



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Depresión, ansiedad, resiliencia-y su relación con la salud física en la
comunidad universitaria.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Ontaneda Pinza, Andrés Antonio

DIRECTOR: Cuenca Puma, Geovanny Eduardo, Mgtr.

LOJA - ECUADOR

2018



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister
Cuenca Puma Geovanny Eduardo
DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración

El presente trabajo de titulación: Depresión, ansiedad, resiliencia y su relación con la salud física en la comunidad universitaria, realizado por Ontaneda Pinza Andrés Antonio, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba su presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2018

f).....

DECLARACIÓN AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Ontaneda Pinza Andrés Antonio, declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Depresión, ansiedad, resiliencia y su relación con la salud física en la comunidad universitaria, de la Titulación de Psicología, siendo Geovanny Eduardo Cuenca Puma director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autor: Ontaneda Pinza Andrés Antonio

Cédula: 1104804933

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a **DIOS** por darme siempre las fuerzas para poder continuar, guiarme por el sendero correcto y darme sabiduría en las situaciones difíciles. A mis padres por darme la vida y luchar día tras día para cumplir mi meta profesional y alcanzar un peldaño más en la vida.

AGRADECIMIENTO

Gracias Al Creador de la Vida y fortaleza, por mantenerme en pie cuando sentía caer; a mi familia por su colaboración y ser mi soporte, en especial a mis padres por su enorme cariño, apoyo y ser mis consejeros a pesar de los errores que he cometido y de las veces que les he fallado, ya que ese amor me sirvió de aliciente en los momentos complicados y difíciles para poder llegar a esta meta.

Mi agradecimiento especial al Magister Geovanny Cuenca, ha sido para mí un gran honor poder contar él; por su tiempo, conocimiento impartido y palabras de ánimo como director de mi trabajo de investigación.

A mis amigos y/o compañeros que han estado ahí acompañándome y han escuchado muy atentos los avances y descubrimientos que he ido haciendo; es una suerte haber contado con tantas personas con un apoyo real y sobre todo emocional que de una u otra forma contribuyeron para alcanzar una de mis metas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARATULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN AUTORAÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	ix
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	6
MARCO TEORICO	6
1.1 Calidad de vida.....	7
1.1.1 Aproximación conceptual y definición.	7
1.1.2 Enfoques teóricos sobre la calidad de vida.	9
1.2. Salud.....	11
1.2.1. Modelo biomédico.....	11
1.2.2. Modelo biopsicosocial.....	12
1.2.3. Determinantes de la salud	12
1.2.4. Salud física	14
1.2.5. Salud mental.....	14
1.3 Enfermedades biológicas y psicomáticas	15
1.4 Variables en el desarrollo de enfermedades psicosomáticas.....	18
1.4.1 Depresión	18
1.4.2 Ansiedad.....	20
1.4.3 Resiliencia	21
CAPITULO II.....	24
METODOLOGÍA.....	24
2.1 Objetivo general y específico.....	25
2.1.1 Objetivo general.....	25
2.1.2 Objetivos específicos.	25
2.2 Diseño de investigación.....	25
2.3 Instrumentos	25

2.4 Procedimiento:	26
2.5 Muestra	26
2.5.1 Criterios de inclusión.....	26
2.5.2 Criterios exclusión.....	27
2.6 Análisis de datos	27
CAPITULO III.....	28
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Enfoques teóricos sobre la calidad de vida.....	9
Tabla 2. Calidad de vida indicadores según los sistemas y dimensiones.....	10
Tabla 3. Características de los instrumentos.....	27
Tabla 4. Descripción sociodemográfica de los participantes.....	30
Tabla 5. Prevalencia de ansiedad y depresión según el sexo.....	30
Tabla 6. Prevalencia de resiliencia según el sexo.....	30
Tabla 7. Prevalencia de enfermedades físicas según el sexo.....	31
Tabla 8. Correlación de Pearson entre depresión y enfermedades físicas, en docentes...32	
Tabla 9. Correlación de Pearson entre depresión y enfermedades físicas, en administrativos.....	32
Tabla 10. Correlación de Pearson entre ansiedad y enfermedades físicas, en docentes...33	
Tabla 11. Correlación de Pearson entre ansiedad y enfermedades físicas, en administrativos.....	34
Tabla 12. Correlación de Pearson entre resiliencia y enfermedades físicas, en docentes...34	
Tabla 13. Correlación de Pearson entre resiliencia y enfermedades físicas, en administrativos.....	35

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario Ad Hoc de datos sociodemográficos.....	55
ANEXO 2. Cuestionario de salud del paciente de depresión y ansiedad (PHQ-4).....	56
ANEXO 3. Brief Resilience Scale (BRS).....	57

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar la relación de depresión, ansiedad, resiliencia y la salud física en la comunidad universitaria. La muestra de estudio estuvo conformada por 77 docentes y 51 administrativos. El diseño de investigación es de tipo cuantitativo y descriptivo con alcance correlacional. Los instrumentos utilizados fueron una Encuesta Ad Hoc para datos sociodemográficos, cuestionario de depresión y ansiedad (PHQ-4) y Brief Resilience Scale (BRS). Los resultados indican que los hombres presentaron mayor depresión y ansiedad con respecto a las mujeres; en la variable resiliencia la mayoría de los investigados en ambos géneros se encontraron en un nivel medio: respecto a la salud física las enfermedades con mayor predominio son el colesterol y problemas gastrointestinales. Además, se encontró que la depresión tiene mayor relación que la ansiedad en la salud física, induciendo enfermedades como: colesterol, problemas gastrointestinales, colon irritable, hipertensión, bruxismo y alergias; finalmente, a mayor resiliencia menores serán las posibilidades que padezcan problemas gastrointestinales y artritis.

Palabras claves: depresión, ansiedad, resiliencia, salud física, comunidad universitaria

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship of depression, anxiety, resilience and physical health in the university community. The study sample consisted of 77 teachers and 51 administrative. The research design is of a quantitative and descriptive type with a correlational scope because it evaluates the relationships between the variables. The instruments used were an Ad Hoc Survey for sociodemographic data, depression and anxiety questionnaire (PHQ-4) and Brief Resilience Scale (BRS). The results indicate that men presented greater depression and anxiety than women; in resilience most of the investigated in both genders were found at a medium level: with regard to physical health the diseases with the highest prevalence are cholesterol and gastrointestinal problems. In addition, it was found that depression has a greater correlation than anxiety in physical health, inducing diseases such as: cholesterol, gastrointestinal problems, irritable bowel, hypertension, bruxism and allergies; finally, resilience is related, in negative, to gastrointestinal problems and arthritis.

Keywords: depression, anxiety, resilience, physical health, university community, teachers, administrative.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la salud mental y su relación con la salud física es de gran importancia a nivel mundial, ya que se lo considera un problema grave de salud, tanto psicológica como médica que requiere gran interés. Debido a que hoy en día se ha puesto de manifiesto que ciertos factores psicológicos emocionales pueden estar asociados al desarrollo de diversas patologías, dentro de la comunidad universitaria un porcentaje del bienestar de los trabajadores obedece al ambiente laboral, que puede influir en la salud mental como física (Tobal y Cano, 2002; Duque, 2005).

La salud física según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud [OMS], (1948) se define como: “un estado de completo bienestar” (parr.1); es decir, que el individuo se encuentre libre de afecciones o enfermedades. Actualmente el desarrollo de enfermedades se ha asociado a factores psicosociales y conductuales, incluyendo el estado de ánimo (depresión - ansiedad), que son producto del estrés laboral, que se caracterizan por ser negativas y producir una alta actividad fisiológica y que si se conservan por un largo tiempo puede resultar en un trastorno de salud.

Por otro lado, Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, (2009); Smith y Blumenthal, (2011) y Bonanno, (2014), consideran que la capacidad de afrontamiento ante problemas de salud, no todas las personas las confrontan de la misma manera, algunas parecen recuperarse pero con el tiempo experimentan problemas de salud inesperados, y otras poseen los factores psicológicos protectores y son más resilientes para superar o sobrellevar las adversidades.

La depresión y la ansiedad son reacciones emocionales que afectan a millones de personas (17%-20% de la población en general), que se caracterizan principalmente por afectar el estado de ánimo y los pensamientos, representando así un factor de riesgo para la salud (Sequeira y Fornaguera, 2009). Además, estas emociones presentan reacciones fisiológicas que afectan a distintos sistemas y tejidos del organismo, así como a músculos y sangre (Tobal y Cano, 2002).

Por otro lado, ante las situaciones de riesgo que amenazan a la salud física y psicológica de la persona, es importante la presencia de características personales de enfrentamiento, como la motivación, autoestima y resiliencia, logrando que el individuo se ajuste a las adversidades, mantenga un equilibrio y contribuyendo así a la calidad (Carvalho, Bertolli, Paiva, Rossi, Dantas y Pompeo, 2016; Díaz y Barra, 2017).

Según estudios realizados sobre factores psicosociales y su relación con la salud física, se determina, que la prevalencia de la depresión y ansiedad en la población, influyen con las enfermedades médicas entre el 10.4% y el 59.8%, de manera que interfieren en los hábitos saludables y fomentan comportamientos de riesgo para la salud física (Piqueras et al, 2009). Según Carvalho et al. (2016) analizaron la relación entre los síntomas de ansiedad y depresión, la resiliencia y la autoestima con características sociodemográficas y clínicas, en los resultados encontraron que la depresión es el cuarto contribuyente principal de enfermedades y que los niveles de resiliencia medianos y altos tienen mayor motivación y capacitación para resolver problemas y mantener el equilibrio. Por otro lado, Smith y Blumenthal (2011) a través de una revisión literaria demostraron que los niveles mínimos de emociones negativas, depresión y ansiedad reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV), mientras que los niveles moderados a graves aumentan el riesgo de la enfermedad anteriormente mencionada.

Por ello, la importancia de la investigación recae, en contribuir e informar si estas variables psicológicas aquejan al bienestar físico de la persona y también conocer si la población posee la capacidad de afrontamiento necesaria frente a situaciones adversas por medio de la resiliencia. Por otro lado se considera que este estudio será un aporte a la línea de investigación de la Universidad Técnica Particular de Loja en el campo de la psicología de la salud ya que se abarcará el bienestar psicológico y físico de este tipo de población. Es por ello que la metodología que se utilizó, fue la investigación de tipo descriptiva correlacional, en la población objeto de estudio, que fueron el personal docente y administrativo de la comunidad universitaria del Ecuador; se describieron los instrumentos que se utilizaron.

La presente investigación está dividida en cuatro capítulos, el primero comprende el marco teórico y abarca el apartado de calidad de vida que incluye: conceptualizaciones y teorías; el apartado de salud que abarca: modelos teóricos, definiciones de salud física, mental y enfermedades biológicas y psicomáticas; y el apartado de variables en el desarrollo de enfermedades físicas. En el segundo capítulo se presenta la metodología con los siguientes apartados: objetivos general y específicos, variables de estudio, diseño de investigación, población y muestra de estudio, criterios de inclusión y exclusión, la descripción de los instrumentos empleados y finalmente el procedimiento.

