Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata

Repositorio RPsico **http://rpsico.mdp.edu.ar**

Trabajos de Tesis Tesis de Grado

2019-02-07

Depresión y bienestar psicológico en estudiantes de la UNMdP

Rodón, María Inés

http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/846

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Depresión y bienestar psicológico en estudiantes de la UNMdP

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS ALUMNOS:

Rodón, María Inés	Mat. Nº 8428/08	DNI. 34.217.935
Galera, María Sol	Mat. Nº 8528/08	DNI. 33.273.756

SUPERVISOR: Dr. Urquijo, Sebastián

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:
Psicología Cognitiva – Teorías del Aprendizaje – Grupo de Investigación en Psicología Cognitiva y Educacional - Instituto de Psicología Básica, Aplicada y Tecnología – IPSIBAT

FECHA DE PRESENTACIÓN: 27 de noviembre de 2018

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas María Inés Rodón y Sol Galera de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas María Inés Rodón y María Sol Galera, matrícula/s Nº 8428/08 y N° 8528/08, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 26 días del mes de noviembre del año 2018.

Firma, Aclaración y Sello del supervisor

Informe de Evaluación del Supervisor

Las estudiantes María Inés Rodón y María Sol Galera han cumplido satisfactoriamente con lo propuesto en el Plan de Trabajo oportunamente aprobado. Durante su desarrollo han demostrado una intensa dedicación al estudio, un alto nivel de exigencia y compromiso con las actividades emprendidas. Además de su interés y preocupación por las relaciones entre el bienestar psicológico y la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos de estudiantes universitarios de la ciudad de Mar del Plata, se destacan por poseer capacidad para reflexionar, aprender y asimilar. Su trabajo reviste importancia, ya que analiza detalladamente las relaciones de la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos y los niveles de depresión con diferentes factores y niveles generales de bienestar psicológico. Los resultados revisten interés particular en la medida que permiten ampliar el conocimiento sobre esta población particular y, a la vez, consisten en un importante aporte de evidencia a teorías psicológicas generales.

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas María Inés Rodón y Sol Galera matrículas Nº 8428/08 y N° 8528/08.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

Plan de Trabajo

ÍNDICE

	Páginas
DESCRIPCIÓN RESUMIDA	1
MARCO TEÓRICO	2
La depresión y su diagnóstico	2
Los efectos de la depresión en la salud	3
El tratamiento de la depresión	4
Investigaciones	6
El enfoque Salutógeno y la Psicología Positiva	8
El estudio científico del bienestar	9
El modelo de Ryff	10
Bienestar psicológico y psicopatología: ¿Variables dependientes o independientes?	12
METODOLOGÍA	17
Objetivos	17
Hipótesis	17
Tipo de estudio	17
Muestra	17
Descripción de los instrumentos	18
ANALISIS DE DATOS	20
PROCEDIMIENTO	20
PRESENTACION DE LOS DE LOS RESULTADOS	21
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES	30
CONSIDERACIONES FINALES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
ANEXO - INSTRUMENTOS	44

Descripción resumida

El objetivo de esta investigación fue explorar las relaciones entre la presencia, frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y el nivel de bienestar psicológico en estudiantes universitarios. Se partió del supuesto de que los síntomas de depresión y el aumento de su intensidad, repercutirían disminuyendo los niveles de bienestar psicológico. Para ello, se trabajó con una muestra no probabilística, de conveniencia, de 250 estudiantes regulares de diferentes Facultades de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Para evaluar la variable bienestar psicológico, se administró la adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle & Van Dierendonck, 2006). Para evaluar los síntomas de depresión, se aplicó la traducción al español de la forma A de la escala Baptista de Depresión (EBADEP-A) (Baptista 2012), en proceso de adaptación y la adaptación al español del Inventario de Depresión de Beck-II - BDI-II para población normal (Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003). 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.

Palabras clave: Depresión, Bienestar Psicológico, estudiantes universitarios.

Marco Teórico

La depresión y su diagnóstico

Según la Organización Mundial de la Salud, 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. Actualmente es la principal causa a nivel mundial de discapacidad. (OMS, 1992)

En el presente, existe consenso respecto a determinados criterios que deben ser contemplados al diagnosticar un trastorno de depresión mayor, los mismos pueden verse plasmados en los manuales DSM-V (APA, 2014) o CIE-10 (OMS, 1992). Un conjunto de los síntomas más representativos debe presentarse de modo continuo durante un período de dos semanas. Gotlib y Joormaan (2010) destacan que si bien los síntomas son indicadores importantes al realizar el diagnóstico, la depresión es primariamente un trastorno emocional y un afecto negativo sostenido, por lo cual se requiere de la presencia de afectos negativos sostenidos o la pérdida de placer para poder establecer el diagnóstico.

En el DSM-V (APA, 2014), a diferencia de la versión previa, se dedica un apartado individual a los trastornos depresivos donde se enumeran sus distintas clases. A su vez se destaca que todos los trastornos depresivos tienen rasgos comunes, particularmente un estado de ánimo caracterizado por la tristeza, la sensación de vacío o la irritabilidad, se acompañan de la presencia de cambios cognitivos y somáticos, los cuales influyen significativamente y de modo negativo en la funcionalidad de la persona. Los distintos trastornos se distinguen por su duración, presunta etiología o momento temporal en el cual se presentan.

Para realizar un diagnóstico de trastorno depresivo mayor los episodios deben durar al menos dos semanas, deben conllevar cambios evidentes en el afecto, la funcionalidad neurovegetativa y la cognición así como también remisiones interepisódicas. Los autores del manual aclaran que debe

prestarse especial atención a la diferenciación entre la tristeza normal y la tristeza correspondiente a un episodio de depresión mayor.

El diagnóstico de depresión a nivel crónico se realiza cuando los cambios en el estado de ánimo permanecen durante al menos dos años en el caso de los adultos y un año en el caso de la población infantil.

En la actualidad existe amplio consenso respecto a considerar la implicación de factores genéticos y ambientales en la causa de la depresión. Genes y ambiente interactúan a lo largo de toda la vida de un individuo, lo cual da lugar a situaciones biológicas cerebrales continuamente cambiantes. Los niveles de neurotransmisores, la cantidad de determinados receptores neuronales y otras moléculas actúan como mecanismos de adaptación para la realidad compleja en la cual se encuentran los individuos durante su período vital (Fañanás, 2002).

Los efectos de la depresión en la salud

La depresión puede manifestarse con diferentes grados de severidad y su desarrollo puede ser variable dado que los síntomas pueden ser muy diversos y consecuencia de las características propias de determinada etapa en la vida de un individuo. En la generación de la patogénesis de la depresión, inciden y se relacionan entre sí múltiples factores, tanto sociales como psicológicos y biológicos.

Es destacable que la prevalencia de la depresión se da en jóvenes adultos (entre 25 y 44 años). En cuanto al género, se remarca el hecho de que es una patología que afecta en mayor número, aproximadamente el doble, a las mujeres que a los hombres. (Baringoltz, 2009).

La depresión provoca un impacto vital y funcional en aquellos que la padecen dado que es una patología que suele ser recurrente, es decir que a menudo, luego de que un individuo se encuentre atravesando un período de recuperación, retorna por completo la sintomatología (Israel, 2010). Tal como plantean Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás (2005), una dificultad se encuentra en que, cada vez que recurren los síntomas, se agrava de modo acumulativo y progresivo la funcionalidad psicosocial y se generan mayor

cantidad de necesidades asistenciales. A su vez, es también devastador a nivel psicológico porque el individuo comienza a sentir un mayor estado de indefensión lo cual incrementa su identidad depresiva.

Es importante destacar que con la permanencia de los síntomas no sólo se agrava la dimensión psicosocial, sino que también se producen cambios a nivel físico. En los últimos años, por medio de estudios de neuroimagen, se ha podido estudiar el cerebro de personas con depresión. Se han detectado varias anormalidades del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo de la glucosa en varias regiones del cerebro, incluyendo la corteza límbica, la corteza prefrontal, el hipocampo, la amígdala y la corteza cingulada anterior (Madhu, 2005). MacQueen y cols. (2003) realizaron un estudio sobre el funcionamiento y el volumen del hipocampo en personas con sintomatología depresiva. De acuerdo con los resultados que obtuvieron, el grupo de personas que estaba atravesando un episodio de depresión por primera vez y el grupo de personas que había atravesado múltiples episodios de depresión, demostraron disfunción del hipocampo en varios test de recolección de memoria. A su vez, estos últimos también mostraban una reducción en el tamaño de su hipocampo. Así, los investigadores probaron una significativa relación entre la duración de la enfermedad y la reducción del volumen del hipocampo. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos por Bremmer y cols. (2000) quienes midieron el hipocampo en pacientes con diagnóstico de depresión. Los autores explicaron que los individuos con depresión presentaban un volumen del hipocampo izquierdo 19% menor en comparación con sujetos sin diagnóstico de depresión.

