos entendemos y como entendemos a los demás, Por lo tanto, no es en si la situación, sino lo que percibimos hace que influya en nuestros comportamientos y también en nuestras emociones. Así pues, este modelo se basa en las conductas, seguida de los pensamientos y las emociones, explicando que están conectadas: es decir, nuestros pensamientos van a poder influir directamente en nuestras emociones que podemos experimentar y esto influye en nuestras conductas (Beck et al.1983).

Se postulan tres conceptualizaciones para explicar la depresión: tríada cognitiva, esquemas y errores en el procesamiento de información.

A. Tríada cognitiva: Esto consta de tres patrones en la visión del individuo: de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro.

- Visión negativa acerca de sí mismo: La persona tiende a minimizarse, se critica con auto atribuciones negativas; se considera deficiente, poco útil y esto hace que atribuya a que sus experiencias serán desagradables debido a un defecto, moral o físico.
- Interpretación negativa de sus experiencias: Tiene una visión negativa del mundo, donde los obstáculos que se le presentan son insuperables por lo que se siente frustrado.
- Visión negativa acerca del futuro: Se anticipa a las situaciones pensando que estas serán difíciles y de continuo sufrimiento.

B. Esquemas: Los esquemas son patrones cognitivos estables que se basan en las explicaciones de la realidad. Los individuos utilizan sus esquemas para poder diferenciar y atribuir significado a lo que sucede en el mundo (Beck, 2000).

Todos disponemos de una serie de esquemas que permiten que le demos sentido a los estímulos de tal forma que sean accesibles para nosotros, a su vez también hace posible identificar de qué forma vamos a afrontar las situaciones. Los esquemas pueden adaptarse y tomar forma a través de que las personas vayan relacionándose con el entorno. Las creencias son como todo aquello en lo que uno cree, siendo estructuras internas, lo cual va a permitirnos dar sentido al mundo, esto se forma a través de la experiencia. Son de dos tipos:

- Creencias centrales o nucleares: Se presentan como proposiciones duraderas y globales. Son hipótesis que las personas se hacen sobre uno mismo, los otros y el mundo. Simbolizan lo más profundo de los pensamientos y no son conscientes de estas.

- Creencias Intermedias: Tampoco no son conscientes en la persona, suelen expresarse como proposiciones condicionales como reglas “debeísmo” o actitudes (Beck, 2000). Estas se generan entre las creencias nucleares y los pensamientos automáticos

C. Errores en el procesamiento de información: Las alteraciones del pensamiento son las maneras incorrectas en que procesamos la información de lo que está pasando a nuestro alrededor, esto puede crear consecuencias negativas. Finalmente se puede decir que son el resultado de la interacción entre las creencias intermedias, los procesos del pensamiento y las situaciones. Beck los denomina pensamientos negativos automáticos (Beck, 2000). Los errores sistémicos que se dan en la mente de una persona depresiva van a mantener la creencia de lo negativo de sus conceptos, a pesar de que esto se muestra lo contrario (Beck, 2000).

- Inferencia arbitraria: Consiste en el desarrollo de poder predecir una conclusión sin haber evidencia llegando a una conclusión.
- Abstracción selectiva: Se refiere a que la persona va a centrarse en una situación que se encuentra fuera de lugar, tanto así que va a ignorar otras situaciones relevantes y certeras, y va a generalizar toda esa situación a un segmento negativo.
- Generalización excesiva: Describe la manera en cómo la persona va a obtener una regla global o una conclusión, partiendo de uno o varios sucesos y relacionarla a las situaciones vividas
- Maximización y minimización: Son el reflejo se evaluar la magnitud de un evento que constituye una distorsión.
- Personalización: Se refiere a las atribuciones hacia sí mismo de situaciones externas cuando en realidad no existe una base concreta.
- Pensamiento absolutista dicotómico: Manifiesta a la clasificación de todas las experiencias del individuo según a una o dos errores opuestos.

2.1.3. Sintomatología

Previo a describir los signos y síntomas de la depresión, vale aclarar que el sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Es importante tener en cuenta este aspecto, ya que la depresión como síntoma (es decir, sentirse triste), muchas veces forma parte de otros cuadros psicopatológicos (por ejemplo, en la esquizofrenia). Si se tomara la tristeza como único criterio para diagnosticar una depresión, se estaría incurriendo en muchos falsos diagnósticos (Vásquez y Sanz, 2009).

La sintomatología, según Sánchez (2002), consiste en una especie de características de identificación que muestra el individuo, “(...) si existen signos suficientes es posible alcanzar un alto grado de certeza en torno a la presencia de una enfermedad” (p. 43). Por otro lado, el mismo autor destaca la importancia de los signos específicamente en la depresión como una enfermedad que manifiestan las personas, cuyos síntomas son diferentes a los de otras enfermedades médicas.

La depresión que manifiesta un individuo no siempre es el problema o causa principal de otro tipo de padecimientos, pero puede ser el resultado, ya que en diversos estudios se ha asociado a diferentes trastornos psicológicos como la ansiedad, la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Castañeda et al. 2010; Sánchez et al. 2008; Sánchez-García et al. 2014).

Los síntomas son significativos en las distorsiones cognitivas, una sensación persistente de desesperanza, pérdida de interés y significado del mundo o de las cosas consideradas importantes, además de una visión negativa del futuro debido a que en las personas con depresión se presenta pensamientos anticipatorios, que suelen buscar la incertidumbre que existen y duran indefinidamente, es decir, para alguien con depresión, la situación pensaría en ellos como interminables (Fernández, 2011; Sánchez et al. 2008).

Por otro lado, las ideas negativas dominan el pensamiento de las personas deprimidas, dando paso a interpretaciones falsas y distorsionadas de la realidad, lo que lleva a ineficiencias en la organización cognitiva para la información recibida del entorno (Díaz y Sanz, 2015). Es por ello que una persona depresiva sobrevalora esos sucesos, los cuales establece como negativos considerándolos totales, frecuentes e irreversibles, esto es posible observar a través de la triada cognitiva negativa descrita por Beck et al. (1983), es decir, la visión negativa del yo, del mundo y del futuro; lo que representa una ausencia del contexto y la insistencia de devaluar la adaptación a dicha ausencia.

Asimismo, Fernández (2011) enfatiza que el estrés agudo presentado durante una circunstancia incrementa el riesgo de padecer depresión durante los seis meses siguientes, además de que esta se manifieste de manera continua con la incorporación de aflicción displacentera o dolorosa de una persona en su entorno con una temática variada, es necesario por lo menos un suceso estresante para que se activen esquemas de procesamiento de información distorsionados a modo depresivo o incluso de forma ansiosa.

Sin embargo, para Castillo et al. (2014), la predisposición a padecer depresión es importante, pues menciona que “(...) no todas las personas que hacen el mismo tipo de vida y a las que suceden las mismas contraerán una enfermedad depresiva, puesto que las causas no suelen ser las mismas” (p.30). Además, enfatiza que las causas no son necesarias o exactamente las mismas, ya que existen ciertos factores de predisposición que hacen que algunas personas sean más propensas a depresión que otras; estos pueden ser genéticos, evolutivos, físicos y/o psicosociales relacionados al desencadenamiento y conservación de la depresión.

Desde otro punto de vista, Morales (2017) menciona la importancia de la noción acerca de la depresión que tienen los individuos y la sociedad, sus indicios, así como sus consecuencias, pues en algunos países los sujetos que presentan dicha enfermedad, sufren

también un estigma social, especialmente en ciertos ambientes en los que la presión por alcanzar el éxito en los ámbitos social, económico, afectivo, laboral, estudiantil, se favorecen los roles sociales, en los que se entiende a dicha problemática como una limitación para lograr el éxito y la integración social.

Por otra parte, se han estudiado síntomas que han caracterizado a la depresión, incluso desde antecedentes históricos, los cuales han tenido relevancia como la ansiedad, aspecto lúgubre, poca disposición a hablar, aislamiento en lugares oscuros o en la cama la mayor parte del tiempo, concepción del miedo, fantasías, culpa de actos no cometidos, desesperación y hostilidad en cuanto a la propia existencia (Haslam, 1809, citado en Calderón, 1984).

Según DeGruy y Schwenk (2007), las personas deprimidas tienen algunos rasgos clínicos y socioeconómicos, también presentan quejas somáticas y psicosociales como:

- Cansancio
- Dolor
- Quejas, mareo o debilidad
- Trastornos del sueño
- Disfunción orgánica (nauseas o estreñimiento)
- Comorbilidad en algún sistema orgánico, así como su mala recuperación
- Problemas de memoria, aprendizaje y atención
- Dificultad en las relaciones interpersonales

También, otros síntomas que son relevantes en para la identificación de la depresión y el nivel de intensidad, se mencionan en dos manuales de suma importancia, es decir, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido como DSM-5 (APA, 2014) y la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-10 (OMS, 1992), los cuales se presentan a continuación:

- Mayor parte del día con estado de ánimo deprimido
- Disminución de intereses, atención, concentración y capacidad para disfrutar actividades.
- Pérdida o aumento de apetito y peso involuntariamente
- Insomnio o hipersomnia
- Incremento o disminución de actividades psicomotoras
- Pérdida de confianza en sí mismo
- Sentimientos de inferioridad, inutilidad y culpa
- Pensamientos y/o actos suicidas
- Trastornos de sueño

No obstante, según la OMS (2017) dentro de la sintomatología depresiva, existe una mayor presencia de depresión en mujeres que en hombres como la causa más importante dentro de la morbilidad femenina dentro de países de ingresos altos, al igual que dentro de países bajos. Asimismo, Harkness et al. (2012), citados en Vázquez (2013) enfatizan que la prevalencia en el sexo femenino es más frecuente en la etapa media de vida, a causa de experimentar eventos significativos más severos y no graves, independientes y dependientes, antes del inicio de la depresión que los hombres.

Con respecto a la sintomatología de la depresión, a partir de los anteriormente mencionados, no permiten dar un diagnóstico definitivo puesto que en cada individuo se presentan de manera diferente, debido a que cada persona tiene distintos modos de vida, diversos ambientes, funcionamientos físicos, biológicos, mentales y sociales, solo permiten hacer una aproximación a la situación actual del sujeto que padece depresión para buscar el mejoramiento y bienestar del mismo (Arrieta et al.,2014).

