

Malestar psicológico y estrés en los Grados de Ciencias de la Salud: análisis de la influencia de variables demográficas, académicas y de personalidad

Trabajo Final de Grado – Grado de Medicina



Autor: Alejandro Viciano Molina

Tutor: Rafael Ballester Arnal

Departament de Psicologia Bàsica, Clínica i Psicobiologia.
Àrea de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics



TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) – GRADO DE MEDICINA

Rafael Ballester Arnal, hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el estudiante Alejandro Viciano Molina lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas).

TÍTULO del TFG: Malestar psicológico y estrés en los Grados de Ciencias de la Salud: análisis de la influencia de variables demográficas, académicas y de personalidad

ALUMNO: Alejandro Viciano Molina

DNI: 20487989-A

PROFESOR TUTOR: Rafael Ballester Arnal

Fdo (Tutor):RAFAEL BALLESTER.....

RESUMEN

Justificación: La alta tasa de malestar psicológico en el estudiantado de pregrado, sus causas y las consecuencias sobre la salud y el éxito académico son una preocupación reciente. Generalmente se estudia en relación al estrés, ansiedad y depresión y variables de características individuales y, con pocos estudios, solo sobre estudiantes de medicina. El objetivo de este estudio es ampliar su conocimiento a otro estudiantado de ciencias de la salud e identificar factores de riesgo. *Método:* Se realizó una encuesta online sobre datos sociodemográficos, malestar psicológico (HADS), estrés percibido (PSS14) y personalidad (BFI-10). Se realizaron análisis descriptivos, diferenciales, correlacionales y de regresión. *Resultados:* La prevalencia de malestar psicológico en la muestra total fue del 41,2%. Por grados, en enfermería fue del 26,2%, en medicina del 51,7% y en psicología del 41,7%. Las prevalencias de ansiedad en cada grado fueron: 10,8% para enfermería, 36% para medicina y 20,2% para psicología. Las prevalencias de depresión fueron: 3,1% para enfermería, 13,5% para medicina y 4,8% para psicología. Los estudiantes de medicina obtuvieron generalmente mayores puntuaciones en malestar, ansiedad y depresión. Las mujeres puntuaron más alto en estrés y ansiedad que los hombres, y quienes tenían asignaturas de otros cursos también informaron de mayor estrés. Los predictores de malestar y estrés fueron la personalidad, el propio malestar y estrés y variables académicas. *Conclusión:* Se confirman las elevadas prevalencias de malestar, y la mayor afectación del estudiantado de medicina.

ABSTRACT

Justification: The high rate of psychological distress in undergraduates, their causes and the consequences on health and academic success are a recent concern. It is usually studied in relation to stress, anxiety and depression and variables of individual characteristics and, with few studies, only about medical students. The objective of this study is to extend its knowledge to other students of health sciences and identify risk factors. *Methods:* An online survey was conducted on sociodemographic data, psychological distress (HADS), perceived stress (PSS14) and personality (BFI-10). Descriptive, differential, correlational and regression analyzes were performed to identify predictors of distress and stress. *Results:* The prevalence of psychological distress in the total sample was 41,2%. By degrees, in nursing it was 26,2%, in medicine 51,7% and in psychology 41,7%. The prevalences of anxiety in each grade were: 10,8% for nursing, 36% for medicine and 20,2% for psychology. Those of depression were: 3,1% for nursing, 13,5% for medicine and 4,8% for psychology. Medical students generally obtained higher scores in distress, anxiety and depression. Women scored higher in stress and anxiety than men, and those who had subjects from other courses also reported higher stress. The predictors of discomfort and stress were personality, discomfort and stress themselves and academic variables. *Conclusion:* The high prevalences of distress, and greater affectation of medical students are confirmed.

EXTENDED SUMMARY

INTRODUCTION

Psychological discomfort, understood as cognitive, behavioural, emotional and psychophysiological non-specific symptomatology has begun to be studied exhaustively in recent years. Thus, the prevalence in health sciences students is poorly defined, varying between 21% and 84-90% of students, observing a similar situation for stress, which is suffered by 20 to 75% of people, and the most prevalent psychopathology: anxiety and depression.