En el tercer capítulo se describe el análisis de los datos obtenidos en el presente trabajo de investigación como: análisis de las distintas variables sociodemográficos, prevalencia y la relación ente las variables psicológicas y enfermedades; el cuarto capítulo incluye la discusión y finaliza con conclusiones, recomendaciones, la bibliografía y anexos.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1.1 Calidad de vida

Desde la aparición de las sociedades humanas, los individuos han alcanzado un alto grado de productividad, desarrollo científico y tecnológico, que los han llevado a gozar de bienestar y sean también la parte fundamental de calidad de vida. Desde la década de los 60, la expresión calidad de vida es utilizada en diversos ámbitos como la salud, salud mental, la educación, economía, la política y todos los servicios del mundo en general. Transcurridos los años, las sociedades han progresado en su desarrollo, así como el término calidad de vida, que sería el resultado de una evolución de una serie de términos que han ido apareciendo en el tiempo; estos términos serían principalmente: satisfacción de vida, moral, ajuste personal, felicidad, salud y bienestar (Bobes, González, Bousoño y Suarez, 1993).

El término calidad de vida proviene originalmente de la medicina para asociarse a la sociología y psicología, remplazando el uso de otros términos como felicidad y bienestar; aunque el término es reciente existe una gran preocupación por la mejora de las condiciones de vida del individuo y de la sociedad. A lo largo de la historia el concepto de calidad de vida se lo considero en diferentes fases; inicialmente se enfocó en el cuidado de la salud personal y salubridad, luego a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, posteriormente a la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente se enfoca en la experiencia de la persona, su vida social, actividades cotidianas y la salud (Moreno y Ximenez, 1996).

1.1.1 Aproximación conceptual y definición.

Dado que la calidad de vida es un término complejo y por las investigaciones realizadas no se ha establecido una conceptualización, es por ello que, Larson (1978) planteo ideas claves como representantes del concepto:

- La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque existen discrepancias acerca del número real y las características de tales ámbitos.
- Debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida, por lo que se acepta que algunos ámbitos pueden ser considerados más importantes para algunos individuos que para otros.

- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cuales quiera que sean sus circunstancias vitales.

Existe una problemática entre los dos componentes de la calidad de vida (objetivo y subjetivo), hay investigadores que basan sus análisis en las experiencias y percepciones de la persona, en otras palabras es un estudio subjetivo; mientras que otros se enfocan en los aspectos objetivos determinando la existencia o ausencia de materiales cuantificables (Fernández, 2009). Refiriéndonos a estos componentes, los subjetivos incluye: intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida; y los objetivos incluye: bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad, y salud objetivamente considerada (Ardila, 2003).

Ardila (2003) señala que “cuando se han satisfecho las necesidades básicas de alimento, vivienda, trabajo, salud, etc., para la mayor parte de los miembros de una comunidad, en un contexto determinado, empieza el interés por la calidad de vida” (p.162). Por otro lado, manifiesta que los aspectos objetivos y aspectos subjetivos son analizados tomando en cuenta los siguientes factores: 1) Bienestar emocional, 2) Riqueza y bienestar material, 3) Salud, 4) Trabajo y otras formas de actividad productiva, 5) Relaciones familiares y sociales, 6) Seguridad, 7) Integración con la comunidad.

Con la necesidad de analizar los componentes (objetivos y subjetivos), ha dado el surgimiento de diferentes definiciones, de las cuales se destacan las siguientes:

Para Setién (1993), calidad de vida es el “grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades de todos los miembros, manifestándose en las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social y en el sentimiento subjetivo de la satisfacción de sus deseos y existencia” (p.137-138).

La OMS (1996) define la calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones” (p.385).

Ardila (2003) propone un concepto donde integra todos los aspectos relevantes, y define a la calidad de vida como “un estado de satisfacción general, que incluye aspectos subjetivos como la intimidad, expresión emocional, seguridad

percibida, productividad personal y salud. Y aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad” (p.163).

Considerando los elementos que integran los conceptos anteriormente mencionados, se puede manifestar que la calidad de vida se relaciona con el bienestar social y la satisfacción de las necesidades de las personas en el diario vivir, trabajo, relaciones, servicios sociales y condiciones del entorno, con el propósito de que la persona sienta un estado de satisfacción general con el ambiente natural y con la comunidad de la cual somos parte.

1.1.2 Enfoques teóricos sobre la calidad de vida.

Resulta difícil hablar de una concepción única de calidad de vida, su definición y medida depende de: sobre quien caiga la responsabilidad de emitir una valoración, los criterios y las variables sobre las cuales se basa la medición y el enfoque que se pretenda dar a esa medición. Así los enfoques teóricos sobre el concepto de calidad de vida permitirán analizar unos que otros parámetros en diferentes determinantes que influyen en la misma, y permitan llevar a cabo una mejor evaluación del bienestar de la persona (Fernández, 2009).

Tabla 1. Enfoques teóricos sobre la calidad de vida

ENFOQUE	CARACTERÍSTICAS
Enfoque Biologista	Analiza la salud personal y la salubridad
Enfoque Ecologista	Valora los espacios físicos y características ambientales.
Enfoque Economista	Se refiere a los ingresos económicos, gastos e inversiones.
Enfoque Sociologista	Valora las variables demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, relaciones sociales, familiares, servicios sociales.
Enfoque Psicosocial	Analiza la valoración de la persona sobre su propia calidad de vida.

Fuente: Fernández, 2009

Elaborado por: Ontaneda, 2018

En la tabla 1 se describen diferentes enfoques teóricos transdisciplinarios que pueden ser tomadas en cuenta en un proceso de medición de la calidad de vida, en especial en el enfoque biologista y psicosocial,

1.1.3 Indicadores de calidad de vida.

La calidad de vida se construye con la participación de contextos personales, familiares, institucionales y comunitarios, generando instrumentos de medida que

incluyan indicadores subjetivos y objetivos, correspondientes a los microsistemas, mesosistemas y macrosistemas. Cada indicador varía en función a una serie de parámetros: personales, socio – ambientales, subjetivos y objetivos; a partir de estos ejes Schalock y Verdugo (2003) proponen siete dimensiones o indicadores (Tabla 2) para medir la calidad de vida (Barranco, 2009).

Las dimensiones expuestas, desde el enfoque sistémico-ecológico (Schalock y Verdugo, 2003), coinciden con los tres sistemas siguientes:

- **Microsistema.** Se refiere a la familia, el hogar, el grupo de iguales, el lugar de trabajo, etc, que afectan directamente a la vida de la persona.
- **Mesosistema.** Centrado en la comunidad, las agencias de servicios y las organizaciones, que van a afectar de una forma directa al funcionamiento del nivel mencionado anteriormente.
- **Macrosistema.** Son los sistemas sociales, educación, salud, políticos, económicos. Están vinculados con la sociedad, y que afectan de forma directa a la dimensión social.

Tabla 2. Calidad de vida indicadores según los sistemas y dimensiones

Dimensiones	Macrosistema	Mesosistema	Microsistema
Bienestar emocional	Libertad religiosa Vida familiar	Ausencia de estrés Apoyos	Autoconcepto Satisfacción
Relaciones interpersonales	Seguridad publica	Estado civil Interacciones	Amistades Intimidad
Bienestar material	Seguridad social Nivel socioeconómico	Propiedades Oportunidades de empleo	Ingresos Ahorros Pertenencias
Desarrollo personal Bienestar físico	Legislación sobre igualdades de oportunidades Seguro de salud	Oportunidades de desarrollo y de mejora Atención sanitaria Alimentación	Nivel educativo Competencia personal Estado de salud Movilidad
Autodeterminación	Leyes sobre tutores legales	Toma de decisiones Control personal	Elecciones Preferencias
Inclusión social	Leyes sobre los espacios reservados a personas con discapacidad	Acceso a la comunidad Roles	Círculo de amigos Participación
Derechos	Legislación sobre derechos humanos	Políticas de protección y defensa	Voto Privacidad Valores personales

Fuente: Barranco (tomado de Schalock y Verdugo, 2003)

Elaborado: Ontanda, 2018

En el cuadro 1.2 se reflejan algunas dimensiones e indicadores, que permitan promover el desarrollo de estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas,

entre ellas la resiliencia, para seguir superando adversidades, seguir progresando hacia la igualdad de oportunidades

1.2. Salud

El concepto de salud a través de los años ha ido experimentando diversas modificaciones, hasta mediados del siglo XX existió un concepto limitado, mismo que se basaba en la ausencia de enfermedades e incapacidad para ser restaurada a través de la medicina, pero a mediados del siglo pasado se presentaron dificultades en dicha definición, problemáticas que exigían que para establecer una definición de salud se debe dar un límite entre lo “normal ” y lo “patológico”; es decir, entre lo que es enfermedad y lo que no es. En la década de los 40 se comenzó a relacionar a la salud con el binomio salud – enfermedad, a partir de ello se definió a la salud de manera positiva, considerando sano al individuo o comunidad que siente bienestar y ausencia de malestar (Bennassar, 2012).

Con los cambios de la historia de la medicina y con la obra de Sigmund Freud se empieza a reconocer la importancia de los factores psíquicos en el proceso salud-enfermedad, permitiendo así la aparición de un modelo biomédico y biopsicosocial, los cuales permitieron observar el modo de entender la salud (Gavidia y Talavera, 2012).

1.2.1. Modelo biomédico.

Propone dos supuestos, el primero es la doctrina del dualismo mente-cuerpo, la cual describe a la mente como algo espiritual compuesta por pensamientos y sentimientos, mientras que el cuerpo es algo físico compuesto por huesos, órganos y cerebro; por ello manifiesta que los cambios en el cuerpo no son producto de los cambios en la mente. El segundo principio es el reduccionismo biológico, que asume que la salud y la enfermedad se asocian a factores físicos y químicos (Oblitas, 2010; Vázquez, 2015). Por otro lado, Oblitas (2010) indica que a partir que Pasteur descubrió el tratamiento contra la rabia fue considerado como el fundador de la teoría bacteriológica de la enfermedad, reconociendo que el contexto biólogo es el principal causante de las enfermedades.

Este modelo ha tenido aspectos favorables y desfavorables dentro de la medicina, dentro de los positivos se puede mencionar que aportó para el descubrimiento de la insulina y antibióticos, pero a pesar de ello ha tenido críticas ya

que no ha dado explicaciones a enfermedades crónicas producto del estrés diario de la persona (Oblitas, 2010).

En conclusión, el modelo biomédico aportado en el desarrollo de la medicina y sus tecnologías, así como la conducta que tiene que tener el médico con el paciente. Considera que las enfermedades se producen netamente por alteraciones químicas, físicas, anatómicas y funcionales; además, que la mente y el cuerpo están totalmente aisladas.

1.2.2. Modelo biopsicosocial

Integra los factores psicológicos (conductas, estilos de afrontamiento), biológicos (virus, lesiones) y sociales (empleo, clase social), los cuales inciden en la salud y enfermedad; es decir, que las personas, su calidad de vida y su entorno son responsables del estado de salud o enfermedad (Oblitas, 2010; Vázquez, 2015).