2.1.4. Niveles

Desde hace años se han elaborado numerosas clasificaciones de los niveles de depresión (APA, 2014), sin embargo, a partir de la teoría cognitiva y el Inventario de Depresión de Beck et al. (1961), solo se enfatiza en la clasificación de la depresión mínima, leve, moderada o grave, la cual es descrita por Zarragoitía (2010) y complementada por con información presentada por Castañeda et al. (2010):

- Depresión mínima: Se caracteriza por la presencia poco significativa y/o intermitente de algunos de los síntomas citados en el apartado anterior como tristeza, disminución o dificultad de concentración y atención, es difícil diferenciar a depresión con la emoción de tristeza dado que el sujeto presenta la funcionalidad común para realizar sus actividades cotidianas, tiene una duración menor a dos semanas.
- Depresión leve: También conocida como episodio depresivo leve, el cual se caracteriza por la duración de tiempo aproximado de dos semanas, la persona que padece de este tipo de depresión se enfrenta a los síntomas citados en el apartado anterior, de los cuales al menos deben estar presentes dos, aunque puede incluir el aumento de fatigabilidad, un sentimiento displacentero y en ocasiones se presentan ideas suicidas momentáneas que no llegan a concretarse, no obstante, ningún síntoma es intenso, además de presentar dificultad intermitente para realizar actividad laboral y social alguna.
- Depresión moderada: Se le conoce como episodio depresivo moderado, algunos de los síntomas se presentan en ocasiones en un grado intenso en comparación al nivel depresivo leve como dolor abdominal, malestar gástrico, insomnio, fatiga. La duración de este tipo de depresión es de al menos dos semanas, desarreglo de los procesos de pensamiento, distorsiones cognitivas manifestadas por medio de pensamientos negativos, ideas suicidas, culpa, así como tener gran dificultad y retardo para desarrollar actividades de tipo social, doméstica o laboral.

- Depresión grave o episodio depresivo grave: También se le conoce como depresión mayor, en ocasiones comienza aguda y dramáticamente, mientras que en otras aparece lentamente con mayor intensidad que el nivel moderado dado que las características que pueden ser significativas son: la presencia angustia de manera considerable, la pérdida de autoestima, falta de concentración, sentimiento de inutilidad o culpa, incluso riesgo suicida. Asimismo, hay síntomas somáticos que están presentes como la agitación o retardo psicomotor, dolor físico, sensación de malestar, problemas digestivos, falta de apetito, insomnio, tiene una duración aproximada de al menos de dos semanas o menor de dos semanas, el individuo no es capaz de continuar con sus actividades, solo en un grado limitado.

2.2. Bases teóricas del bienestar psicológico

El bienestar psicológico es un concepto relativamente reciente que ha empezado tener mayor interés en las últimas décadas, debido a que tradicionalmente la psicología se ha ocupado en el terreno de la salud mental elaborando concepciones que explican el malestar de las personas descuidando aquellos aspectos salugénicos.

2.2.1. Definiciones

Figuroa et al. (2005) definieron al bienestar psicológico como el producto de una evaluación preferentemente positiva en cuando a la calidad de relaciones con amigos y familia, de tal forma que los sujetos perciben un mejor bienestar psicológico cuando existe una adecuada interacción con las personas más cercanas a él, entrando en segundo plano la presencia de objetos materiales, recursos económicos o de jerarquía. Se trataría preferentemente de una valoración subjetiva la cual está influenciada por la historia del sujeto con los eventos que ocurren en la actualidad.

Casullo (2002) definió al bienestar psicológico como el resultado de una evaluación subjetiva de un individuo con respecto a la satisfacción que tiene en su forma de interactuar con otros sujetos, el nivel en el que obtiene consecuencias favorables, la salud y el poder adquisitivo en su vida, todo ello se ve sumado por su idiosincrasia. Para este autor el bienestar psicológico puede ser identificado a través de tres componentes presentes, los cuales estarían en función al aspecto cognitivo (creencias y expectativas), reacciones emocionales (respuestas mayormente de emociones positivas) y la vinculación entre ambos componentes.

García-Viniegras y González (2000) manifestaron que el bienestar psicológico debe ser entendido como el grado afectivo positivo que obtienen un individuo tras una evaluación satisfactoria de los aspectos psicológicos, sociales y físicos en el que se encuentra en la realidad, así como la forma como logra relacionarse con ellos, de esta forma los sujetos con un mayor nivel de bienestar psicológico sentirían sentimientos positivos al realizar una autoevaluación, concluyendo que se encuentran en una situación prodigiosa.

Para Casullo y Castro (2002) muchas veces es tomado como sinónimo del bienestar psicológico el bienestar subjetivo, lo cual pueden entenderse por qué las creencias y aspectos valorativos del sujeto estarían generando una estimación de bienestar con un efecto moderado por otras variables, tales como las creencias, estado de ánimo, autorregulación emocional experiencia de vida; así mismo, el bienestar psicológico se encuentra enmarcado en relación a las áreas de mayor interés del individuo, siendo para algunos de mayor interés la religiosa a diferencia de otras, además de la adquisición de materiales, mantenimiento de relaciones entre otros intereses. El bienestar psicológico es en sí, un producto subjetivo entre la combinación de las expectativas forjadas por el individuo en miras al futuro y aquellas que va obteniendo (logros obtenidos), de tal forma que a menor distancia exista entre ambos aspectos el reporte de bienestar psicológico será mayor; así mismo, los individuos con bienestar psicológico elevado reportarán emociones positivas y una satisfacción con el estado actual.

Sánchez-Cánovas (1998) al definir el bienestar psicológico hace referencia al sentido de felicidad o bienestar, la cual es una percepción subjetiva de la propia vida, tomando en cuenta cuatro aspectos generales: percepción personal del bienestar, bienestar en el trabajo, bienestar económico y bienestar en la relación de pareja.

Ryff (1989) cambia el concepto de bienestar psicológico, afirmando que puede ser definido como un proceso que tiene como consecuencia una valoración acerca de la relación del individuo con las distintas situaciones que ocurren a su alrededor, por ello tal valoración se encontraría ligada a pensamientos de valoración positiva o negativa sobre la calidad de sus materiales e interacciones a las que puede acceder, en suma se trata del resultado de la valoración a partir de las expectativas del individuo con lo que obtenga en la realidad, de tal forma que las cogniciones que ha ido construyendo el sujeto a lo largo de su vida terminan formando expectativas acerca lo que merece obtener, estas entran en conflicto con la realidad, por ello de tener acceso a objetos, actividades y relaciones satisfactorias en función a el ideal que ha construido, indudablemente habrá un reporte de bienestar psicológico.

Diener et al. (1984) afirmaron que para lograr conceptualizar al bienestar psicológico es necesario centrar la explicación en base a tres características, estas se encuentran en base a la subjetividad, exposición de elementos positivos y una optimista evaluación del área global en la vida del sujeto, con ello el autor quiere decir que en cuanto a la primer característica el bienestar objetivo no es realmente el percibido por el sujeto, ya que al efecto de los estímulos externos se debe agregar la influencia que tienen las creencias sobre la valoración de un evento como positivo o negativo, en cuanto a la segunda característica es necesario mencionar que el bienestar involucra una mayor presencia de elementos positivos, los cuales pueden ser sucesos favorables, agradables, de estima, relacionales o de jerarquía social, negando la supuesta idea de que solo se trataría de la ausencia de elementos negativos; finalmente, la tercer característica es la suma de todas las áreas en las que este inmerso, es decir tanto la social, personal, laboral,

académica, religiosa juegan un rol importante, por ello sería la suma de estas tres características la que daría un resultado valorativo entendido como bienestar psicológico.

2.2.2. Modelos explicativos

Diferentes conceptualizaciones del bienestar psicológico han dado origen a la construcción de modelos teóricos que describen, explican y permiten evaluar el constructo. Cada uno de estos modelos se enfoca en aspectos específicos y en áreas de la vida humana no siempre convergentes entre sí. Por esta razón es conveniente clarificar estos aspectos.

A. Modelo de Sánchez-Cánovas

Al ser el bienestar psicológico un constructo que abarca muchos aspectos de la vida de los individuos, estos autores plantean entenderla en base a dos grandes categorías, siendo la primera el nivel o grado de satisfacción con la vida, mientras que el segundo está referido a la frecuencia de pensamientos y emociones positivas que experimentarían el individuo en su día a día. Para este autor la razón de vida de los individuos estaría en base a dos elementos principalmente, el primero relación con la satisfacción con la vida y el segundo con una predominancia de los aspectos positivos sobre los negativos; en el primero, los sujetos se sienten satisfechos con su performance, orgullosos de sí mismos, el sentimiento de bienestar es una consecuencia de la aceptación del estado emocional actual; mientras que en el segundo el sujeto suele buscar la exposición a eventos positivos, agradables donde se sienta a gusto, ello haría que las sensaciones positivas se incrementen, así mismo en ocasiones puede buscar reducir las emociones negativas por medio de la evitación (Sánchez-Cánovas, 1998).

El bienestar psicológico representa una combinación de ambos elementos en sus distintas áreas, ya que los seres humanos no solamente viven en función a la pareja, esto se extiende a los bienes materiales, sino también al aspecto subjetivo y laboral, un mayor bienestar representaría un adecuado indicador sobre la salud psicológica de los individuos. Si bien para

el autor los términos felicidad, emociones positivas y felicidad no resultan sinónimos, si acepta que los tres se encuentran inmersos dentro del constructo bienestar, lo que quiere decir que un sujeto con bienestar psicológico tendrá mayor felicidad y emociones positivas. De esta forma se comprende que el bienestar psicológico es la evaluación resultante producto no de una sola área, sino de un conjunto de áreas importantes para la funcionalidad del sujeto.

Para Sánchez-Cánovas (1998) el bienestar psicológico debe ser entendido como tres grandes niveles los cuales estarían divididos esencialmente en dos componentes, el primer componente cognitivo y el segundo afectivo, mientras que en los niveles el primer nivel sería la satisfacción que logra tener el sujeto con la vida que lleva, el segundo nivel la presencia y búsqueda de afectividad positiva y el tercero la baja presencia de afecto negativo que pueda perjudicar el bienestar de él. Para reportar un bienestar psicológico alto el sujeto tiene que realizar una evaluación global e identificar que en las cuatro grandes áreas de su vida las condiciones ambientales le permiten satisfacer dichas áreas o por lo menos tienen ese potencial.

B. Modelo Multidimensional de Ryff

El bienestar psicológico resulta una variable psicológica difícil de estudiar, puesto que engloba una gran cantidad de aspectos psicológicos, en tal medida que un sujeto con alta autoestima, calidad de vida, ausencia de creencias irracionales y de ansiedad reportaría un mayor bienestar psicológico, por ello Ryff (1989) define entender el bienestar psicológico como un constructo multidimensional, el cual engloba seis áreas fundamentales que poseen todos los individuos a los que se puede identificar como poseer un adecuado bienestar psicológico.