The factors that have been associated with emotional distress, predominantly on a medical undergraduate population are of a cognitive type as thoughts of dropping out of medical school, perceived stress in the faculty, negative life events or personality characteristics, dissatisfaction with teaching... And its consequences are the deterioration of academic performance, empathy, increased substance use or even suicide.

As stress has a relevant role, some studies have studied the main stressors. In medicine are the lack of free time, not being able to influence the academic curriculum, the absence of a clear role for students, the workload, study and exams, financial status and interpersonal relationships. In nursing students were the conflict between what was learned and reality, the pain and suffering of the patient, doing their job badly and harming the patient, perceiving hospital resources as insufficient, confuse medications, prick with an infected needle and close supervision. In psychology students, specific stressors have not been studied.

Regarding the aforementioned relationship of personality with emotional distress, it has been seen that characteristics, such as neuroticism, low extraversion and low responsibility, are related to psychological distress in general, depression, burnout, stress or anxiety.

OBJECTIVES

The main objective of this work will be to analyze the prevalence of psychological problems among the Health Sciences student body of the Universitat Jaume I of Castelló. This objective is specified in several secondary objectives:

1. Analyze the prevalence of anxiety, depression and stress problems among undergraduate students.
2. Compare the emotional state of the students of the three degrees of the Faculty of Health Sciences
3. Investigate the relationship between these problems and academic variables (as causative or consequential): course studied, academic performance...
4. Study the possible existence of risk factors associated with the existence of this type of problem.

METHODS

The study was conducted through a cross-sectional observational design.

The sample size calculation necessary to achieve the objectives was performed, resulting in 227 subjects.

The students were electronically surveyed at the end of the first academic semester of the 2018/2019 academic year. By means of a letter of introduction, they were informed of the purpose of the study (to better understand the factors that contribute to the well-being or psychological distress of the students of Health Sciences) and a link was attached to the online platform in which the consent was collected informed and the questionnaires could be completed. The informed consent was at the beginning of the battery of questionnaires and should be read and accepted in order to continue.

The questionnaire asked for sociodemographic information, symptoms of depression, anxiety and psychological distress through the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), perceived stress through the *Perceived Stress Scale* 14 items version (PSS14) and personality through the *Big Five Inventory* 10 items version (BFI-10), as well as other variables were are not used for the present study. Reminders were sent via email to complete the questionnaires.

The statistical analysis was carried out with the IBM SPSS software (version 23). Descriptive statistics, comparisons of scores between the categories of the explanatory variables, correlations and multiple linear regression analysis were performed.

RESULTS

The prevalence of psychological distress in the total sample was 41,2%. By degrees, in nursing it was 26,2%, a result that was statistically significantly lower than that of medicine (51,7%) and psychology (41,7%). The prevalences of anxiety in each grade were: 10,8% for nursing, 36% for medicine and 20,2% for psychology. Those of depression were: 3,1% for nursing, 13,5% for medicine and 4,8% for psychology.

The highest scores in all the variables that reflect emotional suffering correspond to the medical students, being higher than those of the nursing students ones, in a statistically significant way, the total discomfort (13,73 in medicine versus 10,45 in nursing) and the depressive symptomatology (5,12 in medicine versus 3,2 in nursing). However no significant difference between medicine and psychology or between nursing and psychology are observed.

Other differential scores were found in stress for women and those who had subjects from other courses, and in anxiety scores, also higher in women. The other demographic and academic variables did not influence the results of discomfort and stress.

On the other hand, relationships between the majority of personality dimensions and emotional distress variables were found, but not between them and age, time in the degree and the academic average.

According to the regression model, the variables associated with stress scores are: the presence of subjects from other courses, personality variables (neuroticism, responsibility, extraversion, agreeableness) and total score in the HADS, explaining 65.2% of the variance. For the psychological distress are: the degree that is studied, the presence of subjects of other courses, the years in the degree, personality (neuroticism, responsibility, agreeableness) and the total score in the PSS14. These explain 61.4% of the variance.

CONCLUSIONS

The conclusions of the work are that there is no greater psychological distress, stress, anxious or depressive symptomatology than those found in other studies, but the prevalence is high and worrisome.