Este modelo, ve a la salud como una armonía entre lo biológico, psicológico y el entorno socioambiental, y considera a los diferentes subsistemas (biológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico), como una red de procesos interconectados, y que si alguno de ellos sufre algún cambio afecta en su totalidad al individuo (Oblitas, 2010).

Por otro lado, se enfoca en la prevención y promoción de la salud humana tomando en cuenta los subsistemas; la prevención se da en tres aspectos, que son los siguientes: Primario; impedir que la persona se enferme, proteger y promover la salud. Secundario; evitar la enfermedad una vez que los síntomas ya se han anunciado. Y terciario; tratamiento y rehabilitación. (Oblitas, 2010).

En este caso tenemos que el proceso de una enfermedad debe ser analizado desde una perspectiva amplia para que el tratamiento sea eficaz; es decir, que dentro de la práctica médica se deben integrar estas variables que son con las que una persona interactúa en su vida cotidiana.

1.2.3. Determinantes de la salud

Godoy, Singer y Ryff (como se citó en Bennassar, 2012) toma en cuenta la diferenciación entre lo físico y lo mental planteado por el modelo biomédico y biopsicosocial, en 1956 proponen un concepto bidimensional, al decir que la salud es un estado físico y mental libre de dolor que permite a las personas desarrollar sus actividades diarias; esta definición fue ampliada en 1959 incluyendo tres dimensiones:

orgánica o física, psicológica y social. Con el pasar de los años se ha ido incluyendo otras dimensiones como el ajuste psicosocial, calidad de vida, riesgo de enfermedad, desarrollo personal entre otras.

La definición más importante e influyente a lo que respecta la salud es de la OMS (1948) indica que la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). A pesar de ser oficializada hace más de 50 años, esta conceptualización es acogida por casi todos los países acoplada a la legislación interna de cada uno de ellos.

Oblitas (2010) menciona que en los últimos años y en el modelo actual se ha producido un cambio radical en el concepto de salud, reconociendo que “factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos; el paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida.” (p.4).

Aguirre (2011) manifiesta que en los años 70 aparecieron distintos modelos para explicar los determinantes de la salud, entre los que están el modelo holístico de Framboise (1973), el ecológico de Austin y Werner (1973) y el bienestar de Travis (1977). Determinantes de la salud son un conjunto de factores combinados que influyen en la salud de la persona o comunidades; es decir, que la salud está condicionada por las circunstancias y el entorno que rodea a la humanidad.

Aguirre (2011) destaca el modelo holístico de Framboise, el cual fue publicado por Lalonde en el año de 1974, a través de un documento llamado “Nuevas perspectivas de la salud canadiense”; según dicho informe la salud se ve influida por cuatro grupos:

- Biológica humana, se refiere a la genética, crecimiento, desarrollo y envejecimiento.
- Medio ambiente, relacionado con la contaminación física, química, biológica, social y cultural
- Estilos de vida, relacionado con los hábitos personales y de grupo, alimentación, actividad física, adicciones, actividad sexual y conductas peligrosas.
- Atención Sanitaria, tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud.

Otro de los modelos, es el modelo ecológico de Austin y Werner 1973, donde destacan los siguientes elementos: huésped – medio y agente – ambiente; establecen que la salud es la relación entre agentes causales (químicos, físicos o biológicos) que interfieren en el bienestar de la persona modulado por el huésped modulado por el huésped (elementos intrínsecos) y el medio ambiente (elementos extrínsecos) que influyen en la acción de los agentes (Perea, 2018).

En conclusión la salud es considerada como un estado cambiante que sufre diversas alteraciones producto de la estrecha relación que existe con las condiciones sociales, laborales, económicas, entornos y estilos de vida del individuo, como se menciona en uno de los modelos todo lo que compone a la persona o lo rodea funcionan en conjunto, por lo tanto los factores internos o externos con los que convive la persona tienen que mantener un equilibrio.

1.2.4. Salud física

Se refiere al bienestar físico de la persona; es decir, a las funciones moleculares, químicas y fisiológicas que cumple cada uno de los órganos que conforman al ser humano; según, Velázquez Cortes (2013) define a la salud física como “el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, ya que tiene que ver con nuestro cuerpo; con nuestro caparazón y vehículo el cual nos ha transportado desde el día que nacimos y lo hará hasta el día de nuestra muerte” (párr.1).

De modo que la salud física abarca toda la parte orgánica del ser humano, que está en constante relación con agentes patógenos, por ello es muy vulnerable a contraer enfermedades causadas por virus, bacterias o alteraciones fisiológicas; por ello es fundamental el cuidado del cuerpo, a través de factores protectores como: el ejercicio, la alimentación y el reposo (Velázquez Cortes, 2013; Bernal, 2014).

En conclusión, la salud física hace referencia al nivel de susceptibilidad que tiene la persona ante su peso corporal, potencia muscular, capacidad motora y enfermedades; también, a la sensación de que todos sus órganos y cuerpo están en perfecto funcionamiento y posee la capacidad de resistir o responder adecuadamente a una diversidad de eventos o enfermedades a nivel fisiológico.

1.2.5. Salud mental

Involucra encontrar un equilibrio entre los pensamientos, emociones y sentimientos de la persona, permitiendo un desarrollo óptimo en el ámbito familiar,

social y laboral, proporcionando bienestar y éxito en la vida de la persona. Una buena salud mental se ve influenciada por diversos factores, entre los que están la autoestima, propias metas, actitud positiva, conciencia, entre otros (Elizondo, 2001).

Pese a las diversas opiniones que existen con relación a la conceptualización de la salud mental, Sánchez (2008) plantea tres ideas fundamentales respecto a la salud mental “primero, que es una parte integral de la salud y es más que la ausencia de la enfermedad, segundo, que esta intimamente conectada con la salud física y tercero, que tiene que ver con la felicidad, libertad y paz social” (p.19).

Existen diversas definiciones de salud mental, pero ninguna de ellas ha llegado aún consenso pleno, de las cuales destacan las siguientes:

Truffino (2015) menciona que la salud mental es un equilibrio armónico entre las diferentes funciones psíquicas (capacidad cognitiva, afectiva y relacional), que permite una buena comunicación o relación con los demás, y afrontar las situaciones del diario vivir.

Se define a la salud mental como el aporte de los seres humanos al mundo y a ellos mismos con el máximo de efectividad y felicidad. No solo se trata de satisfacción o de obedecer las reglas del grupo: esto todo junto a una conducta socialmente considerada y una disposición feliz Menger (como se citó Serrano, 2002, p.213).

Actualmente la definición más importante de salud mental, es la que establece la OMS (2016) la cual la define como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (p.2).

Por tanto; la salud mental no solo implica la ausencia de las enfermedades, de lo normal o anormal, sino que conlleva también aspectos personales como la felicidad, desarrollo personal, adaptabilidad y sus consecuencias positivas personales y sociales. Finalmente, el cuerpo y la mente están íntimamente sincronizados, si la mente está mal el cuerpo también y viceversa.

1.3 Enfermedades biológicas y psicomáticas

Canguilhem (como se citó en Peña y Paco, 2002) las enfermedades son un estado patológico del organismo resultado de la interacción con factores intrínsecos y extrínsecos a los que se expone la humanidad. A sí mismo, Ulcuango (como se citó en

Flores, 2004) manifiesta que la cultura Kichwa del Ecuador define a la enfermedad como “la ruptura del equilibrio y la falta de armonía que provoca el excesivo trabajo, el maltrato, la tristeza, la desorganización, la contaminación y el agotamiento de los recursos naturales” (p.3).

Desde el punto de vista médico, la enfermedad es una interrupción en la estructura y función normal de cualquier parte del cuerpo, órgano o sistema del cuerpo humano, desatando diversos signos y síntomas (Saunders, 1994).

Las enfermedades se visualizan desde dos puntos de vista, la primera hace referencia a que aspectos biológicos, agentes patógenos, genéticos, bioquímicos y fisiológicos son los causantes de las enfermedades. El segundo, aduce a que aspectos psicológicos también son causantes de ciertas enfermedades, tanto en el desarrollo o en el proceso de una enfermedad (Sánchez, 2008).

Refiriéndonos al primer punto de vista, los seres humanos no son organismos aislados, debido a que están íntimamente relacionados con otros organismos de los cuales la persona obtiene beneficios positivos (vacunas, antibióticos) y negativos (enfermedades.); refiriéndonos al aspecto negativo, estas enfermedades pueden ser ocasionadas por microorganismos y ser transmitidas de una persona a otra (Campos, et al., 2003).

En conclusión, se entiende por enfermedades biológicas al estado propio, pero alterado de la persona, ocasionado por agentes patógenos como virus o bacterias, produciendo infecciones, alergias, enfermedades o cualquier tipo de malestar que altere el funcionamiento fisiológico del individuo.

En cuanto a las enfermedades psicomáticas, Wimbush y Neslon (como se citó en González y Landero, 2006) utilizaron el término psicomático para relacionarlo con malestares o dolencias físicas que eran originadas a partir de los procesos emocionales y factores psicológicos, evidenciando así que juegan un papel fundamental.

Por otra parte Cano y Rodríguez (2017) manifiestan que las enfermedades psicomáticas abarcan síntomas inexplicados medicamente, síntomas somáticos funcionales y somatización, considerando a estas patologías como un proceso en el que se relacionan la mente, cuerpo y síntomas corporales causados por un trastorno psicológico o emocional; es decir, este tipo de enfermedades se originan de un problema psicológico y es expresado en un síntoma físico.

A continuación, abordaremos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Estadística Internacional de las enfermedades y de los problemas relacionados con la Salud (CIE-10) y algunas de las enfermedades psicomaticas.

La patología psicomática, de acuerdo al DSM-5, se clasifican en los siguientes diagnósticos: Trastorno de síntomas somáticos (300.82); Trastorno de ansiedad por enfermedad (300.7); Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales); Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas (316); Trastorno facticio (300.19); Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados (300.89); y Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados (300.82).

Los trastornos somatomorfos en CIE-10, incluye los siguientes diagnósticos: Trastorno de somatización (F45.0); el Trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1); el Trastorno hipocondríaco (F45.2); la Disfunción vegetativa somatomorfa (F45.3); el Trastorno de dolor persistente somatomorfo (F45.4); Otros trastornos somatomorfos (F45.8); y el Trastorno somatomorfo sin especificación (F45.9).

Algunas de las enfermedades que han sido consideradas como psicomaticas son las siguientes:

- Fracturas, enfermedad cardiovascular hipertensa, enfermedad reumática del corazón, arritmias cardiacas, Artritis reumatoide, fiebre reumática y diabetes (Dunbar, 1965).
- Obesidad, diabetes mellitus, hipertiroidismo, trastornos de la menstruación, artritis reumatoide, neurodermatitis, urticaria, verrugas, trastornos de la frecuencia y el ritmo cardíaco, hipertensión, asma bronquial, rinitis vasomotora, catarro común, úlcera péptica y colitis ulcerosa (De la Fuente, 1985).