Ryff (1989) realizó una revisión de la literatura encontrada hasta este momento y plantea que el bienestar psicológico está compuesto por seis factores principales, los cuales estarían ligados a la aceptación del sujeto consigo mismo, la habilidad para relacionarse con

otros, respetar sus derechos y manejar los conflictos, la armonía con el contexto, las metas a corto, mediano y largo plazo, así como su sentimiento de competencia para alcanzarlas y el deseo constante de desarrollo personal, en la medida de que un sujeto posea dichos indicadores se puede decir que tiene un adecuado bienestar psicológico.

C. Modelo de tres vías de Seligman

Desde la postura de la psicología positiva Seligman y Peterson (2003) afirman que los sujetos al alcanzar la felicidad experimentarían un conjunto de emociones agradables, así como satisfacción plena y goce emocional, todo ello estaría muy vinculado al bienestar psicológico, puesto que una persona con felicidad tiene bienestar general. El bienestar psicológico resulta una variable de mucho interés por que la psicología se ha tornado en las últimas décadas hacia la reducción de la patología sin interesarse por el trabajo en las potencialidades de los hombres. Para estos autores el bienestar puede ser alcanzado mediante tres caminos principalmente.

D. Modelo de María Martina Casullo

Casullo (2002) afirma que el bienestar psicológico supone poder desarrollar actitudes positivas hacia la existencia personal, capacidad de vincularse con otros, relaciones afectivas significativas, creencias positivas respecto del sentido de la vida, y la autonomía relativa en la toma de decisiones.

Casullo y Castro (2000) basándose en la teoría de Ryff refieren que el bienestar psicológico supone desarrollar actitudes positivas hacia la existencia personal, experimentando mayor satisfacción con su vida, gozando frecuentemente un estado de ánimo bueno y solo en algunas ocasiones experimenta sentimientos poco agradables como la tristeza o la rabia. Ellos también indican que el bienestar psicológico está compuesto por el estado emocional y por el componente cognitivo. Para ello, se expresa un modelo multidimensional en el cual se manifiestan cuatro dimensiones.

2.2.3. Dimensiones

Para Ryff (1989) el bienestar psicológico sería la resultante del desarrollo de seis dimensiones que componen los principales dominios de los seres humanos, y estos son:

- **Auto aceptación:** relacionado a la aceptación de los aspectos tanto físico como emocionales, los seres con calidad de vida la tienen porque el umbral de expectativa se encuentra en equilibrio con las expectativas desarrolladas, los sujetos con un bajo nivel en esta dimensión suelen renegar de sus características personales, entienden que les hace falta algo y por ello están incompletos, lo que resulta en su infelicidad.
- **Relaciones positivas con otros:** una de las esferas de los sujetos muy importante es la vinculada a la relación que guardan con los otros sujetos, en esta medida la interacción se logra a partir de habilidades sociales, sin embargo la evaluación que tiene el sujeto sobre la calidad de las mismas debe ser acorde a ello, por el contrario los sujetos que perciban que sus relaciones con los demás son negativas, estarán sin una de las principales fuentes de refuerzo, evaluando su vida con una baja calidad y bienestar.
- **Autonomía:** está referida a la libertad y seguridad emocional, así como la no dependencia en la toma de decisiones, esto reduce considerablemente la angustia en la resolución de conflictos, puesto que es evidente que un sujeto sin autonomía tendrá constantemente episodios de angustia al tener que asumir una responsabilidad él solo.
- **Dominio del entorno:** se trata de la armonía que logra conseguir el individuo con el ambiente alrededor de él, una relación de cordialidad y tranquilidad con el contexto, ante ello, el bienestar psicológico se encuentra principalmente relacionado a los aspectos psicológicos, como la percepción y evaluación de las esferas principales, sin embargo el contexto también juega un papel importante cuando el ambiente resulta tremendamente hostil, afecta a la calidad de vida y el bienestar termina paulatinamente afectado.

- **Propósito en la vida:** los sujetos con bienestar psicológico han de tener metas flexibles y relativamente fáciles de alcanzar, por ello sienten satisfacción consigo mismos, el sentimiento de frustración es mínimo.
- **Crecimiento personal:** La auto superación es uno de los aspectos que más poseen las personas con bienestar psicológico, esto no se debe confundir con la imposición de metas fuera de lugar, altamente rígidas e inalcanzables, sino que estas iban acordes con las posibilidades en función al sujeto.

Según Sánchez-Cánovas (1998) la satisfacción con la vida está referida a la valoración de carácter subjetivo que realiza el sujeto sobre su propio rendimiento, la forma como resuelve los problemas y lo que la vida le permite hacer, para estas evaluaciones es necesario realizar constantes comparaciones con otras experiencias vividas. De él desprende cuatro áreas/dimensiones.

- **Subjetivo:** Se trata del bienestar en cuanto al grado de satisfacción que tienen las personas con respecto al estado psicológico, a sus pensamientos y todo aquello con el equilibrio emocional que logran guardar.
- **Material:** Se trata de la satisfacción en cuanto a la relación con el bien, y las normas socialmente aceptadas, en este sentido el joven identifica un grado de equilibrio en cuanto a esa esfera.
- **Laboral:** Satisfacción en cuanto a la esfera laboral del individuo, se realiza en torno a los cambios sociales y laborales, está en relación con el sentimiento de competencia personal que guarda consigo mismo.
- **Relación con la pareja:** Se trata de la evaluación en su relación con la pareja, la cual está en relación con la calidad que guarda con ella.

Para Duckworth et al. (2005) existen 3 dimensiones o caminos:

- **El camino del placer:** Frecuentar en mayor medida experiencias, situaciones o eventos positivos que desencadenen en los sujetos respuestas positivas y agradables, evitando los aspectos negativos de la vida.
- **Compromiso:** Alcanzar el bienestar mediante el correcto uso de la responsabilidad, el compromiso, la lealtad y la disciplina, ya que al ser empleadas el sujeto tendrá una respuesta de satisfacción en cuanto a su rendimiento, las metas serán alcanzadas y habrá una aceptación y evaluación positiva de los eventos alcanzados.
- **La vida trascendental:** Frecuentar aspectos más significativos, importantes, trascendentales en la vida de los individuos puede mejorar el nivel de bienestar psicológico que han desarrollado hasta la fecha.

Finalmente, Casullo (2002), lo expresa en cuatro dimensiones que son las siguientes:

- **Control de situaciones/ Aceptación:** Tener una sensación de control y de autocompetencia, poder crear o moldear contextos para adecuarlos a sus necesidades. Quienes no tienen esa sensación tienen dificultades para manejar los asuntos de la vida diaria y se creen incapaces de modificar el ambiente en función de sus necesidades.
- **Autonomía:** Ser capaz de tomar decisiones de modo independiente, ser asertivo, poder confiar en el juicio propio. Si no se es autónomo, se depende de los demás para tomar decisiones y se mantiene una preocupación por lo que ellos dicen, piensan y sienten.
- **Vínculos psicosociales:** Capacidad para establecer buenos vínculos con los demás, tener calidez, confianza y capacidad empática y afectiva. Ser incapaz de formar estos vínculos significa tener pocas relaciones con los demás, sentirse aislado y frustrado.
- **Proyectos:** Tener metas y proyectos en la vida, hay que considerar que la vida tiene significado, asumir valores que otorgan sentido a la vida.

2.2.4. Factores

Salvador (2016) en su investigación identifica dos factores básicos relacionando al bienestar psicológico:

- **Factores cognitivos:** El proceso de valoración mediado en el que se tienen en cuenta no solo los aspectos concretos de la existencia sino también la totalidad de la vida de la persona.
- **Factores afectivos:** La experimentación de las distintas emociones que lleva el individuo a lo largo de su existencia, tales como la felicidad, la alegría, el miedo o la tristeza, serán fundamental en la configuración final del bienestar psicológico.

Vielma y Leonor (2010) añaden otros factores que pueden influir al bienestar psicológico:

- **Factores socioculturales:** El individuo está incluido en un entorno social relevante dentro del cual se identifica, género, raza o nivel socioeconómico, el cual puede modificar su bienestar.
- **Factores del sistema de creencias:** Es la estructura mental que la persona identifica que tiene, de manera que estas creencias le dan sensación de bienestar sobre situaciones específicas.
- **Factores de la personalidad:** Son aquellas características psíquicas y conductuales del individuo que influyen en el actuar ante situaciones concretas.
- **Factores biológicos:** Los individuos que, por herencia genética, están predispuestos a sufrir enfermedades de salud mental.

III. Método

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación tuvo un alcance cuantitativo que correspondió al diseño no experimental y transeccional de tipo descriptivo-correlacional (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Es no experimental, ya que se realizó sin manipular deliberadamente variables, es decir, se observó los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos. Es transaccional porque se recolectó datos en un solo momento y tiempo único, para poder analizar la incidencia e interrelación en un contexto dado. Es descriptivo-correlacional porque su propósito fue describir variables y dar a conocer la relación o grado de asociación que existe entre las variables depresión y bienestar psicológico (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se elaboró en noviembre y diciembre del 2020 y los meses de enero a abril del año 2021. Además, la recolección de datos se ejecutó entre enero y febrero del 2021.

La investigación se realizó en el Centro de Salud Mental Comunitario San Borja, ubicado en el distrito de San Borja del departamento de Lima, Perú.

3.3. Variables

➤ Variables de estudio

- Depresión

Definición conceptual

La depresión se define como una alteración del pensamiento en la cual se deforma la realidad e involucra una versión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, derivándose en un síndrome muy particular, de cambios objetivos y otros subjetivos, pero que en todo caso obedecen a tales errores de procesamiento de información (Beck et al., 1983).

Definición operacional

El constructo de depresión fue producto del puntaje total que obtiene el adulto al responder los ítems del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), versión en español adaptada en Argentina validada en Perú (Barreda, 2019).

Tabla 1

Operacionalización de la variable depresión

Indicadores / Ítems	Categorías	Escalas / Valores	Escala de Medición
Tristeza	Sin depresión (0 - 13)		
Pesimismo			
Fracaso			
Pérdida de placer			
Sentimiento de culpa	Depresión leve (14 -19)	0 a 3	Ordinal
Sentimiento de castigo			
Disconformidad con uno mismo			
Autocrítica			
Pensamiento suicida	Depresión moderada (20 - 28)	Según nivel de intensidad	
Llanto			
Agitación			
Pérdida de interés			
Indecisión	Depresión grave (29 a 63)		
Desvalorización			
Perdida de energía			
Cambios en el hábito de sueño			
Irritabilidad			
Cambios en el apetito			
Dificultad de concentración			
Cansancio o fatiga			
Pérdida de interés en el sexo			

- Bienestar Psicológico

Definición conceptual

El bienestar psicológico es un estado afectivo-subjetivo lo cual se deriva de la valoración que se realiza de situaciones y actividades que se desarrollan en la vida centrándose en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal (Casullo, 2002).