We also conclude that medical students suffer from greater discomfort and more frequently. However, the level of stress in global terms is similar between degrees.

Finally, we emphasize that psychological distress can be predicted by knowing personality characteristics, the level of stress, the degree and time in the degree and by the presence of subjects from other courses. Stress can be predicted by knowing personality characteristics, the psychological distress suffered and the presence of subjects from other courses.

1. INTRODUCCIÓN

El estudiantado de medicina, psicología, enfermería u otras carreras relacionadas con el ámbito de la salud convergen en su vocación por la atención y cuidado de los seres humanos, pero además comparten altas tasas de malestar psicológico, que varían entre el 36% y el 61% en enfermería (1-3), entre el 21% y el 48% en medicina (4-11) y entre el 40% y el 75% en psicología (9,12,13) dependiendo de estudios y los criterios de medida, y siendo generalmente mayores que en la población general (6).

La evaluación del constructo de “malestar psicológico” surgió durante la Segunda Guerra Mundial ante la necesidad del ejército estadounidense de detectar mediante escalas a los ciudadanos que por su condición psiquiátrica no pudiesen servir como soldados (14). De los estudios de revisión de las escalas creadas en esta línea que llevaron a cabo Dohrenwend y cols. y Kessler (15,16) se extrae que estas escalas suelen incluir preguntas sobre un conjunto heterogéneo de síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y psicofisiológicos que se dan inespecíficamente entre las personas que sufren diferentes trastornos mentales, pero que a pesar de este contenido heterogéneo, la gran mayoría de los síntomas en estas escalas tienen una alta carga en un factor principal convergente de angustia inespecífica.

Así, se puede expresar el malestar psicológico como el resultado en pruebas psicométricas de cribado como el *General Health Questionnaire* (GHQ) en sus distintas versiones (2,5,6,8,17), el *Kessler Measure of Psychological Distress* (K10)(9,18,19), la *Perceived Stress Scale* (PSS) (13,20-23), la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (24,25). A nivel clínico se puede definir como sintomatología desagradable, no psicopatológica y autopercebida, que se manifiesta por ejemplo como bajo estado de ánimo, irritabilidad, desmoralización, desasosiego o falta de concentración entre otros (26,27).

Este malestar psicológico conlleva una serie de consecuencias, como el deterioro del rendimiento académico (28,29), pérdida de empatía y humanismo (30,31) que aumenta en los estudiantes universitarios con el paso de la carrera (30), el consumo problemático de alcohol (32-35), o incluso ideación suicida (7,36).

En cuanto a los factores asociados en estudiantes de medicina, se ha descrito mayor prevalencia en países de Europa del Este respecto a los mediterráneos y escandinavos, (37), y que en general las mujeres sufren mayor malestar (9,18,37,38). Otro estudio (39) lo relaciona con los pensamientos de abandonar la carrera, el estrés por la carga de trabajo, las disecciones y las relaciones con otros/as estudiantes, así como el burnout e incidentes estresantes. También se han relacionado como predictores del malestar psicológico clínicamente significativo los problemas previos de salud mental, las características de personalidad, el estrés percibido en la facultad de medicina y haber tenido eventos vitales negativos en el año anterior (40).

En estudiantado de enfermería, el malestar psicológico se asoció a un menor tiempo destinado a recreación, preocuparse por aspectos económicos y sentirse de un nivel socioeconómico bajo, estudiar más de diez horas diarias, percibir un pobre apoyo familiar, media académica inferior a cinco y una mediana satisfacción con la carrera (3).

Se observa así que el estrés constituye uno de los generadores de malestar psicológico. Este concepto caracteriza los cambios bioquímicos, fisiológicos, cognitivos y conductuales que se producen en el organismo en respuesta a una demanda.