Baeza, Bulbena, Fénérier y Gély (2011) manifiestan que las enfermedades psicomaticas más comunes ocurren en los sistemas digestivos, respiratorios, nerviosos, endocrinos y locomotores; como se describen a continuación:

- Sistema digestivo: Colon irritable y dolor abdominal, son producto de alteraciones emocionales.
- Sistema respiratorio: Asma, alergias, sinusitis y faringitis ocasionadas por la ansiedad, mientras mayor sea el nivel mayor riesgo de contaminaciones respiratorias.

- Sistema nervioso: Cefaleas, jaqueca o migraña, fatiga crónica, producto de altos niveles de ansiedad.
- Sistema endocrino: Hipotiroidismo relacionado con la depresión.
- Aparato locomotor: Dolores articulares y de espalda, y se relacionan con niveles de ansiedad.

En conclusión analizando los diferentes criterios mencionados anteriormente la somatización y lo psicosomático hacen referencia a la relación de lo psíquico y lo físico; es decir, que dentro de este tipo de patologías siempre van hacer influenciadas por los factores físicos y psicológicos, una enfermedad suele implicar alteraciones psicológicas y viceversa; por ello es importar que al momento del tratamiento se considere ambos aspectos por parte de los profesionales de la salud mental y de las ciencias médicas.

1.4 Variables en el desarrollo de enfermedades psicosomáticas.

1.4.1 Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que se define como una sensación de profunda tristeza, que no siempre está relacionada a una pérdida sino a múltiples factores evolutivos, ambientales e interpersonales (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009). Así mismo, según National Institute of Mental Health [NIMH],(2009) manifiesta que es una enfermedad común que se da en todas las personas, pero grave, ya que afecta a los sentimientos, pensamientos y salud física de los individuos; interfiriendo en la vida diaria, desempeño normal y causa dolor tanto para la persona que la padece como para sus familiares y amigos cercanos.

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2017) la depresión es el principal factor que contribuye a los problemas de salud y discapacidad en todo el mundo, más 300 millones viven con depresión; afectando mayormente a mujeres que a hombres, en mayor número en edades de 60 a 64 años y es la segunda causa de muerte en las personas de 15 a 29 años. Comparando con la valoración realizada en el 2005, ha existido un incremento del 18.4%.

La OMS (2017) en América cerca de 50 millones sufren de depresión; mientras que en Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública [MSP] (2017) los datos más recientes a nivel de género corresponden al 2015, en ese año hubo 36.631 mujeres que sufrían el trastorno y 13.748 hombres, afectando en mayor medida a las mujeres. Actualmente y de acuerdo con el reporte anual de salud de la OMS (2017), Ecuador

es el undécimo país con más casos de depresión 4,6% (n=722,775) de la población total.

La depresión dentro de la comunidad universitaria, es ocasionada por los altos niveles de estrés que son ocasionados por la constante interacción con factores organizacionales negativos, llevando también a la persona que presente alteraciones fisiológicas y cuadros de somatización (Cano, 2012).

Aunque la mayoría de los datos de prevalencia se centran en la población en general y son pocos los estudios que indican los índices de depresión dentro la población de estudio; en México, Contreras, Veytia y Huitron (2009) en un estudio de 270 trabajadores universitarios, 133 de sexo femenino y 137 masculino, se encontró que el 8 % de los participantes mostraron algún tipo de depresión (incipiente, media o severa) y en relación al género se encontró que las mujeres tienden a manifestar mayor depresión que los hombres.

En Ecuador, en la ciudad de Cuenca una investigación con 101 participantes del personal de la Universidad de Cuenca, se encontró que el 43.56% (n=44) de la población estudiada presentaron depresión moderada y el 9.91% (n=10) mostraron depresión severa (Cabrera, 2017).

De acuerdo a las personas y las situaciones, en ocasiones se pueden presentar enfermedades antes de la depresión, causarla o ser el resultado de esta; la ansiedad, el estrés postraumático, pánico, ansiedad generalizada y el abuso o dependencia de sustancias acompañan a la depresión. En cuanto a nivel fisiológico coexiste con enfermedades cardíacas (hipertensión, arritmia cardíaca), enfermedades dermatológicas (dermatitis atópica, urticaria), enfermedades endocrinas (diabetes), enfermedades gastrointestinales (anorexia gástrica, colon irritable, ulcera péptica), enfermedades neurológicas (cefalea tensional, migraña, dolores de cabeza, derrame cerebral), enfermedades respiratorias (asma bronquial) y enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide, síndrome de intestino irritable), cáncer, VIH/SIDA y enfermedad de Parkinson (Piqueras et al., 2009; NIMH, 2009).

En el mismo estudio de Cabrera (2017) en el cual se investigó el nivel de depresión, además identifico, que el 80.19% de docentes presentaron problemas cardiovasculares, el 75.24% problemas respiratorios y con igual porcentaje de 73.27% alteraciones gastrointestinales y musculo-esqueléticas.

Como conclusión podría decir que la depresión, es un desajuste afectivo que sufre la persona producto de la interacción constante con el medio ambiente, provocando perturbaciones a nivel social, familiar, laboral y personal. También es importante señalar que, además de afectar a la salud mental, es considerada como un factor de riesgo en el desarrollo de patologías y se ha convertido en una enfermedad con mayor porcentaje a nivel mundial, convirtiéndose así en una de las principales causas de muerte dentro de las personas.

1.4.2 Ansiedad

El concepto de ansiedad, ha sido considerada desde múltiples facetas (reacción, emoción, respuesta, etc.) y se utilizan términos intercambiables como: miedo, angustia y estrés; por otro lado, es considerada como un fenómeno unidimensional, pero a lo largo de los años y en la actualidad ha cambiado a ser una respuesta emocional donde interactúan múltiples factores cognitivos, de personalidad y fisiológicos (Fernández y Palmero, 1999). Ante las diferentes expresiones que se refieren al concepto de ansiedad Barlow (Como se citó en Clark y Beck, 2012) define a la ansiedad como “una emoción orientada al futuro, caracterizada por percepciones de incontabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de atención de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva” (p.3).

Por otro lado la ansiedad según Consuegra (2010) es la sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a situaciones amenazantes que la persona percibe, ya sea de manera real o imaginarias; presentando malestares a nivel cognitivo, fisiológicos y motor del individuo.

De acuerdo a la OMS (2017) más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad a nivel mundial, el 5% de la población en Latinoamérica y el caribe, y con respecto a nuestro país, es el décimo con casos de desórdenes de ansiedad 5.6% (n=879,900) a nivel de américa del sur.

Los estudios sobre ansiedad se centran en su mayoría en la población en general; sin embargo, en España, Gañet, Serrano y Gallego (2007), en una muestra de 245 profesionales de la Universidad de la comunidad de Madrid, se identificó que 20 participantes presentaron síntomas de ansiedad.

Hurtado (2013) en estudio a 260 trabajadores universitarios, de los cuales el 53.8% eran mujeres y el 42.2% hombres, identificaron una prevalencia de ansiedad en

el 73.8% de la población, en relación al género las mujeres presentaron mayores síntomas de ansiedad

En cuanto a lo psicofisiológico, la ansiedad presenta correlatos fisiológicos en distintos sistemas orgánicos del cuerpo humano como; cardiovascular (pulso rápido, tensión arterial elevada, palpitaciones, hipertensión), respiratorio (respiración rápida, opresión torácica, asma), gastrointestinales (vómitos, náuseas, diarreas, úlcera), muscular (tensión muscular, temblores, dolores de cabeza tensionales), cáncer y distintas enfermedades de carácter inmunológicos (Fernández y Palmero, 1999; Piqueras et al., 2009).

A su vez, Cano y Tobal (2001) manifiestan que las personas que cursan niveles altos de ansiedad presentan trastornos cardiovasculares, como la hipertensión y arritmias, algunos trastornos digestivos (gastritis, colon irritable), dermatológicos, respiratorios y dolores musculares de espalda.

Como conclusión podría decir que la ansiedad, es una emoción que actúa como mecanismo de defensa produciendo una respuesta o reacción ante un peligro o situación a la que se expone la persona, reacción emocional que forma parte de la conducta de la mayoría de las personas, y que es ocasionada por una variedad de funciones intelectuales, físicas y relaciones interpersonales en el caso de esta investigación como es el personal administrativo y docente universitario, que a su vez producen alteraciones psíquicas y biológicas derivadas del desempeño laboral.

1.4.3 Resiliencia

Dentro del campo de la psicología la resiliencia ha cobrado gran importancia, debido a que diversos estudios indican que personas que han pasado circunstancias difíciles o traumáticas como, maltrato, abandono, violencia, enfermedades, etc... no desarrollan problemas de salud mental, abuso de sustancias o conductas violentas. De allí el interés del concepto de resiliencia y su aplicación en distintos campos científicos; sin embargo no existe un completo acuerdo con su definición (Becoña, 2006; Rodríguez, 2009).

Su definición es un concepto que ha estado en constante evolución, por lo que no ha sido posible que distintos autores lleguen a un completo acuerdo, es por ello que, Luthar, Cicchetti y Becker (2000) la resiliencia se refiere a “un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa” (p.543). Basándose en la literatura y una de las más aceptada es la de Fergus y Zimmerman (2005) manifestando que la resiliencia se refiere a un proceso de

afrontamiento y superar experiencias traumáticas y sus efectos negativos que conlleva el riesgo, adicional a ello, enfatizan que es importante que estén presentes factores de riesgo como de protección que ayuden a que aparezca la resiliencia y conseguir un resultado positivo, reducir o evitar resultados negativos.

Estudios realizados en Chile y América Latina han encontrado un escenario complejo para trabajadores universitarios, por situaciones relacionadas a salarios, tareas y desarrollo profesional (Avalos et al., 2010). Algunos factores organizacionales actúan como barrera y dificultad la capacidad de afrontamiento; además, en relación a factores protectores o moduladores del malestar y estrés, investigaciones han mostrado la influencia de variables psicológicas personales positivas, como el control interno, autoestima, inteligencia emocional, personalidad persistente y resiliencia (Doménech, 2001).

Alvarado (2015) realizó un estudio con un grupo de 228 personas donde evaluó el nivel de resiliencia ante diversas situaciones de estrés laboral, concluyendo que el 62% de la población muestra una resiliencia alta y el 33% un nivel medio, indicando que posee un personal altamente saludable

En el caso de las enfermedades físicas, la resiliencia es considerada como una característica fundamental, ya que las personas que pasan por distintas patologías fisiológicas se enfrentan a situaciones desfavorables a nivel emocional, social, familiar y física. Es por ello que los profesionales de la salud y la misma persona, fortalezcan y fomenten el desarrollo de la resiliencia como un factor de ayuda para su salud integral y continuar su vida a pesar de las situaciones críticas (Kern & Moreno, 2007).