Definición operacional

El constructo de bienestar psicológico fue producto del puntaje total que obtiene el adulto al responder los ítems de la Escala de Bienestar Psicológico en adultos (BIEPS-A), elaborado por Casullo en Iberoamérica validada en Perú por Robles en el 2020.

Tabla 2

Operacionalización de la variable bienestar psicológico

Dimensiones	Indicadores / Ítems	Niveles	Escalas / Valores	Escala de Medición
Aceptación / Control del entorno	2 - 11- 13	Bajo (13 - 32)	De acuerdo	Ordinal
Autonomía	4 - 9 – 12	Medio (33 - 36)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
Vínculos Psicosociales	5 - 7 – 8	Alto (37-39)	En desacuerdo	
Proyectos	1 - 3 - 6 – 10			

➤ **Variables de control**

- Sexo: Características biológicas que diferencian a las personas.
- Estado Civil: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con otros individuos.
- Grado de instrucción: Grado más elevado de estudios realizados o en curso, hasta el momento de la investigación.
- Edad: Intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento del estudio. Rango de edades según el grupo etario.

Tabla 3

Operacionalización de las variables de control

Variable	Escala / Valores	Escala de Medición
Sexo	Mujer Hombre	Nominal
Estado Civil	Soltera (o) Casada (o) Viuda (o) Divorciada (o)	Nominal
Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Superior Universitario	Ordinal
Edad	Superior Técnico 18 a 29 años (Adulto joven) 30 a 59 años (Adulto)	Ordinal

3.4. Población y muestra

La población total estuvo constituida por 957 pacientes mayores de edad, que se encontraban siendo asistidos en el Centro de Salud Mental Comunitario San Borja, ubicado en Lima Metropolitana, entre en los años 2020 y 2021.

El tamaño de la muestra se estimó mediante la fórmula de poblaciones finitas de Fisher, con un nivel de confianza de 95%, error de 5% y proporción de 50%, obteniendo como resultado una muestra de 274 participantes. Sin embargo, se decidió ampliar este número, quedando la muestra final conformada por 323 adultos de ambos sexos, cuyas edades oscilaban de 18 a 59 años. Finalmente, la selección de la muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, el cual se define como la elección de los elementos en base al criterio del investigador.

Tabla 4

Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Valores	Frecuencia	%
Sexo	Mujer	205	63.5
	Hombre	118	36.5
Estado Civil	Soltera (o)	178	55.1
	Casada (o)	104	32.2
	Viuda (o)	8	2.5
	Divorciada (o)	33	10.2
Grado de Instrucción	Primaria	5	1.5
	Secundaria	43	13.3
	Superior Universitario	177	54.8
	Superior Técnico	98	30.3
Edad	18 a 29 (Adulto joven)	107	33.1
	30 a 59 (Adulto)	216	66.9

Los **criterios de inclusión** que se tuvo en cuenta fueron los adultos que deseen participar voluntariamente, se encuentren en el rango de edad y que sean asistidos dentro del Centro de Salud. Los **criterios de exclusión** fueron aquellos adultos que presenten algún trastorno de personalidad o psicóticos, y los que no dan su consentimiento voluntario de participar.

3.5. Instrumentos de medición

Para la siguiente investigación se utilizó los siguientes instrumentos:

➤ **Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)**

La escala que se utilizó para medir la sintomatología depresiva fue el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), elaborado por Beck et al. (1996) en su versión en español adaptada en Argentina validada en Perú por Barreda en el 2019. Esta prueba es de autoinforme, basada en los criterios descritos en el DSM-IV, evalúa la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes desde los 13 años, los mismos que pueden pertenecer a población normal o clínica.

Dicho cuestionario está compuesto por 21 ítems, los cuales se puntúan de 3 puntos que va del 0 al 3, en una escala tipo Likert de 4 alternativas casa una, excepto los ítems 16 (cambios en los hábitos de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 respuestas, ya que sirven para diferenciar entre incrementos y disminuciones en el comportamiento o motivación. La puntuación mínima y máxima de la prueba es de 0 y 63 respectivamente; y se advierte que una mayor puntuación indica una mayor sintomatología depresiva.

La versión original de la prueba fue aplicada por Beck, Steer en 1996 a dos muestras, a una población psiquiátrica de Estados Unidos (500) y a una población de estudiantes en Canadá (120). Respecto a su estructura factorial, ésta se estudió mediante

un análisis de componentes principales (ACP), con una rotación Promax (oblicua), a partir de la cual se hallaron 2 factores. Ambos factores, la dimensión somato-afectiva y la dimensión cognitiva, explican la mayoría de la varianza en las poblaciones mencionadas. Para las dos muestras se hallaron evidencias de confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .92 y de .93 para la población psiquiátrica y de estudiantes respectivamente. Se reportaron evidencias de validez convergente observadas en la correlación positiva con la Hamilton Psychiatric Rating Scale of Depression-Revised (.71), así como evidencias de validez discriminante halladas en una correlación moderada con la Hamilton Rating Scale for Anxiety-Revised (.47), en una muestra de 87 pacientes clínicos (Beck et al., 1987).

El BDI-II ha sido adaptado al español en Argentina (Brenlla y Rodríguez, 2006). En este último, el cuestionario fue validado con una muestra de 325 pacientes clínicos externos y 472 personas de población general, donde se reportó una confiabilidad por consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .88 y .86 respectivamente. Así también, se hallaron evidencias de validez convergente con la escala MMPI-II (.58) y con la escala de depresión SCL-90 R (.81), y de validez discriminante con la escala de ansiedad de la SCL-90 R (.63), para la muestra de pacientes clínicos. En la validación argentina, se establecieron los siguientes puntos de corte para clasificar los niveles de depresión tomando en cuenta la puntuación obtenida en el BDI-II: 0-13 un rango mínimo de depresión, de 14-19 una depresión leve, de 20-28 una depresión moderada, y de 29 a 63 una depresión severa (Brenlla y Rodríguez, 2006).

Si bien el BDI-II no ha sido adaptado aún en el Perú, ésta ha sido ampliamente utilizada en distintas investigaciones, obteniéndose en todos los casos adecuadas evidencias de confiabilidad y validez en las muestras de estudio.

La más reciente investigación de este instrumento en Perú fue realizada por Barreda en el 2019, tuvo por objetivo analizar las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), adaptado en Argentina. Para ello, trabajó en una muestra peruana de 400 personas atendidas en consulta externa de un centro especializado en salud mental de Lima, con una edad entre 17 y 71 años. Evidenció un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach fue alto (alfa= .93). Además, observó que de un total de 21 ítems del BDI-II, no se eliminó ninguno, quedando así el total de ítems para la prueba final. El índice de validez de contenido fue alto, se observó un valor V de Aiken de .99, obteniéndose el 100% de ítems válidos. La validez de constructo fue evaluada a través del análisis de componentes principales, el modelo propuesto inicialmente de dos factores somático-afectivo y cognitivo no es confirmado en esta investigación. El análisis de componentes principales muestra que el BDI-II, mide una sola dimensión general de depresión.

Para efectos del Empleo del BDI-II en la presente investigación se revisaron sus propiedades de confiabilidad y validez, las cuales se describen a continuación:

Confiabilidad

Tabla 5

Confiabilidad del Inventario de depresión de Beck II

	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald	N de elementos
Inventario de Depresión de Beck II	.926	.927	21

Nota. En la tabla 5, se presentan los resultados de la confiabilidad a través del método de consistencia interna, donde se halló por coeficientes de alfa de Cronbach y omega de McDonald, encontrando puntuaciones de .926 y .927 respectivamente.

Por lo tanto, se afirma la fiabilidad del instrumento BDI-II para la muestra de estudio.

Validez de constructo (factorial)

La validez del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) fue verificado con la técnica del análisis factorial exploratorio, utilizando como método la extracción mínimos cuadrados no ponderados, con rotación varimax. Los análisis de diagnóstico como el KMO (.933) y el Test de Esfericidad de Barlet ($X^2 = 3135.345$, $gl = 210$, $p < .001$) evidencian que la muestra utilizada es adecuada en cuanto a su tamaño y las relaciones entre los ítems, no existen evidencias para sostener presencia de matriz de identidad.

Tabla 6*Matriz de estructura factorial del Inventario de depresión de Beck II*

Ítems	F ₁
1	.694
2	.693
3	.628
4	.685
5	.728
6	.509
7	.668
8	.615
9	.693
10	.558
11	.630
12	.747
13	.649
14	.732
15	.711
16	.482
17	.595
18	.637
19	.739
20	.704
21	.456
Autovalor	8.889
%V.E.	42.330
%V.E.A.	42.330

% V.E. = porcentaje de varianza explicada, %V.E.A. = porcentaje de varianza explicada acumulada

Nota. En la tabla 6, se aprecia la matriz factorial resultante, mediante el método ortogonal, donde se extrajo 1 factor que explica el 42.330% de la varianza total, apreciándose en los 21 ítems saturaciones mayores a .40 con respecto al factor que carga cada reactivo.

Por lo tanto, los datos avalan la presencia de validez de constructo del BDI- II.

➤ **Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A)**

Se aplicó el siguiente instrumento: Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS- A) la cual fue creada por Casullo en el 2002, quien se basó en la teoría de Ryff. María Martina Casullo y colaboradores realizaron una serie de investigaciones realizadas en Argentina, Cuba, España y Perú. Ellos partieron del presupuesto básico de que si evaluaban los distintos aspectos del Bienestar Psicológico tendrían un indicador con el cual sería posible hacer comparaciones del grado en que las personas están o no satisfechas con su forma de vivir.

La escala consta de 13 ítems con tres alternativas de respuesta, dentro de la escala Likert las cuales son: De acuerdo, Ni en acuerdo ni en desacuerdo y En desacuerdo las cuales se puntúan del 3 al 1 respectivamente. Se suman las puntuaciones en cada pregunta y se obtendrá como resultado un puntaje general que, al llevarlo a la escala percentil de calificación de la prueba, determinará el nivel de Bienestar Psicológico, los cuales son: Bajo, Medio y Alto. Además, se evidencia cuatro dimensiones las cuales son: Aceptación y Control del entorno; Autonomía; Vínculos sociales y Proyectos.

Los estudios realizados en Argentina por Casullo en el 2002 en una población adulta evidencian una confiabilidad de ,70 por otro lado la confiabilidad de cada una de las dimensiones es menor (proyectos: .59; autonomía: .61; vínculos: .49 y control/aceptación: .46) se plantea que se debe fundamentalmente a la reducida cantidad de elementos. Además, demuestran la presencia de cuatro factores: proyectos, autonomía, vínculos y aceptación/control, que explican el 53% de la varianza total.