El tratamiento de la depresión

Pérez Álvarez y García Montes (2001) explican que existen tres tratamientos de índole psicológica con probada eficacia para la depresión: la Terapia Cognitiva, la Terapia de Conducta y la Psicoterapia Interpersonal. Describen a estos tratamientos como programas estructurados que tienen una duración promedio de 12 a 16 encuentros, que poseen un manual para su aplicación y que es posible aplicarlos en grupo. Los autores destacan que la

eficacia a la cual refieren, sobre todo de la Terapia Cognitiva y la Psicoterapia Interpersonal, es similar a la presentada por la medicación para la depresión. Además destacan que los tratamientos de índole psicológica mostraron eficacia en el tratamiento agudo pero también para prevenir recaídas y recurrencias. A su vez Gloaguen, Cot-traux, Cucherat y Blackburn (1998) remarcan que a raíz de un meta-análisis se ha podido comprobar que las terapias cognitiva y de conducta poseen mayor eficacia que la medicación para el tratamiento de la depresión media o moderada.

El modelo cognitivo de la depresión propone tres conceptualizaciones para explicarla: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores en el procesamiento de la información. La tríada cognitiva hace referencia a tres patrones cognitivos fundamentales que llevan a la persona a valorarse a sí misma, a su futuro y a sus experiencias de un modo particular. El primer elemento de la tríada está enfocado en la visión negativa que posee el individuo con síntomas depresivos acerca de sí mismo. El sujeto presenta una tendencia a autocriticarse y subestimarse en base a sus defectos y considera que no posee los atributos que cree fundamentales para alcanzar un estado de felicidad. El segundo elemento de la tríada cognitiva se encuentra enfocado en la tendencia que posee el individuo con depresión a valorar sus experiencias de modo negativo. Tiene un modo de interpretar su interacción con el medio, animado o inanimado, como relaciones de frustración o fracaso. El tercer elemento se encuentra enfocado en una visión negativa sobre el futuro. El individuo depresivo tiende a anticipar que aquellos obstáculos, sufrimientos y dificultades que padece en el tiempo presente continuarán de modo indefinido. Consecuentemente, se encuentra expectante de frustración, pena y privaciones eternas (Beck, Rush, Shaw, Emery, 2010).

Respecto al término esquema, estos autores lo definen como “ciertos patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones” (Beck y cols., 2010). Frente a una situación determinada, el esquema constituye la base sobre la cual el individuo podrá transformar en cogniciones los estímulos de la circunstancia. Todas las experiencias

vivenciadas por una persona son evaluadas a través de una matriz de esquemas.

En cuanto a los errores en el procesamiento de la información, estos hacen referencia a los errores sistemáticos que ocurren en el pensamiento de los individuos con depresión. Dichos errores permiten que se sostenga la creencia de la persona respecto a la validez de sus conceptos negativos. Esto sucede aun cuando exista evidencia que contradiga dicha creencia. Los errores en el procesamiento de la información se clasifican del siguiente modo: Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta), Abstracción selectiva (relativo al estímulo), Generalización excesiva (relativo a la respuesta), Maximización y minimización (relativo a la respuesta) y Personalización (relativo a la respuesta) (Beck y cols., 2010).

Uno de los instrumentos creados para contribuir al diagnóstico de depresión es el EBADEP-A, el cual ha sido construido en Brasil. La finalidad con la cual fue creado fue rastrear sintomatología depresiva. Las bases teóricas sobre las cuales ha sido edificado son la teoría cognitiva (Beck y cols., 1997) y la teoría comportamental (Ferster, Culbertson y Boren, 1977). A su vez, se han utilizado manuales internacionales de diagnóstico, el DSM-IV Y EL CIE-10 (APA, 2002; OMS, 1992). El EBADEP-A (Baptista, 2012) consiste en una escala conformada por 90 oraciones que se presentan de a pares formando un total de 45 ítems. Dentro de cada par de oraciones, una de ellas tiene impronta negativa y la otra positiva. Cada par refiere a un indicador de sintomatología. La escala se encuentra estructurada en formato Likert de cuatro puntos, la puntuación menor que puede obtenerse con la escala corresponde a cero y la máxima a 135 puntos. Se comprende que cuanto menor sea la puntuación obtenida, menor será la presencia de sintomatología.

Investigaciones

Sibnath y cols. (2016) realizaron un estudio a 717 estudiantes universitarios de la India y hallaron que el 37.7%, 13.1%, y 2.4% de ellos presentaban síntomas de depresión moderados, severos y extremadamente

severos. Detectaron también, un significativo aumento de los niveles de depresión en los alumnos durante el segundo semestre. A su vez se destaca que los estudiantes de carreras de Humanidades y Ciencias Sociales evidenciaron mayor sintomatología depresiva en comparación a alumnos de otras carreras. En esta misma línea, Arrieta Vergara y cols. (2014) realizaron un estudio con 973 estudiantes universitarios de Cartagena, Colombia y hallaron, respecto a la sintomatología depresiva en los estudiantes, una prevalencia del 74,4%. Los autores destacan que entre los factores relacionados con la sintomatología depresiva se pueden mencionar conflictos de índole familiar, problemas económicos, ansiedad y la presencia de depresión o de síntomas depresivos en sus familiares.

Arivillaga Quintero y cols. (2004) realizaron una investigación con la finalidad de describir las características de la sintomatología depresiva en 218 estudiantes universitarios de carreras de pregrado de la Pontífica Universidad Javeriana de la ciudad de Cali. Los resultados que obtuvieron los investigadores indicaron una significativa prevalencia de sintomatología depresiva en la población estudiada. De acuerdo a las puntuaciones obtenidas con el Inventario de depresión de Beck, el 30,3% de los participantes mostraba niveles de depresión. A su vez, los autores destacan que la prevalencia fue mayor en personas de sexo femenino. También indican el impacto del estrato socioeconómico, cuanto más bajo era este último, más altos fueron los niveles de sintomatología depresiva.

Castellanos y cols. (2016) realizaron un estudio sobre la prevalencia de la depresión en 782 alumnos de una Universidad pública de Colombia. Luego de obtener resultados al aplicar el Inventario de Depresión de Beck-II, se determinó que 46,6% de los estudiantes manifestaba sintomatología depresiva. Los autores explican que el 32,4% de los individuos de la muestra presentó sintomatología correspondiente a depresión leve, el 12,7% sintomatología correspondiente a depresión moderada y el 1,5% presentó sintomatología depresiva severa. Los investigadores concluyeron entonces que la población universitaria estudiada poseía una tendencia a presentar síntomas de depresión y que la proporción de personas de sexo femenino

con depresión moderada fue superior en comparación a los hombres, siendo los valores 16,28% para las primeras y 8,99% para los segundos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Arivillaga Quintero y cols. (2004) quienes también encontraron mayor prevalencia de sintomatología depresiva en estudiantes universitarias mujeres en comparación a la presentada por los hombres.

El enfoque Salutógeno y la Psicología Positiva

Si bien en su origen la Psicología tenía una pluralidad de objetivos, como curar enfermedades mentales, hacer la vida de las personas más productivas y plenas e identificar y fomentar sus talentos, luego de la Segunda Guerra Mundial, un conjunto de circunstancias provocaron un cambio en este enfoque (Mariñelarena-Dondena, 2012). Durante el período de posguerra, los psicólogos norteamericanos se dedicaron al tratamiento de las necesidades de los veteranos de guerra, lo cual favoreció el desarrollo de la Psicología como una disciplina dedicada a la reducción del dolor y el sufrimiento.

Uno de los principales factores que impulsó la investigación en Psicología Positiva fue el desarrollo de la teoría Salutógena, propuesta por Antonovsky en 1987, la cual plantea que la enfermedad no es el polo opuesto a la ausencia de enfermedad sino a la salud positiva y que por lo tanto, salud y enfermedad son dos polos de un continuo. Su principal preocupación fue enfatizar la importancia de reducir las probabilidades de enfermar y reorientar la Psicología hacia el potencial de salud en las personas. En consecuencia, sostiene la importancia de la investigación sobre los factores salutógenos que causan o mantienen la salud positiva, dado que un buen estado de salud implica no solo no padecer enfermedades sino también de disfrutar de una serie de recursos que nos permiten resistir adversidades (Vázquez, Hervás, 2008). En esta misma dirección se había pronunciado la OMS un año antes cuando en su primera reunión oficial concluyó que:

> Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe poder identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, generar cambios y afrontar su entorno. La

salud es, entonces, un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas (OMS, 1986).