En cuanto a estudios con docentes y personal administrativo en el contexto universitario, son pocos sobre los niveles de resiliencia, Bravo (2011) ejecuto un estudio cuyo objetivo fue analizar el nivel de resiliencia de los trabajadores y empleados administrativos de una universidad de Venezuela, afirmando entre los resultados obtenidos que la población se caracteriza por poseer conducta resiliente y la presencia de competencias de afrontamiento.

Otro estudio, Carvalho et al., (2016) manifiestan que las personas poco resilientes presentan mayor exposición al estrés y la capacidad de afrontamiento ante las adversidades, generando síntomas de depresión, ansiedad o baja autoestima. También analizaron a 120 pacientes de un Hospital de Sao Paulo identificaron que los niveles de resiliencia de los sujetos fueron medios y altos, manifestando que poseen mayor motivación y capacidad para resolver los problemas, mantener el equilibrio y

segur adelante de forma positiva. En cuanto al género, se evidencio que la resiliencia en los hombres fue mayor.

En conclusión podría decir, que la resiliencia es una característica personal formada por capacidades, habilidades y formas de afrontamiento con las cuales los seres humanos encaran las adversidades y estrés de la cotidianidad, con los estudios anteriormente mencionados se observa que, estas características no se desarrollan de forma similar y que cada uno tiene diversas maneras; es decir, pueden llevar a la persona a un bienestar de salud general o la aparición de problemas de salud.

CAPITULO II METODOLOGÍA

2.1 Objetivo general y específico

2.1.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre la depresión, ansiedad, resiliencia y la salud física en la comunidad universitaria.

2.1.2 Objetivos específicos.

- Determinar la prevalencia de la depresión, ansiedad y resiliencia en la comunidad universitaria.
- Determinar la prevalencia de la salud física en la comunidad universitaria.
- Identificar la relación que existe entre la depresión, ansiedad y resiliencia con la salud física en la comunidad universitaria

2.2 Diseño de investigación

Para el presente estudio se utilizará un diseño descriptivo, tipo correlacionar y cuantitativo, ya que la información se obtuvo por medio de datos numéricos que posteriormente fueron codificados mediante procedimientos estadísticos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010); así mismo, es no experimental, puesto que se realizó la observación sin manipulación de variables o sin la asignación aleatoria de sujetos o condiciones (Kerlinger, 1979).

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) manifiestan que en un estudio descriptivo “se busca detallar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice” (p.80): es decir, la investigación pretende medir, analizar y recoger información sobre las variables presentes en los objetivos de manera individual o conjunta. Además, refieren que en un estudio correlacional “se busca conocer el grado de asociación que existe entre dos o más conceptos o variables en un contexto definido” (p.81): es decir, la investigación será tipo correlacional ya que se pretenderá identificar si existe o no relación entre variables tales como: la depresión, ansiedad y la resiliencia en la salud física.

2.3 Instrumentos

Los participantes fueron evaluados con tres instrumentos, que se describen a continuación:

Tabla 3. Características de los instrumentos

Instrumento	Descripción	Referencias
Cuestionario Ad Hoc de datos sociodemográficos	Evalúa variables sociodemográficas habituales: sexo, edad, ocupación, lugar de residencia entre otros	(Vaca, Bustamante, Jiménez, Ruisoto y Pineda, 2015)
Patient Health Cuestionario de depresión y ansiedad (PHQ-4):	El cuestionario evalúa las variables depresión y ansiedad, está compuesto por 4 ítems dirigidos a evaluar depresión asociados con deterioro social	(Kroenke, Sitzer, Williams y Lowe, 2009; Wingenfeld, Schneider y Brahler, 2010).
Brief Resilience Scale (BRS)	Evalúa la capacidad de las personas de adaptarse al estrés, consta de 6 ítems dirigidos a evaluar el grado resiliencia o capacidad de las personas de adaptarse al estrés y situaciones adversas	(Smith at al., 2008).

Fuente: Vaca, Bustamante, Jiménez, Ruisoto y Pineda, 2015

Elaborado por: Ontaneda, 2018

2.4 Procedimiento:

- **Fase I:** Solicitar la base de datos, proporcionada por el Director para realizar el trabajo de titulación. Y depuración de base de datos.
- **Fase II:** Se realizara una revisan bibliográfica, para la elaboración del marco teórico
- **Fase III:** Analizar los Datos mediante paquete estadístico.
- **Fase VI:** Elaboración de resultados y discusión
- **Fase V:** Elaboración de introducción
- **Fase VI:** Elaboración de conclusiones y recomendaciones.

2.5 Muestra

La muestra objeto de estudio está conformada por 128 sujetos de una comunidad universitaria (77 docentes y 51 administrativos), para calcular el tamaño de la muestra se utilizó un muestreo aleatorio simple. Se destaca el carácter anónimo de los participantes de la presente investigación y además, se contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos [CEISH], del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Los criterios de inclusión/exclusión fueron:

2.5.1 Criterios de inclusión

- Ser docente o administrativo de una comunidad universitaria
- Haber consentido participar libremente del proceso de investigación

- Haber completado cada uno de los instrumentos

2.5.2 Criterios exclusión

- Ser estudiante universitario
- No haber firmado el consentimiento informado
- No haber completado correctamente los instrumentos

2.6 Análisis de datos

Los análisis que se presentan en esta tesis se realizan a partir de la base de datos proporcionada y autorizada por el proyecto: Distribución Nacional del Consumo Problemático de Sustancias y otros Indicadores de Salud Mental en la Comunidad Universitaria. Perteneciente al paquete de trabajo de Salud Pública del proyecto Smart Land – Gestión del Territorio Inteligente, financiado por la Universidad Técnica Particular de Loja, desde el 5 de Enero del 2015 hasta el 23 de Diciembre del 2017 (Directora, Silvia L. Vaca Gallegos, Co Director, Pablo Ruisoto Palomera). Esta información será utilizada exclusivamente con fines académicos.

En el análisis de los datos se utilizarán procedimientos de estadística descriptiva de las variables cuantitativas, como son: media, desviación estándar, máximo, mínimo, mediana, etc. que servirán para valorar los síntomas de los distintos problemas relacionados a la salud física (Ferrán, 1996), así como Correlaciones de Pearson, mismo que permite examinar la fuerza o grado de asociación lineal de variables cuantitativas (Restrepo y González, 2007), estas corresponden a las variables de depresión, ansiedad y resiliencia con respecto a la salud física.

**CAPITULO III
RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Tabla 4. Descripción sociodemográfica de los participantes.

VARIABLES	N	%
SEXO		
Hombre	73	57,0
Mujer	55	43,0
EDAD		
M	38,19	
DT	9,52	
ESTADO CIVIL		
Soltero	46	35,9
Casado	64	50,0
Divorciado	15	11,7
Viudo	3	2,3
Unión de hecho	0	0
Ocupación		
Docente	77	60,2
Administrativo	51	39,8
Nivel de estudio		
Secundaria finalizada	15	7,8
Universitaria finalizada	73	27,3
Posgrado en curso (maestría)	29	11,7
Posgrado finalizado (maestría)	47	36,7
Posgrado en curso (doctorado)	18	14,1
Posgrado finalizado (doctorado)	3	2,3
¿Cómo valora su salud?		
Mala	9	7,0
Normal	68	53,1
Buena	41	32,0
Muy buena	10	7,8

Fuente: Obtenida de la encuesta datos sociodemográficos
Elaborado por: Ontaneda, 2018.

En relación a las variables sociodemográficas la mayoría de la población fueron hombres 57.0% (n=73). En cuanto a la edad se reportó una media de 38.19 años, el 50.0% (n=64) manifiestan estar casados, en relación al nivel de estudio el 36.7% (n=47) poseen una maestría, respecto a la ocupación el 60.2% (n=77) son docentes, y el 53.1 % (n=68) valoran su salud en un nivel normal.

Tabla 5. Prevalencia de ansiedad y depresión según el sexo

Sexo	Ansiedad				Depresión			
	Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	66	90,4	7	9,6	68	93,2	5	6,3
Femenino	50	90,9	5	9,1	51	92,7	4	4,8

Fuente: Obtenido de PHQ-4
Elaborado por: Ontaneda, 2018.

Los resultados del cuestionario PHQ-4 indican que el 9,4% (n=12) de la población participante presentan ansiedad y el 7,0% (n=9) presentan depresión. En lo que respecta al género, los hombres mostraron mayor ansiedad 9,6% (n=7) a

diferencia del género femenino 9,1% (n=5); respecto a la depresión el 6,3% (n=5) de los hombres indicaron la presencia de esta variable, mientras que en las mujeres fue de 4,8% (n=4).

Tabla 6. Prevalencia de resiliencia según el sexo

	Baja		Media		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	8	11,0	42	57,5	23	31,5
Femenino	8	14,5	34	61,8	13	23,6

Fuente: Obtenido de Brief Resilience Scale (BRS)
Elaborado por: Ontaneda, 2018.

Con respecto al nivel de resiliencia el 28.1% (n=36) de la población en general indican tener un nivel alto. En lo que refiere al género se encontró un porcentaje mayor de hombres 31.5% (n=23) respecto a las mujeres 23.6% (n=13); lo cual indica que los hombres presentan mayor habilidades y capacidades personales de autoconfianza, independencia, decisión, y, por otro, tienen capacidad de perseverancia, adaptabilidad, flexibilidad y una perspectiva de vida estable para lograr la autoaceptación tanto de sí mismo como de la vida a pesar de la adversidad (Connor y Davidson, 2003).

Tabla 7. Prevalencia de enfermedades físicas según el sexo

Enfermedad	Sexo							
	Masculino				Femenino			
	Ausencia		Presencia		Ausencia		Presencia	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Colesterol	48	65,8	25	34,2	39	70,9	16	29,1
Colon Irritable	68	93,2	5	6,8	49	89,1	6	10,9
Problemas gastrointestinales	55	75,3	18	24,7	40	72,7	15	27,3
Bruxismo	67	91,8	6	8,2	55	100,0	0	0,0
Dificultades respiratorias	71	97,3	2	2,7	52	94,5	3	5,5
Alergias	68	93,2	5	6,8	44	83,3	11	20,0
Hipertensión	67	91,8	6	8,2	54	98,2	1	1,8
Artritis	72	98,6	1	1,4	51	92,7	4	7,3

Fuente: Obtenida de la encuesta datos sociodemográficos
Elaborado por: Ontaneda, 2018.