El estrés ha sido estudiado desde diferentes perspectivas. La primera teoría fue la formulada por Cannon (41), quien afirmó que el estrés desencadenaba una reacción de lucha o huida del sistema nervioso autónomo. Con este precedente, Selye (42) constató que la respuesta de estrés mantenida en largos periodos producía efectos negativos (úlceras, hiperplasia de las glándulas suprarrenales o atrofia de tejido inmunitario) y postuló el Síndrome General de Adaptación: el estrés como un conjunto de reacciones fisiológicas ante estímulos nocivos, con tres fases: 1) la reacción de alarma (reacción de lucha o huida), y si el estímulo estresante se prolonga se da 2) la fase de resistencia, donde se consumen los recursos homeostáticos y finalmente 3) la fase de agotamiento, en la que desaparecen las reservas y pueden aparecer alteraciones.

Desde el enfoque interaccionista, concediendo gran importancia a los factores psicológicos de tipo cognitivo (el valor que asigna el individuo a las demandas percibidas), surge la teoría transaccional o de evaluación cognitiva, de Lazarus y Folkman (43), que permite explicar el efecto diferencial de los estresores sobre la salud en los diferentes individuos, al definir el estrés como un *“conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal”*. Lazarus y Folkman proponen dos evaluaciones en el proceso, la valoración primaria: evaluación del estresor como positivo, neutro/irrelevante o negativo y, si es negativo, si es de amenaza, de daño o pérdida, o de desafío/reto; y la valoración secundaria: evaluación de los propios recursos, habilidades, y la percepción de que sean suficientes para afrontar el estresor.

La prevalencia del estrés en estudiantado de psicología es del 75% sufriendo estrés moderado y un 12% con estrés severo (13). Sin embargo, en estudiantes de medicina el 12,9% sufre estrés moderado y el 10,5%, severo (19), aunque en otros estudios, el 79,8% de encuestados manifiestan estrés severo (44). Algunas investigaciones describen incrementos de hasta 3 puntos a lo largo del primer curso (23).

Al separar entre estrés académico, profesional y personal, el académico parece relacionarse con la baja satisfacción vital, baja actividad física y con no consumir alcohol; el profesional es mayor en las mujeres y en quienes tienen una baja actividad física; y el personal resulta mayor también en mujeres, en personas con baja satisfacción vital y en quienes han consumido drogas (38).

Si nos referimos al estrés percibido, las estudiantes de psicología con mayores puntuaciones tienen menor seguridad en lograr sus metas académicas (13). En estudiantes de medicina es mayor en cuarto y quinto curso respecto a primero y segundo (45), y mayores puntuaciones en el primer año predicen sufrir malestar psicológico clínicamente significativo en el quinto año (8). La tendencia a mayor estrés en el género femenino se ha observado en algunos estudios (13,19,46) mientras en otros no se ha dado (47).

Los principales estresores en medicina son la falta de tiempo libre para el 78-80% de estudiantes, no poder influir en el currículum académico para el 81,1%, que no

haya un rol claro para el estudiantado para el 75,8% (48), la carga de trabajo, el estudio y los exámenes para el 40-50% (9,18) y hasta el 70% (39) de estudiantes, la situación económica para el 22% y las relaciones interpersonales para el 12% (18) al 16,6% (9).

Algunos autores proponen que el estudiantado de medicina lidia con estresores específicos, como la sobrecarga de información, falta de tiempo libre, el enfrentarse al sufrimiento humano, la muerte (23), o la percepción de no tener control sobre el propio horario diario, trabajar durante muchas horas y el grado de confianza en adquirir los conocimientos para ejercer la medicina (45).

Estos estresores pueden ser diferentes conforme avanzan los estudios. Así, se observó que las preocupaciones en los primeros años comprendían la carga de trabajo, para pasar a ser las deficiencias de la facultad, sentir un clima de poco apoyo y preocupaciones sobre el futuro las de los cursos avanzados. El "feedback insuficiente" fue el factor con media más alta en las 3 etapas, con su punto máximo en los/as estudiantes del primer año. Las puntuaciones de las alumnas fueron mayores que las de los varones generalmente (48).