Dentro del Enfoque Salugénico, la corriente de la Psicología Positiva es su emergente más reciente. La misma fue presentada en 1998 por Martin Seligman en su discurso inaugural, al asumir el cargo de presidente de la APA. Según Beatriz Vera Poseck (2006), la Psicología Positiva es una rama de la Psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano durante tanto tiempo ignoradas por la Psicología. Su propósito es aportar nuevos conocimientos sobre la mente humana para resolver diferentes problemas de salud mental que padecen los individuos y para mejorar nuestra calidad de vida y bienestar. Martin Seligman (2005) define la Psicología Positiva como "el estudio científico de las experiencias positivas y los rasgos individuales positivos, además de las instituciones que facilitan su desarrollo. Un campo concerniente al bienestar y el funcionamiento óptimo". De esta manera, puede decirse que su principal objetivo es ampliar el foco de la psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio, no solamente mediante la mejora de aquello que se encuentra mal, sino también encontrando las fortalezas y virtudes de las personas que permiten lograr una mejor calidad de vida (Seligman, 2005).

El estudio científico del Bienestar

En línea con este objetivo, podemos destacar los desarrollos teóricos sobre bienestar humano. Basándose en orientaciones filosóficas clásicas, Waterman (1993) propone una distinción entre dos concepciones de bienestar, la concepción hedónica y la concepción eudaimónica. La primera concibe al bienestar en relación a la satisfacción global del individuo con su vida, considerando que éste experimentará mayor felicidad al experimentar la mayor cantidad posible de placer. De esta manera, se entiende al bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo (Vázquez, Hervás, Rahona, Gómez, 2009). Por otro lado, la concepción

eudaimónica concibe al bienestar en relación al desarrollo del potencial humano a través del cual cada individuo puede darle sentido a su vida. Así, el bienestar se alcanzaría a través del logro de objetivos personales, la superación de situaciones difíciles y del establecimiento de lazos afectivos con otros (Waterman, 1993).

Keyes, Ryff y Shmotkin (2002) han extendido esta distinción inicial y han propuesto una diferenciación entre dos tradiciones en investigación, aquellas que se han centrado en torno al constructo bienestar subjetivo (SWB, subjetive well-being) y que han incluido indicadores afectivos de felicidad y aquellas que se han centrado en torno al constructo bienestar psicológico (PWB, psychological well-being) y que han incluido indicadores de desarrollo personal y autorrealización. De esta manera, han logrado acentuar el hecho de que el constructo bienestar subjetivo es el principal representante de la tradición hedónica, mientras que el constructo bienestar psicológico es el principal representante de la tradición eudaimónica (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle, Van Dierendonck, 2006).

El modelo de Ryff

Posicionándose dentro de la tradición eudaimónica, Ryff (1989) ha argumentado que las primeras concepciones sobre bienestar han presentado una limitada base teórica, lo cual ha llevado a desatender aspectos importantes de la salud mental y el funcionamiento positivo, como el tener un propósito en la vida, el entablar relaciones afectivas con otros significantes y el sentirse autorrealizado. De esta manera, y con el objetivo de introducir evidencia empírica y otorgarle validez a los estudios sobre bienestar, propuso un modelo multidimensional del bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones psicológicas y un cuestionario para medirlo. Cada dimensión del bienestar psicológico hace referencia a determinados desafíos con los que los individuos se encuentran en su esfuerzo por funcionar positivamente (Keyes, Ryff, Shmotkin, 2002). Estas son:

1. **Auto-aceptación:** es la capacidad de las personas para sentirse bien consigo mismas, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones

(Vázquez y cols., 2009). Es la característica fundamental del funcionamiento positivo (Keyes y cols., 2002).

2. **Crecimiento personal:** refiere a la capacidad de mantener una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de las propias capacidades (Vázquez y cols., 2009). Suele manifestarse como sensación de desarrollo continuo, de progreso y apertura (Medina Calvillo, 2011).

3. **Propósito en la vida:** refiere a la capacidad de una persona para proponerse una meta y unificar sus esfuerzos en pos de alcanzarla (Vázquez y cols., 2009). Estos objetivos permiten dotar a la vida de sentido y proveen a la persona de la sensación de lograr integrar varias partes de su propia vida (Ryff, 1989).

4. **Relaciones positivas:** refiere a la capacidad de desarrollar y mantener relaciones cálidas, estables y amables con los demás y de tener amigos en quien confiar (Vázquez, 2009). Está íntimamente relacionada a la capacidad de amar, componente fundamental del bienestar y la salud mental (Ryff, 1989).

5. **Control ambiental:** refiere a la capacidad de una persona de dar forma a su medio para así satisfacer sus necesidades y deseos (Vázquez, 2009)

6. **Autonomía:** consiste en la capacidad de desarrollar un marcado sentido de individualidad y de libertad personal (Vázquez, 2009) que permite a la persona resistir la presión social, auto regular sus opiniones y comportamiento y tomar decisiones independientes (Ryff y Singer, 2002).

Combinadas, estas seis dimensiones abarcan las diferentes facetas del bienestar psicológico.

Para medir estas dimensiones teóricas, Ryff (1989) desarrolló un cuestionario llamado “Scales of Psychological Well-Being, SPWB”. El mismo fue adaptado al español a partir de la versión propuesta por Van Dierendonck (2004). La resultante “Escala de Bienestar Psicológico” (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallardo, Valle, Van Dierendonck, 2006) evalúa las seis dimensiones a través de 29 afirmaciones a las que se responde con puntuaciones que fluctúan del 1 (totalmente en desacuerdo) al 6 (totalmente de acuerdo).

Bienestar psicológico y psicopatología: ¿Variables dependientes o independientes?

Junto con el desarrollo de investigaciones en Psicología Positiva, se abrió el debate sobre si el bienestar psicológico y la presencia de psicopatología constituyen polos opuestos de un mismo continuo o si, por el contrario, son variables independientes. La importancia de dilucidar este debate radica en que, en el caso de ser variables opuestas, los avances en el conocimiento de uno de estos aspectos, significaría a su vez, un avance en el conocimiento del otro. Por el contrario, en el caso de tratarse de variables independientes, las conclusiones con respecto a una de ellas no necesariamente podrían extrapolarse a la otra.

Con el objetivo de indagar este interrogante, Ryff y cols. (2006) se propusieron examinar las correlaciones entre alteraciones fisiológicas (neuroendócrinas y cardiovasculares) y la presencia de bienestar psicológico y síntomas psicopatológicos. De esta manera, esperaban que, de tratarse de variables opuestas, se produjeran alteraciones fisiológicas similares con correlaciones opuestas. Mientras que, de tratarse de variables independientes, se observaran alteraciones fisiológicas diferentes para uno y otro caso. Si bien la mayor parte de las alteraciones fisiológicas observadas fueron diferentes para una y otra variable, lo cual indicaría que bienestar y psicopatología constituirían variables independientes, algunas de ellas mostraron una correlación espejada. A su vez, los autores advirtieron que, dada la conformación de la muestra, estas conclusiones no podrían ser generalizadas.

Continuando con la hipótesis correlacional, Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez (2009), explican que en las últimas décadas se ha comenzado a poner en evidencia que los estados positivos de índole psicológica, además de ser parte de la salud, pueden influenciar el desarrollo de enfermedades y dificultades a nivel físico así como afectar la recuperación. Los autores citan a Almedom y Glandon (2007), quienes plantean que poseer un estado óptimo

de salud a nivel mental o físico no debe referir únicamente a la ausencia de enfermedades, sino también al hecho de poseer capacidades y recursos que posibiliten resistir las dificultades que puedan presentarse a lo largo de la vida. En su artículo, citan estudios que respaldan la idea de que específicas áreas del cerebro pueden ser activadas para reducir el impacto de estímulos negativos.

Vasquez, Hervás y Rohana (2009) plantean que existen varios hallazgos que respaldan la afirmación de que las emociones negativas poseen la capacidad de debilitar la respuesta del sistema inmune. Posteriormente proponen la incógnita de si las emociones positivas pueden potenciar la capacidad del sistema inmunológico. Mencionan un estudio realizado por Cohen, Alper, Doyle, Treanor y Turner (2006) el cual permitió concluir que existe una relación entre afecto positivo y menores índices de enfermedad. Continuando en dicha vertiente, citan un estudio realizado por Ostir, Markides, Black & Goodwin (2000) quienes establecieron que la presencia de bienestar emocional o afecto positivo posee un impacto distinto en los individuos a la ausencia de depresión o afecto negativo. El afecto positivo, según dichos investigadores, se encargaría de proteger a las personas de los efectos de deterioro por la edad. Según los autores, es posible afirmar que el bienestar, además de encontrarse relacionado con más satisfacción psicológica, posee efectos sobre la salud en el plano físico.