Las enfermedades físicas de mayor prevalencia son el colesterol con 34.2% (n=25) en los hombres y 29.1% (n=16) en las mujeres, mientras que en los problemas gastrointestinales existe un 24.7% (n=18) en los hombres y en las mujeres un 27.3 (n=15); esto señala que las mujeres son más estrictas en la nutrición o dietas alimenticias (Domínguez, 2004; Magaña y Sánchez, 2008). Con respecto al colon irritable se presentan en un mayor porcentaje en el género femenino con un 10.9% (n=6) a diferencia del género masculino con un 6,8% (n=5); esto se debe a los altos

niveles de estrés que suelen padecer las mujeres provocados por múltiples factores ambientales (Chang y Heotkemper, 2002; Chial y Camilleri, 2002). Las dificultades respiratorias 5,5% (n=3) en el caso de las mujeres, mientras que los hombres presentaron un 2,7% (n=2) y en el caso de las alergias un 20,0% (n=11) en las mujeres y un 6,8% (n=5) en los hombres, esto se debe que en la actualidad a aumentado el número de mujeres fumadoras y por exposiciones ambientales de contaminación relacionadas con afecciones respiratorias (Farha y Thomson, 2005). En relación a la hipertensión, se presenta en un mayor porcentaje en los hombres con 8.2% (n=6) a comparación con el género femenino con 1.8% (n=1); esto se debe al perfil psicosocial, características de personalidad y al estilo de vida habitual de la masculinidad (Tajer, 2009). La artritis es más frecuente en mujeres con un 7.3% (n=4) en relación a los hombres con un 1.4% (n=1), esto puede deberse a factores hereditarios, cambios hormonales, consumo de tabaco, estrés y el tipo de alimentación (Romero, 2010). Por ultimo está el bruxismo, se presenta con más frecuencia en los hombres 8,5% (n=11) y en las mujeres no se presenta ningún caso; estos puntajes se deben a la influencia de factores emocionales, es decir, que los hombres tienen la dificultad para manejar tareas acumuladas, conflictos, autoestima, ansiedad y depresión (Morales, López, Muñoz y Vivas, 2015)

Tabla 8. Correlación de Pearson entre depresión y enfermedades físicas, en docentes.

Enfermedades	Género Masculino			Género Femenino		
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Colesterol	-.091	.516	53	.107	.620	24
Colon irritable	-.040	.778	53	-.091	.673	24
Problemas gastrointestinales	-.083	.554	53	.107	.620	24
Bruxismo	.430**	.001	53			24
Alergias	.566**	.000	53	.674**	0.000	24
Dificultades respiratorias	-.027	.845	53	-.091	.673	24
Hipertensión	-.045	.750	53			24
Artritis	-.019	.891	53	.342	.102	24

Fuente: Tomada de análisis SPSS

Elaborado por: Ontaneda, 2018.

Al realizar el análisis se aprecia que el género masculino quienes presentan síntomas de depresión aumenta la posibilidad de padecer bruxismo encontrando una correlación positiva significativa ($r=.430$; $p=.001$) y alergias ($r=.566$; $p=.000$); mientras que en las mujeres se encontró una correlación positiva con alergias ($r=.674$; $p=0.000$). La relación con el bruxismo se debe a actividades fisiológicas y alteraciones de las etapas del sueño ocasionadas por la depresión y otros factores psíquicos (Baldiodeda, 2010), mientras que la relación con las alergias podría deberse a que el factor psicológico

provoca cambios fisiológicos que modifican la funcionalidad del organismo (Buela, Santos, Carretero y Cachinero, 2002).

Tabla 9. Correlación de Pearson entre depresión y enfermedades físicas, en administrativos.

Enfermedades	Género Masculino			Género Femenino		
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Colesterol	.553*	.011	20	.145	.436	31
Colon irritable	.459*	.042	20	-.101	.588.	31
Problemas gastrointestinales	.688**	.001	20	-.142	.447	31
Bruxismo	-.115	.630	20			31
Alergias	-.167	.482	20	-.142	.447	31
Dificultades respiratorias			20	-.048	.798	31
Hipertensión	.459*	.042	20	-.048	.798	31
Artritis	.	.	20	-.048.	.798	31

Fuente: Tomada de análisis SPSS

Elaborado por: Ontaneda, 2018.

En la tabla 9 se aprecia una correlación positiva entre el género masculino y problemas gastrointestinales ($r=.688$; $p=.001$), colon irritable ($r=.459$; $p=.042$) y colesterol ($r=.553$; $p=.011$); mientras que en el género femenino no se aprecia ninguna correlación significativa entre depresión y algún tipo de enfermedad física. La relación con los niveles de colesterol, problemas gastrointestinales, colon irritable se debe a los hábitos y conductas alimenticias que determinan la depresión y el estrés (Galván, Aradillas, Sánchez y Cappello, 2012). Por otro lado, la relación con la hipertensión se debe a características de personalidad como la sobre exigencia, negación de ansiedad, depresión y rasgos de patrón de conducta tipo A (Serrano y Moreno, 1998; Tejar, 2009).

Tabla 10. Correlación de Pearson entre ansiedad y enfermedades físicas, en docentes

Enfermedades	Género Masculino			Género Femenino		
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Colesterol	.085	.543	53	.107	.620	24
Colon irritable	-.057	.687	53	-.091	.673	24
Problemas gastrointestinales	.106	.450	53	.107	.620	24
Bruxismo	.275*	.046	53			24
Alergias	-.049	.730	53	.674**	.000	24
Dificultades respiratorias	-.039	.780	53	-.091	.673	24
Hipertensión	-.064	.649	53			24
Artritis	-.027	.845.	53	.342	.102	24

Fuente: Tomada de análisis SPSS

Elaborado por: Ontaneda, 2018.

La tabla 10 muestra los coeficientes de correlación entre ansiedad y enfermedades fisiológicas, se halló en los hombres una correlación positiva de ($r=,275$; $p=,045$) en bruxismo, producto de alteraciones fisiológicas, musculares y etapas del sueño que provoca el factor psicológico (Baldiodeda, 2010); en las mujeres se halló una correlación positiva de ($r=,674$; $p=,000$) en alergias debido a cambios fisiológicos en el sistema respiratorio provocado por altos niveles de ansiedad o depresión (Buela, Santos, Carretero y Cachinero, 2002).

Tabla 11. Correlación de Pearson entre ansiedad y enfermedades físicas, en administrativos

Enfermedades	Género Masculino			Género Femenino		
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Colesterol	.406	.076	20	.056	.764	31
Colon irritable	.397	.083	20	.199	.282	31
Problemas gastrointestinales	.577**	.008	20	.084	.653	31
Bruxismo	-.132	.578	20			31
Alergias	.192	.416	20	-.177	.341	31
Dificultades respiratorias			20	-.060	.749	31
Hipertensión	.397	.083	20	-.060	.749	31
Artritis	.	.	20	-.060	.749	31

Fuente: Tomada de análisis SPSS

Elaborado por: Ontaneda, 2018.

En la tabla 11 indican que existe una correlación positiva de ($r=,577$; $p=,008$) en problemas gastrointestinales en relación a los hombres; además, no se halló una relación entre la ansiedad y enfermedades en las mujeres. La relación con los problemas gastrointestinales se debe a los hábitos y conductas alimenticias que determinan la ansiedad (Galván, Aradillas, Sánchez y Cappello, 2012).

Tabla 12. Correlación de Pearson entre resiliencia y enfermedades físicas, en docentes

Enfermedades	Género Masculino			Género Femenino		
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Colesterol	-.042	.763	53	-.266	.210.	24
Colon irritable	-.226	.104	53	.170	.427	24
Problemas gastrointestinales	-.052	.711	53			24
Bruxismo	-.014	.920	53			24
Alergias	-.227	.102	53	-.252	.235	24
Dificultades respiratorias	-.074	.597	53	-.057	.793	24
Hipertensión	.093	.508	53			24
Artritis	-.282*	.041	53	.118	.582	24

Fuente: Tomada de análisis SPSS

Elaborado por: Ontaneda, 2018.

En la tabla 12 indican que en el género masculino existe una correlación positiva de ($r = -.282$; $p = .041$) en artritis, lo que indica que a mayor resiliencia menores serán las posibilidades que padezcan artritis, esto se debe a la buena capacidad emocional, buena percepción y control personal sobre la enfermedad (Quiceno y Vinaccia, 2013). Mientras que en las mujeres no se encontró una correlación significativa.

Tabla 13. Correlación de Pearson entre resiliencia y enfermedades físicas, en administrativos

Enfermedades	Género Masculino			Género Femenino		
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Colesterol	-.361	.118	20	-.067	.719	31
Colon irritable	-.053	.826	20	-.044	.814	31
Problemas gastrointestinales	-.497*	.026	20	.075	.689	31
Bruxismo	-.053	.826	20			31
Alergias	-.076	.749	20	.075	.689	31
Dificultades respiratorias			20	.303	.098	31
Hipertensión	-.404	.078	20	-.021	.911	31
Artritis			20	-.021	.911	31

Fuente: Tomada de análisis SPSS

Elaborado por: Ontaneda, 2018.

En la tabla 13 indican que en el género masculino existe una correlación positiva ($r = -.497$; $p = .026$) con respecto a los problemas gastrointestinales, lo que indica que a mayor resiliencia menores serán las posibilidades que padezcan malestares gástricos, esto se debe a la buena capacidad emocional, buena percepción y control personal sobre la enfermedad (Quiceno y Vinaccia, 2013). Mientras que en las mujeres no se encontró una correlación significativa.

Analizando la muestra de investigación que fue objeto de estudio y con los resultados encontrados, permitieron dar respuesta a nuestros objetivos; a continuación se describen algunos antecedentes para verificar si existe una afinidad con los datos encontramos en nuestra investigación.

El primer y segundo objetivo específico fue determinar la prevalencia de la depresión, ansiedad, resiliencia y salud física en la comunidad universitaria. El contraste al nivel de depresión, un estudio realizado a 270 trabajadores universitarios, concluyeron que el 8% mostraron algún tipo de depresión (incipiente, media o severa) (Contreras, Veytia y Huitron 2009), mientras que para Cabrera (2017) en un estudio con 101 trabajadores universitarios, encontró que el 43.56% ($n=44$) de la población estudiada presentaron

depresión moderada y el 9.91% (n=10) severa, lo cual no concuerda con los resultados de esta investigación.

En lo que refiere a los datos de ansiedad, un estudio con 245 profesionales de una Universidad de Madrid, concluyeron que el 8,16% de los sujetos presentaron ansiedad (Gañet, Serrano y Gallego 2007), mientras que para Hurtado (2013) en un estudio con 260 trabajadores universitarios, identificó que el 73.8% de la población presenta ansiedad, lo cual no concuerda con los resultados de la investigación, también se evidencia que la comunidad universitaria están propensos a tener ansiedad.

Así mismo, en contraste a los resultados de la variable de resiliencia, un estudio realizado por Alvarado (2015) con un grupo de 228 personas, encontró que el 62% de su población poseen un nivel alto de resiliencia y el 33% un nivel medio, lo que concuerda con los resultados de la investigación, identificando que la muestra de ambos estudios son personas saludables capaces de mantener y sobrellevar una vida equilibrada ante las adversidades o dificultades.

En contraste a los datos de enfermedades físicas, los resultados obtenidos en esta investigación Navarro, Borrero, Hernández y Ucrós, (2014) en un estudio realizado a 254 sujetos entre docentes y administrativos universitarios concluyeron que los trabajadores universitarios tienen el riesgo de padecer problemas digestivos, dolores de cabeza, insomnio, dolores de espalda, tensiones musculares productos del estrés y sobrecarga laboral, mientras que otros estudios manifiestan que las enfermedades psicomaticas más comunes se dan en los sistemas digestivo, respiratorio, endocrino y locomotor, presentando enfermedades como: Colón irritable, Asma, alergias, cefaleas, fatiga, dolores articulares, hipertensión, artritis, diabetes, obesidad, úlceras y colitis (De la Fuente,1985; Baeza, Bulberra, Fenetrier y Gely, 2011), lo cual concuerda con algunas de las enfermedades físicas en las que se evidenció relación en esta investigación.