Si bien el BIEPS-A no ha sido adaptada aún en el Perú, ésta ha sido ampliamente utilizada en distintas investigaciones, obteniéndose en todos los casos adecuadas evidencias de confiabilidad y validez en las muestras de estudio.

En una reciente investigación peruana en el 2020, Robles revisó las propiedades psicométricas del BIEPS-A en una muestra de 300 adultos de 20 a 58 años del distrito de Puente Piedra en Lima. Robles, demostró mediante el análisis factorial confirmatorio buenos índices de ajuste ($\chi^2/df=2.394$, $GFI=.934$, $SMRM=.0512$, $RMSEA=.068$, $CFI=.953$, $TLI=.937$), para corroborar que el modelo es adecuado, también realizó el análisis factorial exploratorio, en donde evidenció una distribución de 4 factores, con una varianza total de 72.147%, y efectuó el análisis de ítems, mostrando que poseen valores superiores a .40; además, llevó a cabo, las evidencias de validez de contenido mediante V de Aiken obteniendo valores entre .90 y 1.0. Asimismo, halló la confiabilidad por coeficiente Alfa de Cronbach total y Omega de McDonald total, encontrando coeficientes de .842 y .849 respectivamente. Concluyendo que la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A) es un instrumento que posee adecuados valores de validez y confiabilidad para la población en la cual fue ejecutada

Para efectos del empleo del BIEPS-A en la presente investigación se revisaron sus propiedades de confiabilidad y validez, las cuales se describen a continuación:

Confiabilidad

Tabla 7

Estadísticos de confiabilidad de la Escala de bienestar psicológico en adultos

Dimensiones/ Escala total	Ítems	Alfa de Cronbach	Omega de McDonald
Aceptación / Control	3 ítems (2 - 11 - 13)	.648	.650
Autonomía	3 ítems (4 - 9 - 12)	.570	.636
Vínculos psicosociales	3 ítems (5 - 7 - 8)	.615	.656
Proyectos	4 ítems (1 - 3 - 6 - 10)	.781	.806
Escala Total	13	.856	.863

Nota. En la tabla 7, se observa valores alfa de Cronbach que varían entre .570 y .781 para las dimensiones, y en la escala total muestra alta confiabilidad, ya que presenta un alfa de Cronbach superior a .85. De igual manera, la confiabilidad total por Omega de McDonald es de .863, y en las dimensiones las puntuaciones fluctúan de .636 a .806.

Por tanto, se concluye que la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A) es de alta confiabilidad para la muestra de estudio.

Validez de constructo (factorial)

La validez de la Escala de Bienestar Psicológicos en Adultos (BIEPS-A) fue verificado con la técnica del análisis factorial exploratorio, utilizando como método la extracción mínimos cuadrados no ponderados, con rotación varimax.

Tabla 8

KMO y prueba de Bartlett de la Escala de bienestar psicológico en adultos

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.840
	X^2	1512.196
Prueba de esfericidad de Bartlett	<i>gl</i>	78
	<i>p</i>	.000

Nota. En la tabla 8, se presentan los resultados de la prueba KMO y Bartlett para la escala, donde se muestra un KMO = .840, siendo ello un nivel adecuado, y el test de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 1512.196$) a un nivel significativo ($p < .01$), indica que la muestra es adecuada para efectuar el análisis factorial.

Tabla 9

Solución factorial y varianza total explicada de la Escala de bienestar psicológico en adultos

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% Varianza	%	Total	% Varianza	Acumulado %
F ₁	4.886	37.665	37.665	2.623	20.177	20.177
F ₂	1.573	12.097	49.762	2.059	15.839	36.017
F ₃	1.049	8.702	57.833	2.038	15.680	51.697
F ₄	1.001	7.699	65.532	1.799	13.885	65.532

F₁ = Aceptación/Control, F₂= Autonomía, F₃= Proyectos, F₄ = Vínculos psicosociales

Nota. En la tabla 9, se analiza la estructura factorial, aplicando el análisis factorial de componentes principales. Los resultados muestran una solución factorial de cuatro factores claramente definidos, explicando el 65.532% de la varianza total de los datos. El primer factor presenta un autovalor igual a 4.886 y explica el 37.665% de la varianza total, el segundo factor un autovalor igual a 1.573 y un 49.762% de la varianza explicada, el tercer factor mantiene un autovalor de 1.049 y explica el 57.833% de la varianza total; finalmente, el factor cuatro tiene un autovalor de 1.001, el cual explica el 65.532% de la varianza total.

Tabla 10

Pesos factoriales de la Escala de bienestar psicológico en adultos

Ítems	Factores			
	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄
1		.316	.704	
2	.741			
3			7.93	
4	.670	.388		
5		.807		
6	.438		.392	.569
7				.841
8		.755		
9		.633		
10	.398		.675	.314
11	.691		.359	
12	.696			.396
13	.449			.620

F₁ = Aceptación/Control, F₂= Autonomía, F₃= Proyectos, F₄ = Vínculos psicosociales

Nota. En la tabla 10, se observa que la totalidad de los ítems presentaron saturaciones con pesos factoriales mayores de .30 dentro de cada factor, esto significa que son suficientemente elevados, lo cual quiere decir que los valores son aceptables. Así mismo, se aprecia la presencia de 4 factores con ítems mezclados, pero tomando como referencia que no siempre resulta ser preciso se consideró mantener los ítems dentro de cada factor según la teoría de la autora.

Por tanto, los datos avalan la presencia de validez de constructo de la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A).

3.6. Procedimiento

Al inicio de la investigación, se procedió a buscar las pruebas adecuadas para la investigación, las cuales fueron el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A), también se realizó las coordinaciones correspondientes con el director del Centro de Salud Mental Comunitario San Borja, y se solicitó los permisos pertinentes a las versiones estandarizadas de los instrumentos empleados. Previo a la administración de los instrumentos, en una primera instancia se procedió con la redacción del consentimiento informado y los protocolos en un Formulario Google. Posterior a ello, se realizó la aplicación de los instrumentos de manera virtual, contactándose con cada uno de los usuarios(as) del Centro de Salud Mental Comunitario San Borja que cumplen los criterios de inclusión. Luego se procedió a los análisis estadísticos para dar respuesta a los objetivos. Y finalmente, se realizó la respectiva discusión de la investigación, para terminar con las conclusiones y recomendaciones.

3.7. Análisis de datos

Para el análisis de los datos estadísticos, se procedió a codificar los resultados reportados de los usuarios(as) en el programa EXCEL, para ser exportados al programa IBM SPSS.V25.0 en donde se realizó la estadística correspondiente.

Primero, se procedió a reportar los estadísticos descriptivos, mediante las medias y desviaciones estándares, junto con las frecuencias y porcentajes de las variables. Luego, se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov (K-S) donde se obtuvo que se emplearía estadísticos no paramétricos. Para el análisis de comparación de las variables en función de las sociodemográficas se procedió a usar los estadísticos U de Mann de Whitney y H de Kruskal Wallis. Y finalmente se analizó la relación entre las variables empleando el estadístico *Rho* de Spearman.

3.8. Consideraciones éticas

Como principal ente regulador ético en el país encontramos al Colegio de Psicólogos del Perú, en donde los profesionales de la institución señalan la importancia de la normativa en cuanto a la participación del psicólogo en una investigación, la cual indica que esta será respetando el marco legal tanto nacional como internacional. Además, resaltan que todo estudio debe emplear el consentimiento informado a las personas y si estos son menores, la aprobación de los apoderados, conjuntamente a ello; dentro del consentimiento informado debe estar explicado el objetivo del estudio y que los resultados serán confidenciales y solo para fines académicos del mismo. El psicólogo prioriza la salud psicológica de las personas, no incurre en plagio, ni falsificación y evita aplicar pruebas que no posean validez. (Colegio de Psicólogos del Perú, 2018).

Por todo lo indicado, en la presente investigación se realizó las propiedades psicométricas de los instrumentos usados para la muestra de estudio. Asimismo, se hizo uso de un consentimiento informado de manera individual a las (os) usuarias(os) participantes, el cual fue explicado en el mismo formulario a desarrollar, haciendo uso de un lenguaje preciso sin dañar o afectar su salud emocional, incluyendo de manera clara el objetivo del estudio. También, se explicó que la participación en este estudio es voluntaria y anónima, y además que la información obtenida solo sería usada con fines académicos siendo estrictamente confidencial. Finalmente, se les brindó el contacto de la autora de la investigación, en caso se tenga preguntas o dudas por consultar.

IV. Resultados

Tabla 11

Prueba K-S para depresión y bienestar psicológico

	Puntaje total depresión	Puntaje total bienestar psicológico
Z de Kolmogorov-Smirnov	0.088	.134
Sig. asintót. (bilateral)	.000	.000

Nota. En esta tabla 11, se observa que el puntaje total de depresión y de bienestar psicológico, no se ajustan a una distribución normal, $p < .05$. Siendo factible utilizar pruebas no paramétricas para los análisis estadísticos de ambas variables.

Tabla 12

Correlación de Spearman entre depresión y bienestar psicológico

	Puntaje total de bienestar psicológico
Puntaje total de depresión	
Coeficiente de correlación	-.596
Sig. (bilateral)	.000
N	323

Nota. En la tabla 12, se observa un valor de $p < .01$ lo cual indica que la relación es estadísticamente significativa entre ambas variables, con un coeficiente de correlación Spearman de -.596, lo que señala que la relación es moderada e inversamente proporcional entre las variables.

Tabla 13*Estadísticos descriptivos de depresión y bienestar psicológico*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Depresión	323	0	63	19.20	12.020	144.478
Bienestar psicológico	323	14	39	32.85	5.167	26.628
N válido	105					

Nota. En la tabla 13, se verifica que la media de los puntajes de depresión y bienestar psicológico es 19.20 y 32.85 respectivamente. Con una desviación típica de 12.020 para depresión y 5.167 para bienestar psicológico.

Tabla 14*Frecuencias y porcentajes de las categorías de depresión*

Categoría de depresión	Frecuencia	%
Sin depresión	114	35.3
Depresión leve	71	22.0
Depresión moderada	78	24.1
Depresión grave	60	18.6
Total	323	100.00

Nota. En la tabla 14, se observa un total de 323 participantes, donde 114 personas no presentan depresión siendo el 35.3% de la muestra, mientras que 209 personas presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, sumando un 64.7%. de la misma.

Tabla 15*Frecuencia y porcentaje de los niveles de bienestar psicológico*

Nivel de bienestar psicológico	Frecuencia	%
Bajo bienestar psicológico	132	40.9
Medio bienestar psicológico	80	24.8
Alto bienestar psicológico	111	34.4
Total	323	100.00

Nota. En la tabla 15, se observa un total de 323 participantes, donde hay 132 personas con bajo nivel de bienestar psicológico, siendo el 40.9% de la muestra, mientras que 191 personas presentan un nivel medio o alto de bienestar psicológico, sumando un 59.2% de la misma.