Por lo que respecta a los estudiantes de enfermería, los factores identificados como más estresantes fueron el conflicto entre lo aprendido y la realidad, seguido del dolor y el sufrimiento del paciente, el conocimiento y la capacitación inadecuados, la percepción de recursos hospitalarios insuficientes y la supervisión cercana, siendo el menos estresante las experiencias adversas y embarazosas durante la atención al paciente (49). Utilizando el cuestionario de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (KEZAK)(50), un 78,8% de estudiantes de enfermería categorizaron como muy estresantes hacer mal su trabajo y perjudicar al paciente, un 71,3% mezclar medicamentos y pincharse con una aguja infectada el 59,8% (46). Para el estudiantado de enfermería de la *Facultat de Ciències de la Salut* de la *Universitat Jaume I* fueron confundir la medicación, pincharse con una aguja infectada y cometer un error (51).

Desde la perspectiva que otorga el papel de desencadenante del estrés a los eventos vitales estresantes, se ha analizado la prevalencia de algunas situaciones hallándose que el 37% del estudiantado experimentó al menos un evento vital negativo (divorcio, enfermedad grave propia, enfermedad grave o fallecimiento de un familiar cercano,) en el año previo, y el 14% experimentó al menos un evento vital positivo (matrimonio, nacimiento/adopción de un hijo) en el mismo periodo. Haber padecido una enfermedad grave se asoció a mayor *burnout* y con la depresión y menor consumo de riesgo de alcohol, incluso después del ajuste por edad, sexo y año en la titulación. Experimentar uno o más eventos vitales positivos, por el contrario, se asoció con una menor prevalencia de síntomas de depresión y de consumo de riesgo de alcohol (52).

Junto al estrés, la ansiedad y depresión son las manifestaciones más estudiadas del malestar psicológico en el estudiantado de ciencias de la salud.

Los estados depresivos se caracterizan por el ánimo bajo, deprimido, triste, la pérdida de interés o del placer por las actividades durante la mayor parte del día en un periodo de tiempo, acompañado de insomnio o hipersomnia, fatiga, alteraciones del apetito, disminución de la energía, sentimientos de culpabilidad, dificultad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio (53).

La prevalencia de síntomas depresivos entre estudiantes no está claramente establecida. Mientras en unos estudios solo un 1,6% de estudiantes obtuvo puntuaciones por encima del punto de corte (25), en otros fue un 11,3% de estudiantes con puntuaciones moderadas en depresión y un 15,3% con puntuaciones severas o extremadamente severas (19). Con un 20% del estudiantado con síntomas de depresión mayor y un 38% con síntomas depresivos en general se encuentra el estudio de Youssef (45) que estableció que recibir apoyo emocional regularmente, hacer ejercicio de forma regular y encontrar tiempo para descansar o relajarse era más frecuente entre quienes no presentan síntomas de trastorno depresivo; mientras que las personas que sentían control sobre su horario diario tenían una prevalencia de dos a tres veces menor de síntomas de depresión mayor y de trastorno depresivo. La mayor prevalencia (56%) de síntomas depresivos se dio en estadounidenses (52), situándola los mismos autores dos años después en el 46,5% (54) relacionando además que el 82,5% de quienes tenían ideación suicida daban positivo en el cribado de depresión.

Confirmando estos datos mediante metaanálisis, la prevalencia bruta total de depresión o síntomas depresivos fue del 27,2%, con las estimaciones oscilando entre las modalidades de evaluación del 9,3% al 55,9% (55).

En cuanto a la evolución de la proporción de estudiantes que puntúan positivamente para síntomas de depresión, algunos estudios han encontrado que las puntuaciones en depresión son mayores en los dos primeros cursos (24,52)

Por su parte, la ansiedad es la preocupación excesiva acerca de acontecimientos, situaciones o actividades, con una intensidad, duración o frecuencia desproporcionada al objeto de la ansiedad. Esta angustia se puede producir sin desencadenantes claros y se asocian a sintomatología como inquietud, nerviosismo, fatigabilidad, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular, sudoración, palpitaciones, alteraciones del sueño, etc. (53)

Al estudiar la ansiedad un 12,1% de los estudiantes de medicina presentó niveles moderados, y un 16,1% niveles severos o extremadamente severos (19), encontrando una prevalencia inferior al 23,6% en población portuguesa (24) y superior al 6,8% en estudiantes alemanes (25). Concretamente en enfermería (1), el 90% puntuó sobre el umbral de ansiedad subclínica, y el 44% tenía niveles clínicamente elevados.