Nuestro tercer objetivo específico fue determinar la relación entre las variables psicológicas y la salud física. En lo que refiere a la depresión, según un estudio y análisis literario, la depresión coexiste con en enfermedades gastrointestinales, endocrinas, cardíacas y respiratorias (Piqueras et al., 2009; NIMH, 2009); mientras que Cabrera (2017) en un estudio realizado en trabajadores universitarios donde analizo la relación entre depresión y salud física, concluyó que su población presenta enfermedades respiratorias, gastrointestinales y cardíacas; lo cual comprueba que si

existe relación con las enfermedades encontradas en nuestra investigación, a excepción del bruxismo. Por ejemplo, hay evidencia sobre una alta prevalencia de comorbilidad con enfermedades cardiovasculares: episodio depresión mayor (29%) y trastorno depresivo mayor recurrente (31%), y con problemas gastrointestinales en un 70%. (Piqueras et al., 2009).

Con respecto a la ansiedad, de acuerdo a Fernández y Palmero (1999); Piqueras et al., (2009) las personas que presentan ansiedad tienen la probabilidad de padecer enfermedades en distintos sistemas orgánicos del cuerpo humano como; cardiovascular (pulso rápido, tensión arterial elevada, palpitaciones, hipertensión), respiratorio (respiración rápida, opresión torácica, asma), gastrointestinales (vómitos, náuseas, diarreas, úlcera), muscular (tensión muscular, temblores, dolores de cabeza tensionales), cáncer y distintas enfermedades de carácter inmunológico; mientras que Cano y Tobal (2001) manifiestan que las personas que presentan niveles medios y altos de ansiedad pueden padecer trastornos cardiovasculares, como la hipertensión y arritmias, algunos trastornos digestivos (gastritis, colon irritable), dermatológicos, respiratorios y dolores musculares de espalda: lo cual comprueba que ambos estudios se relacionan con los resultados de esta investigación, a excepción del bruxismo, al igual que la depresión. Por ejemplo, los trastornos cardiovasculares tienen una comorbilidad del 24% con el trastorno de ansiedad generalizada, y un 70% con problemas gastrointestinales (Piqueras et al., 2009).

En cuanto a resiliencia hay investigaciones que corroboran nuestros resultados, como en la de Bravo (2011) que concluyó que las personas con conducta resiliente presentan capacidades y competencias de afrontamiento que reducen la posibilidad de experimentar algún desgaste mental o físico. También los resultados hallados por Carvalho et al., (2016) indican que los sujetos con puntuaciones medias y altas poseen mayor motivación y capacidad para resolver los problemas, mantener un equilibrio y presentar menores riesgos adquirir algún tipo de enfermedad.

Con la presente se ha dado respuestas a los objetivos de investigación planteados sobre la prevalencia de depresión, ansiedad, resiliencia, salud física y la relación que existe entre las variables psicológicas con la salud física de la comunidad universitaria; por tanto, considerando el análisis de los datos obtenidos, se pone de manifiesto el impacto que estas ejercen sobre la salud y la calidad de vida de los participantes; así mismo, para informar tanto a la comunidad universitaria como a la sociedad en general, la posibilidad que tienen los trabajadores de padecer un trastorno mental como físico producto del estrés laboral.

CONCLUSIONES

- Se detectó que dentro de la comunidad universitaria, existe un bajo porcentaje de sujetos que padecen depresión, ansiedad o algún tipo de enfermedad física; además, que estos resultados pueden verse influenciados por la capacidad de afrontamiento que se determinó en la población de estudio, debido a que existe un gran porcentaje de la muestra con niveles de resiliencia de moderado a alto; lo cual indica que a mayor conducta resiliente menores serán los riesgos de padecer algún trastorno mental o físico.
- En cuanto al género se identificó muy poca diferencia con respecto a la depresión y ansiedad; al igual que con la variable resiliencia. Referente a las enfermedades físicas los hombres están más propensos a padecer de colesterol, problemas gastrointestinales, bruxismo e hipertensión; mientras que las mujeres, enfermedades como colon irritable, dificultades respiratorias, alergias y artritis.
- Concluimos que factores psicológicos estudiados (depresión, ansiedad y resiliencia) influyen en el proceso de salud – enfermedad, asociándolo tanto en el desarrollo, mantenimiento y comorbilidad de trastornos mentales con trastornos físicos. Por lo tanto, se identificó que la depresión y ansiedad son factores de riesgo que influyen en la salud física, impactando en la actividad fisiológica del sistema orgánico; igualmente, se encontró que la conducta resiliente puede actuar como factor protector frente a la mala salud y hacer frente ante algunas enfermedades orgánicas.
- Con respecto a la relación entre depresión y salud física, se halló un grado de significancia en la dimensión “enfermedades” específicamente con bruxismo, alergias referente a los docentes y en cuanto a los administrativos se encontró un grado de significancia con problemas gastrointestinales, colesterol y colon irritable; de igual manera, se encontró un grado de significancia entre ansiedad y enfermedades, como bruxismo, alergias en los docentes y problemas gastrointestinales en personal administrativo. Lo que establece que las personas que presentan depresión y ansiedad tienen la posibilidad de adquirir una de las enfermedades mencionadas anteriormente.

- En cuanto a las variables resiliencia y la salud física, se encontró un grado de significancia negativo con artritis en docentes, y problemas gastrointestinales en el personal administrativo; lo que establece que a mayor resiliencia menor riesgo de adquirir alguna de las enfermedades anteriormente mencionadas.

RECOMENDACIONES

- Por menor que haya sido la prevalencia de depresión, ansiedad y enfermedades físicas, y para mejorar el bienestar docente y de los administrativos se recomienda crear e implementar un programa de interacción para esta población por parte del centro universitario, con el objetivo de promover la salud, la calidad de vida y prevención de riesgos en el ámbito laboral.
- Informar al personal de los diferentes agentes externos que interfieren en el desempeño laboral y que pueden desencadenar malestares orgánicos o mentales ya sea por el mismo centro universitario o talleres externos a la institución.
- Asistir a talleres o cursos, para ser capacitados en el control y manejo de las emociones, especialmente en situaciones que le generen estrés, impotencia y conductas negativas que pueden perjudicar a su labor y salud; y estimular la capacidad de resiliencia para protegerse de agentes externos y de sus propios pensamientos negativos.
- Mejorar el ambiente laboral y el clima organizacional, realizando una retroalimentación sobre el rol que desempeña cada integrante, promover las relaciones grupales e interpersonales con el resto de compañeros, analizar grupal e individualmente la percepción que genera el ámbito laboral y mejorar la comunicación dentro de la organización.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, M. (2011). Determining factors in health: Importance of prevention. *Acta Med Per*, 28, (4), 241-237.
- Alvarado, S. (2015). Resiliencia en el anejo de estrés laboral en los colaboradores del área administrativa y operativa técnica de n Ingenio de la costa Sur (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landivar, Guatemala.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida una definición integradora. *Revista Latina americana de Psicología*, 35, (2), 164-161.
- Ávalos, B., Cavada, P., Pardo, M., y Sotomayor, C. (2010). La profesión docente: temas y discusiones en la literatura internacional. *Estudios Pedagógicos*, 36(1), 235-263.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénérier, C., y Gély, M. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21(2), 237-227.
- Baldioceca., F. (2010). Bruxismo, teoría y clínica. *Rev. científica odontológica*, 6, (2). 68-59.
- Barranco, M. (2009). Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes. PORTULARIA, 9, (2). 145 – 133. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1610/161013165009.pdf>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto, *Rev. De Psicopatología y psicología clínica*, 11, (3), 146-125.
- Bennassar, M. (2012). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La universidad como entorno promotor de la salud (tesis doctoral). Universidad de les Illes Balears, España.
- Bernal, J. (2014). Para mejorar tu calidad de vida. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=r2t8AwAAQBAJ&pg=PA12&dq=Bienestar+fisico+mental+y+espiritual&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwiQ2_WzvN_YAhUNfVMKHQzIA5sQ6AEIOTAC#v=onepage&q=Bienestar%20fisico%20mental%20y%20espiritual&f=false

- Bobes, J., González, P., Bousoño, M., y Suarez, E. (1993). Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. *Psiquiatría*, 5, (3). 9-5. Recuperado de: https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Bobes_Desarrollo.pdf
- Boixaderas, N., Bazán, M., Campos, P., Fernández, M., Gullón, M., B, Mingo., Pinto, R., Rodríguez, Rubia, M., R., Sanmartí, N., y Torres, M. (2003). *Biología*. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=gVvx46dJ9XQC&pg=PA44&dq=Enfermedades+ser+humano&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwivh9if-9_YAhVDjK0KHQmpAmMQ6AEIJzAA#v=onepage&q&f=false
- Bonanno, G., (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?. *American Psychologist*, 59 (1), 20 -20.
- Bravo, J. (2011). Resiliencia en obreros y empleados administrativos de la universidad de oriente núcleo sucre Carúpano.(Tesis de licenciatura). Recuperada de: [http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/3653/1/TRABAJO%20DE%20GRADO%20\(Jose%20Bravo\).pdf](http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/3653/1/TRABAJO%20DE%20GRADO%20(Jose%20Bravo).pdf)
- Buela, G., Santos, M., Carretero, H., y Cachinero, J. (2002). Análisis entre la relación, entre alergia y variables psicológicas. *Salud mental*, 25, (5). 28-23.
- Cabrera, C. (2017). Reproducción social y su influencia sobre el perfil de salud - enfermedad de los profesores del área de salud de la universidad De cuenca. 2014 - 2016. *Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca*, 35 (1), 29.20.
- Cano, F., y Rodriguez, J. (2017). Patología Psicopática. Recuperado de: [file:///D:/InnoVacliente/Downloads/27.Psicopatologiapsicosomatica%20\(1\).pdf](file:///D:/InnoVacliente/Downloads/27.Psicopatologiapsicosomatica%20(1).pdf)
- Cano, V. (2012). Identificación, medición y evaluación de los factores de riesgo psicosocial, en el personal de trabajadores de la universidad san francisco de Quito (Tesis de Pregrado), Unidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Cano, A., y Tobal, J. (2001). Emociones y salud. *Rev. Critica Ansiedad y estrés*, 7 (2-3), 121-11.