Tabla 16*Prueba U de Mann-Whitney para depresión según sexo*

	Sexo	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	p
Puntaje total de depresión	Mujer	205	158.81	11440.500	.418
	Hombre	118	167.55		
	Total	323			

Nota. En la tabla 16, se muestra un valor de $p > .05$ lo cual indica que no existen diferencias significativas para el puntaje total de la depresión, según sexo.

Tabla 17*Prueba H de Kruskal-Wallis para depresión según estado civil*

	Estado civil	N	Rango promedio	H de Kruskal-Wallis	p
Puntaje total de depresión	Soltera(o)	178	172.80	7.236	.065
	Casada(o)	104	142.97		
	Viuda(o)	8	184.75		
	Divorciado(o)	33	158.23		
	Total	323			

Nota. En la tabla 17, se observa un valor de $p > .05$ lo cual indica que no existen diferencias significativas según el estado civil, con respecto al puntaje total de la depresión.

Tabla 18*Prueba H de Kruskal-Wallis para depresión según grado de instrucción*

	Grado de instrucción	N	Rango promedio	H de Kruskal-Wallis	p
Puntaje total de depresión	Primaria	5	239.70	12.799	.005
	Secundaria	43	197.50		
	Superior Universitario	177	149.77		
	Superior Técnico	98	164.56		
	Total	323			

Nota. En la tabla 18, se muestra un p valor de .005, donde $p < .05$, esto indica que sí existen diferencias significativas para el puntaje total de la depresión, según el grado de instrucción.

Tabla 19*Prueba U de Mann-Whitney para depresión según edad*

	Edad	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	p
Puntaje total de depresión	18 a 29	107	188.60		
	30 a 59	216	148.82	8709.500	.000
	Total	323			

Nota. En la tabla 19, se muestra un p valor de .000, donde $p < .05$ lo cual indica que sí existen diferencias significativas para el puntaje total de la depresión, según edad.

Tabla 20*Prueba U de Mann-Whitney para bienestar psicológico según sexo*

	Sexo	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	p
Puntaje total de bienestar psicológico	Mujer	205	152.42		
	Hombre	118	178.64	10132.00	.015
	Total	323			

Nota. En la tabla 20, se muestra un p valor de .015, donde $p < .05$, esto indica que sí existen diferencias significativas según el sexo, con respecto al puntaje total de bienestar psicológico.

Tabla 21

Prueba H de Kruskal-Wallis para bienestar psicológico según estado civil

	Estado civil	N	Rango promedio	H de Kruskal-Wallis	p
Puntaje total de bienestar psicológico	Soltera(o)	178	143.44	16.300	.001
	Casada(o)	104	186.90		
	Viuda(o)	8	196.50		
	Divorciado(o)	33	175.29		
	Total	323			

Nota. En la tabla 21, se muestra un p valor de .001, donde $p < .05$, esto indica que sí existen diferencias significativas para el puntaje total del bienestar psicológico, según estado civil.

Tabla 22

Prueba H de Kruskal-Wallis para bienestar psicológico según grado de instrucción

	Grado de instrucción	N	Rango promedio	H de Kruskal-Wallis	p
Puntaje total de bienestar psicológico	Primaria	5	103.60	6.894	.075
	Secundaria	43	134.92		
	Superior Universitario	177	169.56		
	Superior Técnico	98	162.56		
	Total	323			

Nota. En la tabla 22, se muestra un valor de $p > .05$ lo cual indica que no existen diferencias significativas para el puntaje total bienestar psicológico, según grado de instrucción.

Tabla 23*Prueba U de Mann-Whitney para bienestar psicológico según edad*

	Edad	N	Rango promedio	U de Mann-Whitney	p
Puntaje total de bienestar psicológico	18 a 29	107	13253.00		
	30 a 59	216	180.89	7475.000	.000
	Total	323			

Nota. En la tabla 23, se muestra un p valor de .000, donde $p < .05$, esto indica que sí existen diferencias significativas según la edad, con respecto del puntaje total de bienestar psicológico.

Tabla 24*Correlación de Spearman entre depresión y las dimensiones del bienestar psicológico*

		D1	D2	D3	D4
Puntaje total de depresión	Coefficiente de correlación	-.585	-.420	-.310	-.576
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	323	323	323	323

Nota. En la tabla 24, se muestran valores $p < .01$ lo cual indica que las relaciones son estadísticamente significativas entre el puntaje total de depresión y las dimensiones de bienestar psicológico, con coeficientes de correlación de Spearman negativos con valores que oscilan entre -.310 y -.585, indicando que la relación es moderada e inversamente proporcional entre el puntaje total de depresión y las dimensiones del bienestar psicológico.

V. Discusión de resultados

A lo largo de toda la pandemia desatada por el Covid-19, la salud mental ha sido una problemática que ha empezado a tener mayor relevancia debido al confinamiento al cual la población se vio obligada a estar, repercutiendo en los diversos ámbitos de las(os) peruanas(os).

El Ministerio de Salud informó que, durante el año 2020, los más de 150 Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC) de todo el país brindaron cerca de 50 mil atenciones referidas al bienestar emocional, psicológico y social, a través de los servicios de telepsicología implementados a raíz de la emergencia sanitaria por el coronavirus. Además, también se dio a conocer que las atenciones más comunes durante los meses de cuarentena han estado relacionadas a casos de depresión y ansiedad en la mayoría de los adultos que reciben servicios en los CSMC. Por eso, resulta importante que los adultos asistidos en los CSMC no reporten categoría de gravedad de depresión, ya que presentar alguna categoría de gravedad se vincula a varios problemas psicológicos, en esta medida el estudio de dicha variable resulta importante, así como aportar nueva evidencia de la relación que guarda con el bienestar psicológico, rellenando así la carencia reportado en la literatura científica, en cuanto a los estudios que evalúen ambas variables en los adultos que solicitan atenciones psicológicas durante la pandemia de Covid-19.

En base a todo lo planteado anteriormente, el objetivo general del presente estudio fue determinar la relación entre la depresión y el bienestar psicológico en el contexto de Covid-19 en adultos asistidos en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de San Borja, en este sentido se encontró que la depresión presentó relación estadísticamente significativa e inversa con el bienestar psicológico ($\rho = -.596; p = .000$), en los adultos que reciben atención en el centro de salud mental comunitario San Borja, ello involucra que la muestra reportó

mayores indicadores de depresión evidenciando bajos niveles de bienestar psicológico, coincidiendo con la teoría que señala el bienestar psicológico se encuentra asociado a la ausencia de indicadores psicopatológicos. Dentro del contexto de covid19, existen investigaciones nacionales que evidenciaron resultados similares al presente estudio, primero tenemos, la de Gonzales (2022), quien encontró la relación de la depresión en la salud mental en estudiantes universitarios durante la pandemia, donde concluye que existe una relación significativa, moderada e inversa entre las variables, lo que significó que, a mayor depresión existe menor salud mental, viéndose afectados diferentes aspectos personales de los estudiantes por ese motivo. También, Vidaurre y Huayca (2021) analizaron la influencia de la ansiedad y depresión en la salud mental en pacientes con diagnóstico positivo de covid-19 , usando la teoría bidimensional de la salud mental, que incluye dos componentes de medición, que son el bienestar y la angustia psicológica (Fierro, 2000), donde encontraron que la depresión ejerce una influencia negativa en el grado de bienestar psicológico de forma negativa en los pacientes diagnosticados con covid19, repercutiendo también en su proceso de recuperación.

Asimismo, si bien, no se encontró investigaciones internacionales que trabajen ambas variables durante el confinamiento, sí hay estudios que coincidieron en resultados. Está la investigación realizada por Rossi et al (2019) en adultos jóvenes en Chile, donde encontraron relación inversa y estadísticamente significativa entre el bienestar psicológico y los síntomas depresivos. De igual forma, estos resultados coinciden con el estudio elaborado por Rodón y Galera (2019) en universitarios de la ciudad de Mar de Plata, en el cual existe una asociación negativa entre las variables estudiadas, esto se interpreta que la presencia de sintomatología depresiva se asocia a una menor capacidad de los estudiantes de sentirse bien con ellos mismos, de mantener relaciones cálidas con los demás y de desarrollar continuamente sus capacidades.

Por otro lado, no se ha logrado encontrar estudios que contradigan el resultado general hallado en el presente trabajo de investigación, sobre la relación significativa e inversa existente entre las variables desarrolladas, lo que es concordante con los modelos teóricos que plantean que ambos constructos constituyen dos extremos dentro de un continuo. Así, la depresión clínica podría ser conceptualizada como la pérdida del bienestar psicológico (Gargiulo y Stokes, 2009).

En cuanto al primer objetivo específico, se encontró con relación a la depresión, que el 64.7% de la muestra presentaron alguna categoría de gravedad de depresión, es decir alguna sintomatología depresiva en grado leve, moderado o grave. De la misma forma sucede con la investigación hecha en China por Wang et al. (2020), donde hallaron que el 53.8% de los adultos encuestados calificó con algún rasgo depresivo tipo moderado o severo, como consecuencia del impacto psicológico por la pandemia de Covid-19. Otro estudio realizado en Perú en el 2020 por Prieto-Molinari et al., también identificaron la prevalencia de síntomas relacionados a la depresión en adultos limeños, en el cual casi el 40 % de la muestra evidenció presentar síntomas depresivos, señalado como consecuencia del aislamiento obligatorio por el coronavirus. Sin embargo, este resultado se contradice con investigaciones nacionales, donde si bien no han sido realizadas en el contexto actual, la muestra de estudio fueron pacientes adultos de centros de salud de Lima Metropolitana. La primera investigación fue desarrollada por Guillen y Ordoñez (2017) en pacientes que reciben hemodiálisis en un hospital de Lima centro, donde no hubo presencia de depresión, ya que el 61.4% no indicaba sintomatología depresiva relevante, por lo que infirieron que la depresión no es patológicamente marcada porque hay una aceptación al tratamiento que reciben ya que lo asumen como parte de su vida cotidiana. La otra investigación por Núñez y Saire (2016), fue realizado en pacientes de consulta externa de un hospital de Lima este, ellos encontraron que el 48.3% no presentaba indicadores significativos de depresión, lo cual indicaron déficit en la capacidad para disfrutar

de las actividades cotidianas, pero que era debido a las preocupaciones racionales de salud médica que los pacientes presentaban.