Viera, López y Barrenechea (2006) también centraron la atención en el efecto protector del bienestar psicológico y el afecto positivo sobre la salud, como resultado de un trabajo de investigación en el cual presentaron una alternativa para su evaluación. Aplicaron el “Cuestionario de Bienestar Psicológico” en docentes venezolanos y cubanos y analizaron su asociación con indicadores de salud mental y vulnerabilidad al estrés. Por un lado, encontraron que no existían diferencias significativas entre quienes presentaban niveles altos y bajos de bienestar psicológico y las cuatro escalas de salud general evaluadas (presencia de síntomas físicos, ansiedad, conducta social y depresión). Estos resultados se explican al considerar que

los síntomas evaluados pueden verse afectados no solamente por las variables asociadas al bienestar psicológico (Autoconsciencia, Autoestima, Autoeficacia y Sentido de la Vida) sino también por otras variables relacionadas con la vida del sujeto (su familia, su trabajo, etc.). Por otro lado, observaron que aquellos sujetos que presentaban síntomas de depresión patológica, presentaban a su vez niveles bajos de bienestar psicológico. Resultados similares se encontraron en relación a la vulnerabilidad al estrés, lo cual indicaría una asociación significativa entre bienestar y vulnerabilidad. De esta manera, concluyeron que:

> El bienestar psicológico es una variable medidora en las relaciones del sujeto con su entorno, que se manifiesta en el proceso de la interacción de éste con el medio a partir de los recursos psicológicos con que cuenta para afrontar las demandas externas e internas. Actúa como un mecanismo protector para el sujeto y por supuesto, como un indicador positivo de su salud mental, lo cual no significa traducir literalmente ésta como ausencia de síntomas. (p.38)

En esta misma línea, Amado Cunqueiro, García y De Spirito (2015) investigaron la relación entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el nivel de bienestar psicológico en estudiantes de Psicología de la UNMdP, aplicando el cuestionario de síntomas revisados SCL-90-R (Derogatis, 1999, Casullo, 2004) (con el objetivo de evaluar la presencia de malestar psicológico) y la adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz y cols., 2006). Los resultados que obtuvieron confirmaron una correlación negativa entre los resultados de la Escala de Somatizaciones y la Escala de Bienestar Psicológico, a partir de lo cual interpretaron que:

> Los estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNMDP que perciben una mayor cantidad de síntomas vinculados a disfunciones corporales, tienden a presentar mayores dificultades para sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, la capacidad de marcar metas y objetivos y la capacidad de sentirse bien consigo mismos. (p.35)

Concluyeron así, que la percepción de mayor cantidad de síntomas

psicopatológicos en diferentes escalas tiende a asociarse a niveles menores de bienestar psicológico.

Estas conclusiones concuerdan con las obtenidas por Casullo y Castro Solano (2002) en su estudio titulado “Patrones de personalidad, síndromes clínicos y Bienestar Psicológico en adolescentes”, en el cual observaron que aquellos adolescentes que presentaban síntomas y síndromes de relevancia clínica (como depresión, tendencias suicidas y problemas de alimentación), percibían niveles menores de bienestar psicológico.

En un estudio previo, realizado en el año 2000, estos mismos autores hallaron una correlación negativa entre la presencia de síntomas psicopatológicos y el bienestar psicológico. Al presentarse patología, se encontró particularmente afectada la dimensión de tipos de vínculos psicosociales que pueden concretar, así como también la dimensión Aceptación de uno mismo.

Castro Solano y Casullo (2010) explican que cuanto mayores son los indicadores de psicopatología, menor es la percepción del bienestar psicológico. Se explicita una correlación negativa entre la aceptación de sí mismo y la presencia de síntomas, sentimientos de desilusión e inquietud por ser distinto que los otros. Se destaca que la presencia de síntomas psicopatológicos pareciera tener poco efecto sobre la posibilidad de poseer proyectos personales y metas vitales. Además el género, el contexto sociocultural y la edad no demuestran tener efecto sobre la percepción del bienestar psicológico en adolescentes. Estos hallazgos fueron producto de una investigación desarrollada con la finalidad de generar un instrumento que permitiera evaluar el bienestar psicológico (de acuerdo a teoría de Ryff) en adolescentes y revisar sus propiedades psicométricas. Las personas que participaron en la investigación residían en tres regiones diferentes de la Argentina y sus edades estaban comprendidas entre los 13 y los 18 años. Se evaluaron síntomas psicopatológicos con el SCL-90, la satisfacción con la utilización de las escalas D-T y SWLS así como también el bienestar psicológico con la escala BIEPS-J.

Keyes (2005), a partir de un estudio llevado a cabo con una muestra

representativa nacional de Estados Unidos, arribó a conclusiones que apoyan la hipótesis de que las diferentes medidas de bienestar (psicológico, social y emocional) y las medidas de trastornos mentales (depresión mayor, ansiedad generalizada, pánico y dependencia al alcohol) son dimensiones independientes aunque correlacionadas.

Teniendo en cuenta las evidencias existentes en cuanto a la relación entre estas variables y considerando que no se han realizado suficientes investigaciones locales que den cuenta de esta relación, consideramos que la siguiente investigación puede aportar nuevo conocimiento en esta área.

Metodología

Objetivo General

Determinar la existencia de relaciones entre la frecuencia y la intensidad de síntomas de depresión y niveles de bienestar psicológico en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión de estudiantes regulares de la Universidad Nacional de Mar del Plata y sus niveles de bienestar psicológico.
2. Determinar la existencia de relaciones entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión de los estudiantes y sus niveles de bienestar psicológico, para toda la muestra y considerando diferencias por sexo.

Hipótesis de Trabajo

Existe una asociación positiva entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y los niveles de bienestar psicológico en estudiantes regulares de la Universidad Nacional de Mar del Plata, de manera tal, que se espera que estudiantes con mayor cantidad e intensidad de síntomas de depresión, presenten niveles más bajos de bienestar psicológico, en todas sus dimensiones.

Tipo de estudio

Ex postfacto, transversal, descriptivo, correlacional, con un grupo y múltiples medidas.

Muestra

Se obtuvo una muestra no probabilística, de conveniencia, de 250 estudiantes regulares universitarios de la UNMDP que accedieron voluntariamente y prestaron su conformidad por escrito para participar del estudio.

Descripción de los Instrumentos

Para evaluar el nivel de bienestar psicológico se administró la adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno-Jiménez, Gallarado, Valle y Van Dierendoonck, 2006). El inventario mide seis dimensiones propuestas por Carol Ryff: Auto-aceptación, Relaciones positivas, Control Ambiental, Autonomía, Propósito en la vida y Crecimiento personal. Las mismas son evaluadas a través de 29 afirmaciones a las que se puede responder con puntuaciones de que fluctúan del 1 (totalmente en desacuerdo) al 6 (totalmente de acuerdo).

Para evaluar los síntomas de depresión se utilizaron dos instrumentos. Por un lado, la traducción al español en proceso de adaptación, de la forma A de la Escala Baptista de Depresión (EBADEP-A) (Baptista 2012). El EBADEP-A fue construido por Makilim Nunes Baptista a partir de 26 descriptores de síntomas depresivos basados en los manuales internacionales de diagnóstico CID 10 y DSM-IV-TR (OMS, 1993; APA, 2002) así como en las Teorías Cognitivas Comportamentales de la depresión (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1997; Ferster, Culbertson y Boren, 1977). El instrumento está compuesto por 45 ítems que reúnen dos oraciones cada uno. Dentro de cada par, una de las oraciones posee una impronta positiva y la otra una impronta negativa que refieren a descriptores de depresión. Está estructurado en formato Likert de cuatro puntos, fluctuando de 0 a 3, correspondiendo el puntaje mínimo a cero y el máximo a 135. Cuanto mayor es el puntaje obtenido, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Existen numerosas publicaciones que dan cuenta de la confiabilidad y validez del instrumento (Baptista, 2012), como la investigación de Baptista y Gomes (2011), quienes analizaron las propiedades psicométricas del instrumento en un estudio de validez del constructo.