- Carvalho, I., Bertolli, E., Paiva, L., Rossi, L., Dantas, R., y Pompeo, D., (2016). Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Enfermagem*, 24, 8-22.
- Chang, L. y Heotkemper, M. (2002). Gender differences in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 123(5), 1686-1701.
- Chial, H., y Camilleri, M. (2002). Gender differences in irritable bowel syndrome. *Journal Gender-Specific Medicine*, 5(3), 37-45.
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=WZz-DQAAQBAJ&pg=PT205&dq=ansiedad+conceptualizacion&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwignq-WyOnZAhURi1kKHbovAY8Q6AEILTAB#v=onepage&q&f=false>
- Contreras, G., Veytia, M., y Huitron, G. (2009). Detection of the depressive disorder in university professors. *Psicología y salud*, 19 (1), 139-133.
- Connor, K., y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression & Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Corredor, M., y Monroy, J. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Promotion de la salud*, 14, (1). 123 – 109.
- De la Fuente, R. (1985). *Psicología Médica*. México: Fondo de cultura económica.
- Díaz, C., y Barra, E. (2017). Resilience and job satisfaction among teachers from public and private subsidized schools from the commune of Machalí. *Estudios psicológicos*, 43, (1). 86-75.
- Doménech, D. (2011). El bienestar psicológico del profesorado: variables implicadas. *Anuari de l'Agrupació Borriana de Cultura*, 22, 27-40. Recuperado de <http://www3.uji.es/~betoret/>
- Dunbar, F. (1965). *Medicina psicomática y psicoanálisis de hoy*, Argentina: Paidós.

- Duque, A. (2005). Factores de riesgo psicosocial, asociados a ansiedad y depresión en los trabajadores administrativos de una institución de educación superior en Pereira. *Investigaciones Andina*, 7, (10). 68 – 64.
- Elizondo, L. (2001). *Cuidemos nuestra salud*. México, México: Limusa.
- Farha, T., y Thomson, A. (2005). The burden of pneumonia in children in the developed world. *Paediatric respiratory reviews*, 6 (2), 76-82.
- Fernández, J. (2009). Determinantes de la calidad de vida percibidas por los ancianos de una residencia de tercera edad en contextos socioculturales diferentes, España y Cuba (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Fergus, S., y Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26. 26-1.
- Fernández, E., y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona, España: Ariel.
- Ferrán, M. (1996). *SPSS para Windows Programación y Análisis Estadístico*. España: McGraw Hill.
- Flores, R. (2004). Salud, enfermedad y muerte: Lecturas desde la antropología sociocultural. *Mad*, 1, (10),7-1. Recuperado de: <http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/10/paper03.pdf>
- Galván, G., Aradillas, C., Sánchez, O., y Cappello, A. (2012). Dislipidemias, ansiedad y depresión en jóvenes. *Rev, Alter Enfoques Críticos*, 3, (6). 43-33.
- Gañet, R., Serrano, C., y Gallego, M. (2007). Patología vocal en trabajadores docentes: influencia de factores laborales y extralaborales. *Arch Prev Riesgos Labor*, 10, (1). 17 – 12.
- Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20. 466-459.
- Gavidia, G., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales*,(26), 175-161. Recuperado de: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>

- Gonzalez, M., y Landero, R. (2006). Síntomas psicómáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés*, 12, (1), 61-45.
- Hernandez, R., Fernandez, C., y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw – Hill Educación.
- Hurtado, C. (2013). Percepcion de riesgos psicosociales, estrés, ansiedad, variables de salud y conciliación de la ida laboral - familiar en trabajadores y trabajadoras (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Kern, E. y Moreno, B. (2007). Resiliencia en Niños Enfermos Crónicos: Aspectos Teóricos. *Psicología en Estudio*, 12, (1), 81-86.
- Kerlinger, F. (1979). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento ('Investigación experimental y no experimental)*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Keys, A., Fidanza, F., Karvonen, J., Kimura, N., y Taylor, L. (1972). Indexes of relative weight and obesity. *Journal of Chronic Diseases*, 25 (6–7), 329–343.
- Kohn, R., Levav, I., Almeida, J., Benjamin, V., Andrade, L., Caraveo, J., Saxena, S., y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*, 16, (4-5), 240-229. Recuperado de: <https://scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n4-5/229-240/es/>
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., y Löwe, B. (2009). An ultrabrief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-neing of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, (1), 15-109.
- Luthar, S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71. 562-543.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes indevelopment. *American Psychologist*, 56. 238-227.

Ministerio de Salud Pública. (2017). "Depresión: hablemos". Recuperado de:
<http://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>

Moreno, B., y Ximenez, C. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. Recuperado de:
<http://uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>

Morales, C., López, j., Muñoz, G., y Vivas, J. (2015). Relación entre la prevalencia de bruxismo y factores psicosociales, edad y género de un grupo de pacientes pediátricos en Caracas, Venezuela. *OdOntOl Pediátr*, 23 (3), 204-209.

National Institute of Mental Health. (2009). Depresión. Recuperado de:
https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf

Navarro, R., Borrero, J., Hernández, L., y Ucros, M. (2014). Bienestar laboral de los docentes y administrativos de la Universidad de la Costa C.U.C. en el 2013 (Tesis de Grado). Universidad de la Costa C.U.C. Baranquilla.

Oblitas. L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. CENGAGE: México.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Recuperado de:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (2017). "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es

Organización Mundial de la Salud. (2016). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (Mayo 21, 2014). Cuatro enfermedades de adultos ahora se presentan en los adolescentes. Recuperado de:

http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1234:mayo-21-2014&Itemid=972

Organización Mundial de la Salud. (1996). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida?. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la organización mundial de la salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>

Peña, A., Y Paco, O. (2002). El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta: Primera parte. *Anales de la Facultad de Medicina*, 63, (4), 232-223.

Perea, R. (2018). Educación para la salud y calidad de vida. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=XGxTDwAAQBAJ&pg=PA28&lpq=PA28&dq=modelo+ecologico+de+austin+y+werner+1973&source=bl&ots=oaVaU838zj&sig=azX-fDOAzyX7CjeXhbqZVypzjz4&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjNnp-Vka7aAhVJ11MKHdenChkQ6AEwDXoECAAQaQ#v=onepage&q&f=false>

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud física y mental. *Suma Psicológica*, 16 (2), 112-85.

Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2013). Resilience, illness perception, beliefs and spiritual religious coping and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis diagnosis. *Psicología desde el Caribe*, 30, (3). 619-590.

Restrepo, L., y Gonzalez, J. (2007). De Pearson a Sepearman. *Revista Colombina de Ciencias Pecuarias*, 20, (2), 192-183.

Richardson, G., Neieger, B., Jensen, s., y Kumpfer, K. (1990). *The resilience Model. Health Education*, 21. 39-33.

Rodriguez, A. (2009). Resiliencia. *Rev. Psicopedagogia*, 26 (80), 302-291. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v26n80/v26n80a14.pdf>

- Romero, M. (2010). *Artritis reumatoide*. Barcelona, España: Conartritis
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México, México: Manuel Moderno. S.A.
- Saunders. P. (1994). Diccionario Médico Ilustrador de Dorland (Dorland's Illustrated Medical Dictionary)
- Schalock, P., y Verdugo, M. (2003). *Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, España: Alianza.
- Seiten, M. (1993). Indicadores sociales de calidad de vida: *Un sistema de medición aplicada al país Vasco*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Smith, P., y Blumentahl, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Rev. Cardiol*, 64 (10), 933-944.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., y Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200.
- Sequeira, A., y Fornaguera, J. (2009). Neurobiología de la depresión. *Rev, neurociencia*, 10, (6). 478 – 462.
- Serrano., M.(2002). *La Educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud*. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=VxHx8drjxOUC&pg=PA213&dq=Salud+mental+definiciones&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwipy4CJ-YTZAhUNeawKHds2D8QQ6AEIJTAA#v=onepage&q&f=false>
- Serrano, E., y Moreno, J. (1998). Agresividad y enfermedad cardiovascular. Evaluación y abordaje terapéutico. *ALCMEON - Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 7 (1), 28-36.
- Tajer, D. (2009). *Heridos corazones: vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós

- Tamez, S., y Pérez, J. (2009). El trabajador universitario dos puntos: entre el malestar y la lucha. *Educ. Soc., Campinas*, 30, (107). 387-373,
- Tobal, M., y Cano, A. (2002). Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones. *Psicología de la Motivación y la Emoción*: Madrid: McGraw-Hill.
- Truffino., J. (2015). *La salud mental en el mundo de hoy*. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=ZuvJCQAAQBAJ&pg=PT39&dq=Salud+mental+definiciones&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjpy4CJ-YTZAhUNeawKHds2D8QQ6AEINjAD#v=onepage&q&f=false>
- Vaca, S., Bustamante, B., Jiménez, M., Ruisoto, P., y Pineda N. (2015). Identificación de la Distribución del Consumo Problemático y Otros Indicadores de Salud Mental en una Comunidad Universitaria del Ecuador – Estudio Piloto del CONSEP, EDILOJA, Loja-Ecuador.
- Van, Praag. (1971). 'The Welfare Function of Income in Belgium: An Empirical Investigation,' *European Economic Review*, 2, 337-369.
- Vázquez, I. (2015). *Manual de la psicología de la salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Velázquez Cortés, S. (2013). Concepto de Salud Física, Emocional, Mental y Espiritual. Recuperado de: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT100.pdf
- Wingenfeld, K., Schneider, A., y Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122, 86–95.

ANEXOS

Anexo 1.

Variables Sociodemográficas		
1. Sexo	Masculino ()	Femenino ()
2. Edad		
3. Estado Civil	Soltero o nunca casado	()
	Casado	()
	Separado – Divorciado	()
	Viudo-a	()
	Pareja de hecho	()
4. Nivel de estudio	Sin estudios formales	()
	Educación básica finalizada	()
	Educación secundaria finalizada	()
	Educación universitaria finalizada	()
	Educación de postgrado (master y-o doctorado) finalizado	()
5. Ocupación principal	Estudiante y trabajador (predomina el estudio)	()
	Estudiante y trabajador (predomina el trabajo)	()
	Profesión.....	()
6. ¿Cómo considera su salud en general?	Muy mala	()
	Mala	()
	Normal (ni buna ni mala)	()
	Buena	()
	Muy buena	()

Anexo 2.

Cuestionario de salud del paciente de depresión y ansiedad (PHQ-4)

1. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas te has sentido nervioso, ansioso o al límite?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
2. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas te has sentido incapaz de parar o controlar tus preocupaciones?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
3. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas has sentido poco interés o placer al hacer las cosas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
4. ¿Con qué frecuencia en las últimas dos semanas te has sentido decaído, deprimido o desesperanzado?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día

Anexo 3

Brief Resilience Scale (BRS)	
Variables que evalúa:	Capacidad de las personas de adaptarse al estrés.
Descripción:	Evalúa la capacidad de recuperación de las personas frente al estrés; además, proporciona información sobre cómo las personas afrontan o se adaptan al estrés u situaciones adversas.
Ítems:	<ol style="list-style-type: none">1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles.2. Lo paso mal superando situaciones estresantes.3. No me lleva mucho tiempo recuperarme de una situación estresante.4. Para mí es difícil recuperarme cuando algo malo sucede.5. Normalmente paso momentos difíciles sin gran problema.6. Suele llevarme mucho tiempo superar complicaciones en mi vida.
Referencia:	Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher, Bernard, 2008.