En cuanto al segundo objetivo específico, se encontró a nivel del bienestar psicológico, el 40.9% obtuvo puntaje dentro del nivel bajo de bienestar psicológico, siendo el nivel que más predomina en la muestra de estudio. De modo similar se encontró la investigación ecuatoriana realizada por Taruchaín et al. (2020) en trabajadores adultos de Ambato, ellos encontraron que el 59% de su muestra de estudio evidenció niveles bajos y muy bajos de bienestar psicológico autopercebido, señalando al estrés laboral como principal causa de ello puesto que, se ven afectados por entornos externos e internos difíciles de manejar. Además, el estudio peruano elaborado por Yataco (2019) en estudiantes jóvenes de Lima, halló que el 43.7% presentó niveles entre bajos y muy bajos de bienestar psicológico, donde señala que un menor bienestar psicológico no solo predice la aparición de problemas psicológicos, sino que afecta sus rendimientos y la velocidad de sus aprendizajes. Por otro lado, este resultado no contrasta con la investigación peruana hecha por Huarca y Ruiz (2016), en trabajadores adultos de Arequipa, donde el 48.0% de la muestra alcanzó el nivel alto de bienestar psicológico, lo cual indica que la mayoría de los encuestados del estudio experimentaron un alto grado de satisfacción con su vida, argumentando que el bienestar psicológico está relacionado con una percepción satisfactoria del trabajo, motivación intrínseca, el sentirse apoyado y una buena relación interpersonal.

Para el tercer objetivo, no se encontraron diferencias significativas de la depresión con respecto al sexo y el estado civil, pero sí se hallaron diferencias significativas según el grado de instrucción y la edad. Primero, para la variable sexo, se coincide con la investigación española de Borges (2018) quien tampoco encontró diferencias significativas según sexo, donde ambos grupos presentan similares manifestaciones de depresión mayor. Sin embargo, se

contradijo con las investigaciones realizadas por Prieto-Molinari et al. (2020) y Guillen y Ordoñez (2017) quienes sí hallaron diferencias significativas entre mujeres y varones en sus muestras de estudios, siendo las mujeres quienes presentaron mayores síntomas de depresión en comparación a los varones. Dicho resultado también difiere con lo señalado por Musitu et al. (2001) donde explican que la depresión en las mujeres es más propensa que en varones, por motivos principalmente fisiológicos y psicosociales, donde los cambios hormonales son indicadores mayormente más presentes en las mujeres aumentando la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva, además señalan que en el varón, su funcionamiento cognitivo está más relacionado a la resolución de conflictos lo que le sirve como estrategia de afrontamiento ante situaciones percibidas como negativas en el entorno, a diferencia de las mujeres.

Ahora, para el estado civil, se encontró similitud con la investigación mexicana de Rivas et al. (2020) el cual tampoco evidenció diferencias significativas en los participantes de su estudio en cuestión a la variable; contradiciendo la teoría que señala a mayor involucramiento en las relaciones interpersonales de tipo afectivo con una pareja, mayor vulnerabilidad para la patología (Secretaría de Salud de México, 2015).

Luego, para el grado de instrucción, según la teoría descrita por Rai et al. (2013), señala que si la persona tiene cierto nivel de educación esto puede ser considerado un factor protector frente a la depresión, debido a que contribuye a desarrollar habilidades cognitivas y actitudes que dan forma a los comportamientos, que hacen asumir que a mayor grado de estudio es menos probable manifestar indicadores de depresión. Lo anterior mencionado, favorece lo encontrado en la presente investigación, al igual que el trabajo de Gaytán-Jiménez et al. (2019) que también está a favor de los resultados mostrados, ya que ellos también hallaron diferencias significativas en cuestión a dicha variable de control, mostrando a la escolaridad como un factor relevante

para la presencia o ausencia de depresión. Mientras que, Borges (2018) y Carvalho et al. (2016), no evidenciaron diferencias significativas en relación la escolaridad de sus participantes, en las cuales las personas que no cuentan con educación básica son los principales afectados por depresión en su mayoría.

Por último, según grupo etario, Prieto-Molinari et al. (2020) y Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) también encontraron diferencias significativas en los adultos durante el periodo de confinamiento, en las investigaciones que realizaron, donde los jóvenes denotaban mayor presencia de sintomatología depresiva en comparación a los adultos y adultos mayores; esto podría deberse a que debido al aislamiento obligatorio muchos jóvenes vieron interrumpidos sus estudios y proyectos profesionales, siendo más propensos a tener un cuadro depresivo desencadenado por la experiencia vivida (Wang et al., 2020). En cambio, Rivas et al. (2020) y Gaytán-Jiménez et al. (2019) no hallaron diferencias significativas para la depresión con relación a la edad, sin embargo, los adultos con mayor proporción de sintomatología clínicamente relevante el grupo de edad entre 25 a 40 años.

Para el cuarto objetivo, sí se hallaron diferencias significativas del bienestar psicológico según el sexo, el estado civil y la edad; pero no se encontró diferencias significativas con respecto al grado de instrucción. La investigación chilena de García et al. (2016) realizado en adultos cuidadores de ambos sexos con edades entre 18 y 78 años, contradice casi todos estos resultados, porque se encontró en su estudio que no había diferencias significativas para el sexo, estado civil ni edad; solo hay similitud con la presente investigación en que no halló diferencias para la variable de grado de instrucción; señalando que encuentran que un mayor bienestar psicológico del cuidador se asocia con respuestas de afrontamiento caracterizadas por la utilización de estrategias centradas en el problema, sin distinción de alguna condición de la persona.

Otros estudios que niegan los resultados encontrados, son los de Robles (2020) y Yataco (2019) en Perú, y la Rodón y Galera (2019) en Argentina, quienes no evidenciaron diferencias significativas en relación con el sexo, en sus muestras de estudio que lo conformaban jóvenes y adultos, en discrepancia con la presente investigación, esto tiene explicación por la cultura que es cambiante, la cual repercute en los roles sexuales generando menos diferencia entre géneros, esto quiere decir que hoy en día la crianza entre varones y mujeres son similares, donde ambos pueden alcanzar niveles altos o bajos de bienestar psicológico, sin distinción de sexo (Del Valle et al., 2015).

VI. Conclusiones

- Para el objetivo general, se encontró relación estadísticamente significativa e inversa entre la depresión y el bienestar psicológico ($\rho = -.596$; $p = .000$), entendiéndose que, a mayor presencia de depresión en los adultos, habrá un menor nivel de bienestar psicológico.
- En cuanto al primer objetivo específico, se encontró con relación a la depresión que, el 35.3% obtuvo puntaje dentro de la categoría sin depresión, el 22.0% depresión leve, 24.1% depresión moderada y 18.6% depresión grave.
- En cuanto al segundo objetivo específico, se encontró a nivel del bienestar psicológico, el 40.9% obtuvo puntaje dentro del nivel bajo de bienestar psicológico, 24.8% medio bienestar psicológico y 34.4% alto bienestar psicológico.
- Para el tercer objetivo, sí se hallaron diferencias significativas de la depresión con respecto al grado de instrucción ($p = .005$) y la edad ($p = .000$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas según el sexo ($p = .410$) y el estado civil ($p = .065$).
- Para el cuarto objetivo, sí se hallaron diferencias significativas del bienestar psicológico según el sexo ($p = .015$), el estado civil ($p = .001$) y la edad ($p = .000$). Por otro lado, no se encontró diferencias significativas con respecto al grado de instrucción ($p = .065$).
- Finalmente, se encontró relación estadísticamente significativa e inversa entre la depresión y las dimensiones del bienestar psicológico, con valores de $p < .01$ y ρ entre $-.310$ y $-.585$.

VII. Recomendaciones

- En primer lugar, diseñar programas/talleres psicológicos que prioricen la importancia de la salud mental en la población del centro de salud, para ampliar medidas de prevención de la depresión y estrategias de afrontamiento para procurar su bienestar integral.
- De igual forma, identificar a las(os) usuarias(os) con mayores categorías de depresión; así como, menores niveles de bienestar psicológico, para realizar una evaluación detallada y brindarles intervenciones individuales, a fin de fomentar su salud mental dentro de su vida diaria. Finalmente, realizar el seguimiento respectivo de cada caso clínico.
- Además, se recomienda ampliar el número de la muestra dentro del Centro de Salud Mental Comunitario San Borja, incluyendo a más jóvenes y adultos, y también añadiendo a adultos mayores que también se hayan visto afectados por el contexto de Covid-19.
- Posteriormente, se considera pertinente difundir esta investigación, como modelo, a los diversos establecimientos de salud de Lima, y de esta forma incentivar a los profesionales de la salud mental que laboran ahí replicar el estudio en estas variables y dentro del contexto de Covid-19, para tener mayores evidencias y trabajar en beneficio de los(as) usuarios(as).
- Por otro lado, es recomendable que los profesionales dedicados a la investigación psicológica extiendan el trabajo con otras áreas de salud mental, para poder crear más instrumentos y/o estandarizar antiguos, exclusivamente dirigida a la población de los centros de salud de Lima.

VIII. Referencias

- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista de Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª ed.). Médica Panamericana.
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), pp. 39-52. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Beck, A. (1970). *Cognity therapy and emotional disorders*. Penguin Books.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée De Bruwer.
- Beck, A. Steer, R. y Brown, G. (1996). *Manual para el Inventario de Depresión de Beck-II*. Corporación Psicológica.
- Beck, A., Brown, G., Steer, R., Eidelson, J. y Riskind, J. (1987). Diferenciando la ansiedad y la depresión: una prueba de la hipótesis de la especificidad del contenido cognitivo. *Revista de Psicología Anormal*, 96(3), pp. 179–183. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.96.3.179>
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). Un inventario para medir la depresión. *Archivos de Psiquiatría General*, 4 (6), pp. 561-571. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa.