A su vez, se administró la adaptación al español del Inventario de depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory II - BDI-II) para población normal (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). La finalidad con la cual fue desarrollado dicho inventario fue brindar una evaluación cuantitativa respecto al nivel de intensidad de la presencia de depresión. Tiene como meta la

detección de la presencia de sintomatología depresiva y la cuantificación de su gravedad en personas de 13 a 65 años. La misma es evaluada través de 21 ítems de tipo likert con cuatro alternativas de respuesta ordenadas en orden creciente respecto a la gravedad de los síntomas. Al ser un instrumento de autoinforme, la valoración de los ítems se realiza teniendo en cuenta el estado de ánimo de los últimos 15 días, incluyendo el día de la administración. Los ítems miden indicadores de sintomatología depresiva de acuerdo a los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). De acuerdo con la alternativa elegida, cada punto se evalúa de 0 a 3 puntos, luego de sumar el puntaje de cada ítem se puede obtener el puntaje total que fluctúa de 0 a 63. La escala evalúa una dimensión general integrada por todos los ítems y contiene dos dimensiones altamente correlacionadas: la dimensión cognitivo-afectiva (que consta de 12 ítems) y la dimensión somático-motivacional (que consta de 7 ítems). Resulta importante aclarar que no es un instrumento con el cual la depresión es apreciada en cuanto entidad diagnóstica, sino en calidad de síndrome.

Se esperaba encontrar relaciones significativas entre la presencia de síntomas de depresión y el nivel de bienestar psicológico.

Análisis de los datos

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central, desvíos, máximos y mínimos) para caracterizar los niveles de bienestar psicológico y la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos de la muestra. Se aplicaron análisis de correlación bivariada para determinar las asociaciones entre los niveles de bienestar psicológico y la cantidad e intensidad de síntomas depresivos. Adicionalmente, se sometieron los datos a pruebas t de diferencias de medias, para establecer diferencias de bienestar psicológico y síntomas depresivos en función del sexo.

Procedimiento

Para la obtención de los datos se contactó a los estudiantes universitarios en las inmediaciones la Universidad Nacional de Mar del Plata. Los estudiantes fueron informados sobre las características del estudio y se les solicitó su participación desinteresada y voluntaria. Aquellos que accedieron a participar del estudio, fueron conducidos a espacios áulicos libres del complejo, con el objeto de administrar los instrumentos. Se procuró, a través de la firma de un consentimiento informado, que los datos de los participantes permanecieran anónimos.

Presentación de los resultados

En respuesta a nuestro primer objetivo de determinar la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y los niveles de bienestar psicológico de la muestra de estudio, los resultados se sometieron a análisis estadísticos descriptivos.

En la tabla 1 se presentan los resultados.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables para el total de la muestra (n=250)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Depresión Total EBADEP	250	,00	93,00	31,7200	18,52540
Depresión Total BDI-II	250	,00	38,00	8,9280	7,00565
Auto-aceptación	250	1,25	6,00	4,6630	,97955
Relacionamiento Positivo	250	-,80	6,00	4,8136	1,15372
Autonomía	250	-,43	6,00	4,3057	,90505
Control Ambiental	250	1,25	6,00	4,6150	,91536
Crecimiento Personal	250	1,00	6,00	5,0470	,89708
Propósito en la Vida	250	1,40	6,00	4,7584	,99082
Nivel de Depresión EBADEP	250	,00	2,00	,0800	,33772
Nivel de Depresión BDI-II	250	,00	3,00	,3240	,69060

Según los resultados, podemos destacar que la muestra obtuvo una puntuación media superior en la variable Crecimiento Personal en comparación con las restantes dimensiones del bienestar psicológico.

Con motivo de establecer la similitud o diferencia de los estadísticos descriptivos obtenidos en este estudio con los valores normativos, tomaremos como referencia la muestra presentada por Diaz y cols. (2006) cuya finalidad fue validar la Escala de Bienestar de Ryff y estimaremos el tamaño del efecto de la diferencia entre los grupos con la d de Cohen. Los datos pueden observarse en la tabla 2.

Tabla 2

Comparación de estadísticos de Bienestar Psicológico entre la muestra del estudio y la muestra normativa.

	Muestra del Estudio (n=250)		*Muestra Normativa Diaz et al. (n=467)*		
Escala	*M*	*D.S.*	*M*	*D.S.*	*d Cohen*
Auto-aceptación	4,66	0,97	4,31	0,86	0,38
Relacionamiento Positivo	4,81	1,15	4,58	0,85	0,22
Autonomía	4,30	0,90	4,24	0,73	0,07
Control Ambiental	4,61	0,91	4,31	0,72	0,36
Crecimiento Personal	5,04	0,89	4,57	0,64	0,60
Propósito en la Vida	4,75	0,99	4,47	0,83	0,30

La medida d de Cohen representa el número de desviaciones típicas que dividen a dos grupos. Podemos ejemplificarlo de la siguiente manera: una d de 0,5 señalaría que la diferencia entre grupos en la variable evaluada es de media desviación típica. Siguiendo los planteos de Cohen (1992) se puede tomar como referencia para la interpretación de la magnitud de los tamaños del efecto:

- d = 0,20: tamaño del efecto pequeño.
- d = 0,50: tamaño del efecto mediano.
- d = 0,80: tamaño del efecto grande.

De la comparación de dichas muestras, podemos observar que los niveles de Autonomía fueron los únicos que presentaron diferencias pequeñas, mientras que Auto-aceptación, Relacionamiento Positivo, Control Ambiental y Propósito en la vida mostraron diferencias entre pequeñas y medianas. Por otro lado, la variable Crecimiento personal presentó diferencias entre medianas y grandes.

Con el objetivo de explorar la existencia de diferencias según el sexo, los resultados se sometieron a un análisis de comparación. La tabla 4 muestra las estadísticas por grupo.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos diferenciados por sexo

	Femenino (n=162)			*Masculino (n=88)*		
Escala	*Media*	*Desviación Típica*	*Error tip. de la media*	*Media*	*Desviación Típica*	*Error tip. de la media*
Depresión Total EBADEP-A	32,2531	18,23324	1,43254	30,7386	30,7386	2,03801
Depresión Total BDI-II	9,0123	7,12792	,56002	8,7727	6,81231	,72619
Auto-aceptación	4,6605	,97070	,07627	4,6676	1,00124	,10673
Relaciones Positivas	4,9185	1,13828	,08943	4,6205	1,16344	,12402
Autonomía	4,2646	,92804	,07291	4,3815	,86116	,09180
Control Ambiental	4,6034	,94559	,07429	4,6364	,86179	,09187
Crecimiento Personal	5,0926	,93992	,07385	4,9631	,81079	,08643
Propósito en la Vida	4,7765	,95186	,07478	4,7250	1,06364	,11338
Nivel de Depresión EBADEP-A	,0802	,33397	,02624	,0795	,34646	,03693
Nivel de Depresión BDI-II	,3086	,68962	,05418	,3523	,69547	,07414

Independientemente del instrumento utilizado para medirla, los resultados muestran que la depresión total es más alta en las mujeres que en los hombres. En cuanto al nivel de depresión obtenido con el EBADEP- A, puede afirmarse que las mujeres obtuvieron valores más elevados que los hombres. En cambio, al observar los resultados obtenidos con la escala BDI II, quienes obtuvieron valores más altos fueron los hombres.

En relación a las variables del Bienestar Psicológico podemos observar que los valores obtenidos en las variables Auto-aceptación y Control Ambiental son semejantes para ambos grupos.

En cambio la muestra de sexo femenino puntuó más alto en Relaciones Positivas y Propósito en la vida, mientras que la muestra de sexo masculino puntuó más alto en Autonomía y Crecimiento personal.

A continuación, expondremos en la Tabla 5 si las diferencias presentadas son estadísticamente significativas.

Tabla 5

Prueba de muestras independientes

Escala	t	Sig. (bilateral)
Depresión Total EBADEP	,617	,538
Depresión Total BDI-II	,258	,797
Auto-aceptación	-,055	,956
Relaciones Positivas	1,962	,051
Autonomía	-,976	,330
Control Ambiental	-,271	,786
Crecimiento Personal	1,091	,276
Propósito en la Vidal	,392	,695
Nivel de Depresión EBADEP-A	,016	,988
Nivel de Depresión BDI-II	-,476	,634

La prueba de significación estadística t de Student se utiliza para establecer si existen diferencias significativas entre las medidas de dos grupos. La diferencia se considera significativa cuando el valor es menor a 0,05. Podemos observar que los resultados de los análisis estadísticos indican que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el sexo en ninguna de las variables incluidas en el estudio.

En las tablas 6 y 7 se muestran los resultados respecto de la prevalencia de síntomas de depresión en la muestra según las mediciones del EBADEP-A y el BDI-II respectivamente.

Tabla 6

Nivel de depresión en el total de la muestra según el EBADEP-A

Nivel Depresión EBADEP-A	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínima – sin síntomas	235	94%	94%	94%
Leve	10	4%	4%	98%
Moderado	5	2%	2%	100%
Total	250	100%	100%	

Tabla 7

Nivel de depresión en el total de la muestra según el BDI-II

Nivel Depresión BDI-II	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínima - sin síntomas	197	78,8%	78,8%	78,8%
Leve	29	11,6%	11,6%	90,4%
Moderado	20	8%	8%	98,4%
Severo	4	1,6%	1,6%	100%
Total	250	100%	100%	

De acuerdo a los resultados obtenidos con la escala EBADEP-A, el 94% de la muestra presentó un nivel de depresión mínimo – sin síntomas; el 4% un nivel leve y el 2% un nivel moderado.

Al observar los resultados obtenidos con la escala BDI-II, el 78,8% de la muestra presentó un nivel de depresión mínimo – sin síntomas, el 11,6% un nivel leve, el 8% moderado y el 1,6% un nivel severo.

Es de destacar que de acuerdo a la escala BDI-II un fragmento de la muestra presenta sintomatología depresiva severa mientras que la misma es inexistente según resultados arrojados por la escala EBADEP-A.

Las tablas 8 y 9 muestran los resultados de los niveles de depresión medidos en la muestra por el EBADEP-A y el BDI-II según el sexo.

Tabla 8

Niveles de depresión según el EBADEP-A y el BDI-II diferenciados por sexo.

Rangos

Instrumento utilizado	sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de Depresión EBADEP	Femenino	162	125,70	20363,50
	Masculino	88	125,13	11011,50
	Total	250		
Nivel de Depresión BDI-II	Femenino	162	123,81	20057,50
	Masculino	88	128,61	11317,50
	Total	250		

Tabla 9

Estadísticos de contraste. Variable de agrupación: sexo

Estadísticos de contraste(a)

	Nivel de Depresión EBADEP	Nivel de Depresión BDI-II
U de Mann-Whitney	7095,500	6854,500
W de Wilcoxon	11011,500	20057,500
Z	-,145	-,702
Sig. asintót. (bilateral)	,885	,483

a Variable de agrupación: sexo

Los resultados del análisis de los niveles de depresión diferenciados por sexo, indican que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

En relación a nuestro segundo objetivo de determinar la existencia de asociaciones entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión de los estudiantes y sus niveles de bienestar psicológico, para toda la muestra y considerando diferencias por sexo, exhibimos los resultados obtenidos en las siguientes tablas.

Tabla 10

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y los niveles de las variables de bienestar psicológico de la muestra total.

	Correlaciones					
Escala	Auto-aceptación	Relaciones Positivas	Autonomía	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida
Depresión Total EBADEP	-,720(**)	-,346(**)	-,353(**)	-,570(**)	-,382(**)	-,639(**)
Depresión Total BDI-II	-,597(**)	-,334(**)	-,286(**)	-,591(**)	-,304(**)	-,563(**)
Nivel de Depresión EBADEP	-,413(**)	-,172(**)	-,152(*)	-,296(**)	-,228(**)	-,388(**)
Nivel de Depresión BDI-II	-,491(**)	-,237(**)	-,212(**)	-,483(**)	-,229(**)	-,465(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Observando los resultados arrojados por el EBADEP-A, podemos ver que la correlación entre las dimensiones del bienestar psicológico y los niveles de sintomatología depresiva es significativa y que el coeficiente de correlación es alto y negativo. Esto evidencia que existe una asociación entre ambas variables, es decir que a medida que aumenta la depresión total, tiende a disminuir el bienestar psicológico.

Lo mismo puede inferirse al tomar como referencia los resultados arrojados por el BDI-II, con la diferencia de que a pesar de ser consistentes, los niveles de correlación son más bajos (salvo en el caso de la variable Control Ambiental) en comparación con los del EBADEP-A.

En el caso de las medidas de nivel de depresión, las asociaciones entre estas y las variables del bienestar psicológico son también altas y negativas. Podemos observarlo especialmente en los resultados aportados por el BDI-II donde los niveles de correlación son más altos que en el caso del EBADEP-A.

Por último, analizaremos las correlaciones entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y los niveles de bienestar psicológico según sexo. La tabla 11 muestra los resultados.

Tabla 11

Relación entre la frecuencia e intensidad de síntomas de Depresión y los niveles de Bienestar Psicológico según sexo.

		Correlaciones					
Sexo		Auto-aceptación	Relaciones Positivas	Autonomía	Control Ambiental	Crecimiento Personal	Propósito en la Vida
F	Depresión Total EBADEP	-,677(**)	-,294(**)	-,271(**)	-,543(**)	-,328(**)	-,598(**)
	Depresión Total BDI-II	-,578(**)	-,280(**)	-,243(**)	-,593(**)	-,282(**)	-,557(**)
	Nivel de Depresión EBADEP	-,495(**)	-,179(*)	-,118	-,321(**)	-,246(**)	-,436(**)
	Nivel de Depresión BDI-II	-,497(**)	-,177(*)	-,152	-,506(**)	-,195(*)	-,470(**)
M	Depresión Total EBADEP	-,795(**)	-,459(**)	-,506(**)	-,625(**)	-,509(**)	-,709(**)
	Depresión Total BDI-II	-,632(**)	-,452(**)	-,375(**)	-,587(**)	-,361(**)	-,579(**)
	Nivel de Depresión EBADEP	-,271(*)	-,164	-,218(*)	-,248(*)	-,194	-,314(**)
	Nivel de Depresión BDI-II	-,482(**)	-,341(**)	-,339(**)	-,441(**)	-,298(**)	-,458(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Los resultados muestran que todas las correlaciones son negativas lo cual indica que a mayor frecuencia e intensidad de síntomas de depresión, menores son los niveles de bienestar psicológico. Estos resultados son semejantes para ambos sexos.

En relación al valor de depresión total obtenido con el EBADEP-A, la muestra de sexo masculino obtuvo una correlación más alta que la muestra de sexo femenino para todas las variables de bienestar psicológico. En relación al valor de depresión total obtenido con el BDI-II, la muestra masculina obtuvo una correlación más alta en todas las variables excepto en Control Ambiental. En relación al nivel de depresión medido con el EBADEP-A, el grupo femenino obtuvo una correlación más alta con todas las variables del bienestar psicológico exceptuando la variable Autonomía. En relación al nivel de depresión medido con el BDI-II, el grupo femenino obtuvo una correlación más alta en las variables Auto-aceptación, Control Ambiental y Propósito en la vida, mientras que el grupo masculino en las variables Relaciones Positivas, Autonomía y Crecimiento Personal.

Discusión de los resultados y conclusiones

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar si existía o no una asociación entre la frecuencia y la intensidad de síntomas de depresión y los niveles de bienestar psicológico en estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El primer objetivo específico consistió en determinar la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión de estudiantes regulares de la UNMdP y sus niveles de bienestar psicológico. En relación a la presencia y frecuencia de sintomatología, los datos permiten afirmar que la mayoría de los estudiantes no presenta sintomatología depresiva. Según los resultados obtenidos con la escala EBADEP-A, el 94% de la muestra presentó un nivel de depresión mínimo o sin síntomas, mientras que para el BDI-II el porcentaje fue del 78,8%. Ambos instrumentos demostraron que el porcentaje de alumnos con niveles de depresión leve y moderado fue bajo. Cabe destacar que de acuerdo a la escala BDI-II, un porcentaje pequeño de la muestra (1,6%) presentó niveles de depresión severa mientras que la misma fue inexistente según el EBADEP-A. Esta diferencia puede deberse al hecho de que la escala de medición de Beck presenta un número menor de ítems y en consecuencia, al tener menor sensibilidad, puede tender a clasificar dentro del grupo de sintomatología severa a algunos sujetos que el EBADEP-A clasificará con sintomatología moderada. Considerando que a una persona con un nivel de depresión severo se le tornaría dificultoso encontrar la motivación para seguir el ritmo de una carrera universitaria, podríamos inferir que el EBADEP-A mediría de manera más precisa los niveles de depresión. Sin embargo, consideramos recomendable realizar nuevos estudios que puedan dar cuenta de dicha diferencia.

Los hallazgos coinciden con los obtenidos por Fernandez y Candusso (2018) y Grieco y Oviedo (2018) quienes encontraron evidencia de que la gran mayoría de los estudiantes de la UNMdP no presentan sintomatología depresiva. Por otro lado, difieren de los resultados obtenidos por investigaciones realizadas en otros países como India y Colombia donde los niveles de sintomatología encontrados en estudiantes universitarios fueron

altos (Sibnath y cols., 2016; Arrieta Vergara y cols., 2014). Se puede hipotetizar que esta diferencia se debe a que en algunos países la educación superior es de índole privada por lo cual los estudiantes experimentarían mayor presión económica y emocional para cumplir con sus estudios mientras que en Argentina, al contar con acceso a educación pública, esta presión podría ser menor. Sería interesante poder realizar investigaciones al respecto.