- Borges, T. (2018). *Estudio sobre Depresión y Ansiedad mediante el PHQ en Venezuela* [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46763/1/T39658.pdf>
- Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A. Beck, R. Steer y G. Brown (Ed.), *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck* (pp. 11-37). Paidós.
- Calderón, G. (1984). *Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento*. (1ª ed.). Trillas.
- Castañeda, J., Moreno, A. y Alarcón, R. (2010). Diferenciación clínica entre la depresión mayor y la depresión en el trastorno afectivo mayor. *Revista Médica de Risaralda*, 16(1), pp. 29-39. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3988901>
- Castillo, A., Fernández, R., y López, P. (2014). Prevalencia de ansiedad y depresión en docentes. *Enfermería del trabajo*, 4 (2), pp. 55-62. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4738761.pdf>
- Casullo, M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Paidós.
- Casullo, M. y Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de psicología*, 18 (1), pp. 35 – 68. <https://doi.org/10.18800/psico.200001.002>
- Casullo, M. y Castro, S. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7(2), pp. 129-140. <https://www.aeppc.net/wp-content/uploads/2020/05/05.20022.Casullo-Castro.pdf>
- Colegio de Psicólogos del Perú (2018). *Código de ética y deontología*. Aprobado por Resolución N° 190-2018 CDN-C.Ps-P. del 18.07.2018. https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

- DeGruy, F. y Schwenk, T. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la depresión y los trastornos bipolares en atención primaria. En D. Evans, D. Charney y L. Lewis (Ed.), *Depresión y trastornos bipolares: Guía para el médico* (pp. 3-20). McGraw Hill.
- Del Valle, M., Hormochea, F., y Urquijo, S. (2015). El Bienestar Psicológico: Diferencias según sexo en estudiantes universitarios y diferencias con población general. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(3), pp. 6-13.
<https://www.redalyc.org/pdf/3334/333443343003.pdf>
- Díaz, E. y Sanz, R. (2015). Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo: A propósito de un caso clínico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1), pp. 61-78.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5912891.pdf>
- Diener, E., Diener M. y Diener C. (1984). Factors predicting the subjective wellbeing of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5); pp. 851-864.
<https://slatestarcodex.com/Stuff/diener1.pdf>
- Duckworth, A., Steen, T. y Seligman, M. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), pp. 629-651.
10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154. PMID: 17716102.
- Fernández, F. (2011). Las causas de la depresión. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, (4), pp. 575-597. <http://www.ranm.es/images/pdf/anales/2011-04.pdf>
- Fierro, A. (2000). Salud (comporta)mental: Un modelo conceptual. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1(53), pp. 147-163.
https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/salud_comportamental_un_modelo_conceptual.pdf

- Figuroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M. y Suedan A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), pp. 66 – 72. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27171>
- García, F., Manquián, E. y Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 15(3), pp. 101-111. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-770>
- García-Viniegras, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16 (6), pp. 586 – 592. https://www.researchgate.net/publication/242241780_La_categoria_bienestar_psicologico_Su_relacion_con_otras_categorias_sociales
- Gargiulo R. y Stokes M. (2009). Bienestar subjetivo como indicador de depresión clínica. *Social Indicators Research*, 92 (3), pp. 517-527. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9301-0>
- Gaytán-Jiménez, E., García-Vargas G., Gaytán-Hernández, D., Rosales-González, M., Reyes-Hernández, H., Sánchez-Armás, O. y Calderón-Hernández, J. (2019). Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. *Acta Universitaria*, 29, pp. 1–11. <https://doi.org/10.15174/au.2019.2063>
- Gonzales, G. (2022). *Depresión y salud mental en estudiantes de una universidad pública de Lima, durante la pandemia del Covid-19, 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/94357>

- Guillen, J. y Ordoñez, R. (2017). *Depresión y ansiedad en pacientes adultos en Hemodiálisis de un Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú*. [Tesis de pregrado Universidad Ricardo Palma]. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1199>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Huarca, P. y Ruiz, K. (2016). *Satisfacción laboral y bienestar psicológico en trabajadores obreros de empresas de intermediación laboral del sector minero en Arequipa*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Agustín]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3524>
- Ministerio de Salud (2020). *Guía técnica. Cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto Covid-19*. MINSA. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf>
- Ministerio de Salud (22 de julio del 2022). *Minsa brindó más de 44 mil atenciones en los Centros de Salud Mental Comunitarios durante la pandemia*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/214647-minsa-brindo-mas-de-44-mil-atenciones-en-los-centros-de-salud-mental-comunitarios-durante-la-pandemia/>
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), pp. 136-138. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n2/spu01217.pdf>
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud (13 de setiembre del 2021). Depresión. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. (10ªed.).

- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Salud mental y Covid-19*.
<https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>
- Osornio-Castillo, L. y Palomino-Garibay, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en medicina familiar*, 11(1), pp. 1-2.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719069001>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. y Idoiaga-Mondragón, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Prieto-Molinari, D., Aguirre, G., Pierola, I. de, Victoria-de Bona, G., Merea, L., Lazarte, C., Uribe-Bravo, K., y Zegarra, Á. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2), e425.
<https://doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>
- Rai, D., Zitko, P., Jones, K., Lynch, J. y Araya, R. (2013). Determinantes socioeconómicos de la depresión a nivel individual y de país: comparación transnacional multinivel. *The British journal of psychiatry the journal of mental science*, 202(3), pp. 195–203.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112482>
- Rivas, M., Durán, R., Jonapá, V. y Ruiz, F. (2020). La Depresión. Un problema de Salud Pública de las mujeres en Chiapas. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 19 (2), pp. 19-25. <https://doi.org/10.29105/respyn19.2-3>
- Robles, S. (2020). *Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A) en adultos de 20 a 58 años de Puente Piedra, Lima, 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/47825>

- Rodón, M. y Galera, M. (2019). *Depresión y bienestar psicológico en estudiantes de la Universidad Nacional de Mar de Plata* [Tesis de título, Universidad Nacional de Mar de Plata]. <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/846>
- Romero, E. (2010). *Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con depresión mayor*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/676>
- Rossi, J., Jiménez, J., Barros, P., Assar, R., Jaramillo, K., Herrera, L., Quevedo, Y., Botto, A., Leighton, C. y Martínez, F. (2019). Sintomatología depresiva y bienestar psicológico en estudiantes universitarios chilenos. *Revista Médica de Chile*; 147(5), pp. 579-588. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000500579>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), pp. 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Salvador, D. (2016). *Bienestar Psicológico y habilidades sociales en alumnos de primer grado de nivel secundaria de una institución educativa particular de Trujillo*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/1971>
- Sánchez, E. (2002). *Individuo, sociedad y depresión*. Aljibe.
- Sánchez, P., Sierra, R., Peiró, G. y Palmero, F. (2008). Estrés, depresión, inflamación y dolor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 11(28), pp. 1-15. <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article1/article1.pdf>
- Sánchez-Cánovas, J. (1998). *Escala de Bienestar Psicológico*. TEA.

- Sánchez-García, S., García-Domínguez, A., García-Peña, C., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Narváez-Macías, L. y Juárez-Cedillo, T. (2014). Utilización de la versión reducida de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población de adultos mayores mexicanos. *Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 2(4), pp. 137-150. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457645126002>
- Secretaría de Salud de México (2015). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto*. Instituto Mexicano del Seguro Social
- Seligman, M. y Peterson, C. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science*, 14 (1), pp. 381-384. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.24482>
- Solari, L. (2018). *Depresión y bienestar psicológico en usuarios del centro del adulto mayor de la Clínica Ancije- ESSALUD*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villarreal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2085>
- Taruchaín, L., Freire, V. y Mayorga, M. (2020). Bienestar psicológico y estrés laboral en trabajadores no profesionales de la ciudad de Ambato, aplicando el cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12. *Ciencia Digital*, 4(1.1.), pp. 32-44. <https://doi.org/10.33262/cienciadigital.v4i1.1.1162>
- Vallejo, M. (2012). *Manual de Terapia de Conducta. Tomo I*. (2ª ed.). Dykinson.
- Vázquez, A. (2013). Depresión. Diferencias de género. *Revista Multimed*, 17(3), pp. 193-217. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/319>
- Vázquez, C. y Sanz, J. (2009). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Ed.), *Manual de Psicopatología Vol. 2* (pp. 234-269). McGraw-Hill.

- Vidaurre, M. y Huayna, E. (2021). *Salud mental, depresión y ansiedad en pacientes con COVID-19*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. <http://hdl.handle.net/20.500.12840/4754>
- Vielma, J. y Leonor, A. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica, *Revista Educere*, 14, (49), pp. 265 – 275. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35617102003.pdf>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. y Ho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Yataco, J. (2019). *Bienestar psicológico y estrés académico en estudiantes de la carrera de ingeniería de sistemas de una universidad privada de Lima sur*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. <https://hdl.handle.net/20.500.13067/707>
- Zarragoitía, I. (2010). *Depresión: Generalidades y particularidades*. Ciencias Médicas.

ANEXOS

Anexo A**Ficha técnica del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)**

Nombre:	Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)
Autores:	Beck, Steer y Brown
Procedencia:	Estados Unidos
Año:	1996
Aplicación:	Individual y colectiva
Adaptación:	Brenlla y Rodríguez (2006)
Población:	13 años en adelante
N° de ítems:	21 ítems
Finalidad:	Evaluar la sintomatología depresiva
Materiales:	Manual, protocolo de aplicación y plantilla de corrección
Ámbitos de aplicación:	Clínico

Anexo B

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

Edad: _____

Sexo:

M	H
---	---

Grado de instrucción:

Primaria	Secundaria	Superior Universitario	Superior Técnica
----------	------------	---------------------------	------------------

Estado civil:

Soltera(o)	Casada(o)	Viuda(o)	Divorciada(o)
------------	-----------	----------	---------------

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi
- 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 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 este 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 gusta 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

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 propias 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 mi 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 tan 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 apetito en absoluto
- 3b Quiero comer todo el día

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 Estoy mucho menos interesado en el sexo
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo

“Gracias por participar”

Anexo C**Ficha técnica de la Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A)**

Nombre:	Escala de Bienestar Psicológico en Adultos (BIEPS-A)
Autores:	Martina Casullo
Procedencia:	Argentina
Año:	2002
Aplicación:	Individual y colectiva
Población:	Adultos en general
N° de ítems:	13 ítems
Finalidad:	Evaluar el grado en que las personas están o no satisfechas con su forma de vivir.
Materiales:	Manual, protocolo de aplicación y plantilla de corrección
Ámbitos de aplicación:	Clínico

Anexo E**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION DE UN ESTUDIO
DE INVESTIGACIÓN**

*Título: Depresión y Bienestar Psicológico en contexto COVID-19 en adultos asistidos de un
Centro de Salud de Lima Metropolitana*

Estimada(o) usuaria(o), el día de hoy ha sido invitada(o) a participar en la siguiente investigación cuyo objetivo es “determinar la relación entre la depresión y bienestar psicológico en contexto de COVID-19 en adultos que asisten al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja”. La investigación está a cargo de la Interna de Psicología del Centro de Salud Mental Comunitario San Borja, Lesly Alessandra Solis Ccama, con el fin de obtener el título de Licenciatura en Psicología.

La participación en este estudio es voluntaria y la información obtenida solo será usada con fines académicos siendo estrictamente confidencial. El llenado del formulario le tomará un tiempo aproximado de 10 a 15 min.

Lo único que se necesita para su participación es: tener entre 18 y 59 años de edad, ser usuaria(o) del Centro de Salud Mental Comunitario San Borja, y haber leído y aceptado el consentimiento informado.

IMPORTANTE: En caso de tener alguna duda sobre la investigación o alguna pregunta, puede contactarse con la investigadora, mediante el siguiente correo: 2015031181@unfv.edu.pe

¿Desea participar voluntariamente en este proceso de investigación?

SÍ	NO
----	----

Finalmente, se agradece su participación.