En relación a las diferencias de sexo en cuanto a la prevalencia de síntomas de depresión encontramos que, si bien en general las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en ambos instrumentos, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Esto resulta especialmente llamativo, dado que no coincide con los antecedentes que subrayan que la depresión es una patología que afecta en mayor número, aproximadamente el doble, a las mujeres que a los hombres (Baringoltz, 2009). Difiere también con los resultados de investigaciones llevadas a cabo en países como Perú, Colombia y México (Riveros y cols., 2007; Gomez-Restrepo y cols., 2004; Vélez y cols., 2008; Arivillaga Quintro y cols., 2004; Belló y cols., 2005). Las diferencias pueden deberse al tamaño y la conformación de la muestra. Haremos referencia a esto al abordar las limitaciones del estudio.

Con relación a los niveles de bienestar psicológico, los estudiantes de la UNMdP obtuvieron puntajes superiores con respecto a la muestra normativa (Diaz y cols, 2006). Estos resultados son semejantes a los obtenidos por Amado Cunqueiro y cols. (2015) y Paneiva Pompa (2014). Esto podría deberse a que, como dicen Zubieta y Delfino (2010) la mayoría de los estudiantes universitarios son jóvenes y tienen acceso a la educación universitaria. Velasquez y cols. (2008), al estudiar la asociación entre el bienestar psicológico y el rendimiento académico, encontraron evidencia de que las causas de la sensación subjetiva de bienestar también generan un contexto que facilita la realización de actividades de estudio. La realidad de estudiar en la universidad facilita que cada persona desarrolle su potencial (Ryan y cols., 2008), encausando sus esfuerzos en pos de una meta que le proporciona sentido a su vida. Esto concuerda con las características de la

muestra del presente trabajo que obtuvo niveles altos en la variable Crecimiento Personal lo cual implica que poseen apertura a la experiencia, posibilidad de empeño y búsqueda de desarrollo personal.

En este caso, al igual que lo observado en relación a los niveles de depresión, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los niveles de las dimensiones del bienestar psicológico según el sexo. De todas maneras, teniendo en cuenta que las diferencias fueron altas (aunque no estadísticamente significativa), creemos importante mencionar que las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas en la dimensión Relaciones Positivas. Estos hallazgos estarían indicando que ellas presentarían una mayor capacidad para mantener relaciones sociales estables, empáticas y afectivas, tener amigos en quienes confiar y para preocuparse por el bienestar de los demás (Díaz y cols., 2006).

En relación al objetivo específico de determinar la existencia de relaciones entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y los niveles de bienestar psicológico considerando diferencias por sexo, los datos permitieron confirmar la hipótesis de trabajo. Los resultados dieron cuenta de que existe una asociación entre ambas variables, 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.

Por consiguiente, se podría interpretar 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, de crear entornos favorables para satisfacer sus propias metas, de sostener su propia individualidad, de hallar un propósito que guíe sus esfuerzos y de desarrollar continuamente sus capacidades (Vázquez y cols., 2009). Estos resultados son consistentes con los antecedentes relevados, por ejemplo, en un estudio realizado en el año 2000, Castro Solano y Casullo (2002) hallaron que el bienestar psicológico se encontraba asociado a la ausencia de indicadores de psicopatología. A la misma conclusión arribaron Amado Cunqueiro, García y De Spirito (2015) quienes encontraron que los

estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNMdP que percibieron una mayor cantidad de síntomas psicopatológicos, presentaron niveles menores de bienestar psicológico que quienes no percibieron sintomatología o lo hicieron en niveles muy bajos.

Consideramos importante destacar que si bien la correlación entre variables resulto significativa tanto con las medidas arrojadas por el EBADEP-A como por el BDI-II, los niveles de correlación entre las puntuaciones de depresión total y la mayoría de las dimensiones del bienestar psicológico fueron más bajos con el último en comparación con el primero. En consecuencia, podemos decir que la escala EBADEP-A parecería vincularse mejor con lo que evidencia la bibliografía.

Esta observación se invierte al tomar como referencia los niveles de depresión. Si bien las asociaciones entre estas medidas y las variables del bienestar psicológico son también altas y negativas, en este caso todas las correlaciones fueron mayores en los resultados aportados por el BDI-II en comparación con las arrojadas por el EBADEP-A. Esto puede deberse a que estas escalas miden de forma diferente la sintomatología.

Los resultados de esta investigación permiten también apoyar la hipótesis propuesta por Keyes (2005) que plantea que las dimensiones del bienestar y las medidas de trastornos mentales (como por ejemplo la depresión) son dimensiones independientes aunque correlacionadas. En esta misma línea, Viera y cols. (2006) destacaron el efecto protector que tiene el bienestar psicológico sobre la salud, concluyendo que sus dimensiones actúan como variables mediadoras en las relaciones del individuo con su entorno, proveyéndole de recursos para afrontar las demandas externas e internas. Si bien este indicador positivo de salud no implica necesariamente la ausencia de síntomas, puede explicar por qué los estudiantes de la muestra que no presentan sintomatología depresiva puntúan alto en todas las dimensiones del bienestar psicológico.

Por último, consideramos las asociaciones entre la frecuencia e intensidad de síntomas de depresión y los niveles de bienestar psicológico

según sexo y los resultados mostraron que todas las correlaciones son negativas. Esto nos permite confirmar que nuestra hipótesis es válida para ambos sexos. Ahora bien, pudimos observar algunas diferencias entre los niveles de dichas correlaciones en hombres y mujeres y dependiendo del instrumento utilizado.

En relación a los valores de depresión total obtenidos con el EBADEP-A y el BDI-II, los hombres obtuvieron una correlación más alta que las mujeres con la gran mayoría de las variables del bienestar psicológico. Esta correlación fue superada por las mujeres únicamente en el caso de la asociación entre los resultados del BDI-II y la dimensión Control Ambiental. Esto podría indicar que en los hombres el bienestar psicológico actúa como factor protector de la salud en mayor medida que en las mujeres.

Por el contrario, al tomar en cuenta los valores de los niveles de depresión medidos con el EBADEP-A, el grupo femenino obtuvo una correlación más alta con la gran mayoría de las variables del bienestar psicológico, exceptuando a la variable Autonomía. En relación al nivel de depresión medido con el BDI-II, las mujeres obtuvieron una correlación más alta en las variables Autoaceptación, Control Ambiental y Propósito en la vida. Mientras que el grupo de hombres en las variables Relaciones Positivas, Autonomía y Crecimiento Personal. De estos resultados podemos inferir que mientras que las mujeres tienen más desarrolladas sus capacidades de sentirse bien consigo mismas, adaptar el medio según sus necesidades y deseos y encontrar un objetivo que guíe sus esfuerzos, los hombres han perfeccionado más la capacidad de mantener relaciones de afecto, de tener un sentido de individualidad y libertad personal y aprender continuamente, y que estas capacidades los han ayudado a unos y otros a evitar el desarrollo de sintomatología depresiva.

Para ambos sexos, la variable que en general se asoció de manera más fuerte tanto con el valor de depresión total como con el nivel de depresión (con ambos instrumentos) fue la Auto-aceptación. Esto nos permite pensar que para los estudiantes, el hecho de poder sentirse bien con ellos mismos a pesar de ser conscientes de sus propias limitaciones es uno de los principales

factores protectores de su salud. Estos resultados son consistentes con lo expuesto por Keyes y cols. (2009) quienes determinaron que la Autoaceptación es la característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo.

Consideraciones finales

Para concluir, consideramos que este trabajo aporta evidencia sobre la presencia de síntomas de depresión en la población de estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata y su correlato con sus niveles de bienestar psicológico. En consecuencia, al conocer que las dimensiones del bienestar están asociadas a la sintomatología depresiva, creemos que podrían desarrollarse actividades tendientes a fomentar estas capacidades, con una finalidad preventiva.

Por otro lado, si bien hemos podido cumplir tanto el objetivo general como los objetivos particulares y confirmar la hipótesis de trabajo, existen ciertas limitaciones inherentes a esta investigación que consideramos necesario destacar.

En primer lugar, debemos alertar al lector respecto de las limitaciones de la muestra utilizada. La muestra es pequeña (250 personas) y su conformación es desbalanceada con respecto a factores como el sexo, la edad, la carrera y otros factores no controlados como el nivel socio-económico y cultural. Es de destacar que dos tercios de la muestra (n=162) estuvieron representados por mujeres mientras que el restante tercio (n=88) por hombres, lo cual puede explicar el hecho de que no se hayan encontrado diferencias significativas en relación al sexo y por lo tanto, las diferencias observadas con respecto a los antecedentes bibliográficos. A su vez, la forma de inclusión de los sujetos en la muestra no probabilística, realizada por conveniencia, implica que sólo se trabajó con estudiantes que aceptaron participar de manera voluntaria, lo cual podría haber sesgado los resultados y por ello los mismos no pueden generalizarse a toda la población. A pesar de esto, los resultados obtenidos nos permiten contar con una idea aproximada de las características de los estudiantes de la UNMdP.

En segundo lugar, haremos referencia a ciertas limitaciones metodológicas en relación a los instrumentos utilizados. Al momento de la

administración nos encontramos con que muchos estudiantes tenían reservas con respecto a incluir su nombre y otros datos personales. Si bien el consentimiento informado que firmaron garantizaba la confidencialidad de todos los datos, consideramos importante alertar al lector sobre un posible sesgo. Por otro lado, si bien creemos que no ha repercutido en los resultados del estudio, estimamos interesante mencionar que algunas personas se acercaron a cuestionarnos la inclusión de la variable sexo con las opciones femenino-masculino en uno de los instrumentos administrados. Nos preguntamos si en un futuro será conveniente desestimar la inclusión de esta variable teniendo en cuenta que existen múltiples identidades de género y no todas las personas se identifican con dichas clasificaciones. Consideramos que esta será una interesante línea de investigación.

Por último, teniendo en cuenta que las autoras de este trabajo somos aún estudiantes de la carrera de Psicología y no contamos con experiencia en investigación, creemos que los resultados de este estudio deben utilizarse con sumo cuidado.

A modo de cierre, esperamos que los resultados de este trabajo sirvan como aporte a la investigación mayor de la cual forma parte y que motiven nuevas investigaciones.

Referencias Bibliográficas

Almedon, A. y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of loss and trauma, 12.*

Amado Cunqueiro, F., García, M. B., De Spirito, J. (2015). *Relaciones entre presencia de psicopatología y bienestar psicológico en estudiantes de la facultad de Psicología de Mar del Plata (tesis de grado)*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.

APA (2002). *Manual Diagnostico y Estadistico de Trastornos Mentales (DSM – IV)*. Barcelona: Masson.

APA (2014). *Manual Diagnostico y Estadistico de Trastornos Mentales (DSM – V)*. España: Editorial Médica Panamericana.

Baptista, M. N. (2012). *Manual Técnico da Escala Baptista de Depressão – Versão Adulto. (EBADEP-A)*. São Paulo: Vetor

Baptista, M., Cardoso, H., Gomes, J. (2011). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério. *Psico-USF*, *16*(2), 151-161.

Baringoltz, S. (2009, julio). Terapia cognitiva y depresión. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina. Vol.2* Recuperado de http://www.apra.org.ar/revistadeapra/ant_julio09.htm

Beck, A., Rush, J., Shaw, B., Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión.* España: Desclée de Brower.

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México, 47(1).

Boland, R., Keller, M. (2002). The course of depression. En Kenneth y cols. (Ed.), *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress.* Brentwood, Estados Unidos: American College of Neuropsychopharmacology.

Candusso Capra, M., Fernandez Petrizzi, S. (2018). *Estrategias de Afrontamiento y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de*

la Universidad Nacional de Mar del Plata (tesis de grado). Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.

Casullo, M. (2004). *Síntomas psicopatológicos en adolescentes y adultos. SCL-90-R y los estudios epidemiológicos.* Documento de trabajo. UBA.CONICET.

Casullo, M. M., Castro Solano A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la PUCP, 18 (1).*

Casullo, M. y Castro, S. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes*. Psicopatología y psicología clínica,* 3, 129-140.

Cohen, S. y Alper, C. M., Doyle, W., Treanor, J. y Turner, R. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rinovirus and Influenza A virus. *Psychosomatic Medicine, 68,* 809-815.

Derogatis, L. R. (1999). SCL-90-R*, Cuestionario de Síntomas.* Madrid: TEA Ediciones.

Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle. C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18(3)*, 572-577.

Dominguez Lara, S., A. (2014). Análisis psicométrico de la escala de bienestar psicológico para adultos en estudiantes universitarios de lima: un enfoque de ecuaciones estructurales. *Psychologia: avances de la disciplina, 8 (1),* 23-31.

Fañanás, L. (2002). Bases genéticas de la vulnerabilidad en la depresión. *ANALES Sis San Navarra*, 2002, Vol. 25, Suplemento (3).

Ferster, C., Culbertson, S., y Boren, M. (1977). *Behavior principles.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto Masis, D., Gil Laverde, J. F., Rondón Sepúlveda, M., & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Revista Panamericana de Salud Pública, 16, 378-386.

Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 285–312

Grieco, D., Oviedo, N. (2018). *Personalidad y depresión en estudiantes universitarios (tesis de grado)*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.

Hervás, G., Vazquez, C., Hernangomez, L. Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J. L., Vázquez-Barquero (Ed.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos.* Barcelona, España: Masson & Elsevier.

Israel, J. (2010). The Impact of Residual Symptoms in Major Depression. *Pharmaceuticals, 3,* 2426-2440.

Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (3), 539-548.

Keyes, C., Ryff, C., y Shmotkin, D. (2006). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 1007-1022.

Mariñelarena-Dondena, L. (2012). Surgimiento y desarrollo de la Psicología Positiva. Análisis desde una historiografía crítica. CONICET. Universidad nacional de San Luis. Argentina.

Medina Calvillo, M. A. (2011) *Adaptación y estudio psicométrico de la Escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff de 39 en población mexicana*. Tesis para obtener la Lic. en Psicología en la Universidad Michocana de San Nicolás de Hidalgo, México.

OMS (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10).* Madrid: Meditor.

OMS (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Recuperado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

Osornio-Castillo, L., Palomino-Garibay, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar, 11 (1),* 1-2.

Ostir, G. V., Peek, M. K., Markides, K., S. y Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional wellbeing and future risk of myocardial infraction in older adults. *Primary Psychiatry.*

Paneiva Pompa, J. P. (2014). *El Bienestar Psicológico en estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Diferencias entre áreas generales de formación (tesis de grado)*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.

Pressman, S. D., y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.

Riveros, M., Hernández, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Revista de investigación en psicología, 10(1), 91-102.

Robles Ojeda, F., Sánchez Velasco, A., Galicia Moyeda, I. (2011). Relación del Bienestar Psicológico, Depresión y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria. *Psicología Iberoamericana, 19,* 27-37.

Ryan, R., y Deci, E. (2001). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (Ed.) *Annual Review of Psychology* (Vol. 52; pp. 141-166). Palo Ato, CA: Annual Reviews, Inc.

Ryan, R. M., Huta, V. & Deci, E. L. (2008) Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies, Nº 9, pp. 139-170.*

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Ryff, C. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83,* 10-28.

Ryff, C. D., Love, G. D., Urry, H. L., Muller, D., Rosenkranz, M. A., Friedman, E. M., Davidson, R. J., Singer, B. (2006). Psychological Well-Being and Ill-Being: Do They Have Distinct or Mirrored Biological Correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics, 75,* 85-95.

Ryff, C., Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.

Ryff, C., & Singer, B. H. (2002). From social structure to biology. En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (63-73). Londres: Oxford University Press.

Ryff, C., Singer, B. (2006). Know thyself and become what you are: a eudaimonic aproach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9,* 13-39.

Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14(3)*, 249-280.

Seligman, M., Lee Duckworth, A., y Steen, T. (2005) Positive Psychology in Clinical Practice. *Annual Review, Clinical Psychology, 1,* 629-51.

Silva, Hernán. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *40* (Supl. 1), 9-20.

Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extensión with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36 (3), 629-644.

Vázquez, C. y Hervás, G. (Eds.), (2008). *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brower.

Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud,* 5 15-28.

Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L., y Hervás, G. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J.P. Espada, J. Olivares, J. y F.X. Méndez (Eds.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 201-231). Madrid, España: Pirámide.

Velásquez, C., Montgomery, W., Montero, V., Pomalaya, R., Ch, A. D., Velásquez, N., y Reynoso, D. (2008). Bienestar psicológico, asertividad y rendimiento académico en estudiantes universitarios sanmarquinos. *Revista de investigación en psicología*, *11*(2), 139-152.

Vélez, D. M. A., Garzón, C. P. C., & Ortíz, D. L. S. (2008). Características de

ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. International Journal of Psychological Research, 1(1), 34-39.

Vera Poseck, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la Psicología. *Papeles del Psicólogo, 27,* 3-8.

Viera, A., López, S., Barrenechea, A. (2006). El Bienestar Psicológico, un indicador positivo de la Salud Mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo,* 7 (1-2), 34-9.

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.

Zubieta, E. & Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones (online) 17, 277-283.*

Anexo - Instrumentos