Las puntuaciones diferenciales en ansiedad por cursos se dan en medicina como ocurría en depresión, siendo mayor en los dos primeros cursos, y en el quinto (24), pero no en enfermería (1).

Finalmente, la personalidad ha sido otro de los constructos clave en relación al malestar psicológico, pudiéndose entender como factor de vulnerabilidad. Existen muy diferentes aproximaciones teóricas a la personalidad. En la actualidad conviven dos grandes paradigmas, el socio-cognitivo que agrupa las perspectivas cognitiva, fenomenológica y del aprendizaje, y el bio-disposicional que es el preponderante actualmente (56). Desde el paradigma bio-disposicional, la personalidad sería una organización relativamente estable y consistente de disposiciones que se manifiestan en tendencias afectivas, cognitivas y de conducta, y que determinarían una adaptación característica y única al ambiente (57). Dentro de este paradigma se encuadra el modelo de los Cinco Grandes de Costa y

McCrae diseñado en 1980 (58) y completado en 1992 (59). El modelo (59–64) propone cinco dimensiones básicas que se describen a continuación, con treinta rasgos (seis por cada dimensión, consultables en el Anexo I):

- Neuroticismo (N): predisposición a experimentar afecto negativo (ansiedad, tristeza, ira, asco...), inestabilidad emocional y desajuste.
- Extraversión (E): tendencias a la sociabilidad, gregarismo, a la actividad y optimismo, así como experimentar emociones positivas.
- Apertura a la experiencia (O): asociada a la creatividad, a la búsqueda de experiencias, placer por lo desconocido, la sensibilidad estética.
- Amabilidad (A): caracterizada por la tendencia a facilitar las relaciones sociales, baja agresividad, altruismo, empatía o la no manipulación.
- Responsabilidad (C): predisposición a persistir en la conducta dirigida a metas, asociada a motivación, cuidado, capacidad de organización.

Se ha encontrado relación de distintas características de personalidad con el malestar psicológico en estudiantado de ciencias de la salud. Así, se relaciona la extraversión con menor malestar psicológico en general (11,65), menor depresión (11), y mayores bienestar positivo y autocontrol (11), así como menor *burnout* (11,65). Otro estudio (66) relacionó la extroversión, la amabilidad, la responsabilidad, la estabilidad emocional y la apertura a la experiencia con diferentes grados de reducción del *burnout* durante el primer año de residencia, y durante el segundo año con la estabilidad emocional y la apertura. El neuroticismo se ha relacionado con malestar psicológico (19,65), estrés (23), depresión (19,60), ansiedad (19,23), *burnout* (19,63)

Actualmente los datos de prevalencia de estrés, ansiedad, depresión y otras manifestaciones del malestar psicológico en estudiantes de ciencias de la salud son heterogéneos y varían según el área geográfica, existen pocas aproximaciones a los factores predictores/relacionados con estos fenómenos, han sido estudiados sobre todo en población de habla inglesa (Canadá, EEUU, Australia o Reino Unido) y los datos que se refieren a distintas titulaciones provienen de estudios con metodologías distintas. Por ello, los objetivos de este trabajo son los que se describen a continuación.

2. OBJETIVOS

El principal objetivo de este trabajo será analizar la prevalencia de problemas psicológicos entre el estudiantado de Ciencias de la Salud de la Universitat Jaume I de Castelló. Este objetivo se concreta en varios objetivos secundarios:

1. Analizar la prevalencia de problemas de ansiedad, depresión y estrés entre el estudiantado de grado.
2. Comparar el estado emocional del estudiantado de los tres grados de la Facultad de Ciencias de la Salud
3. Investigar la relación entre estos problemas y variables académicas (como causantes o consecuentes): curso estudiado, rendimiento académico...
4. Estudiar la posible existencia de factores de riesgo asociados a la existencia de este tipo de problemas.

De acuerdo con la literatura analizada, nuestras hipótesis de partida son:

1. La prevalencia de estrés en el estudiantado de Ciencias de la Salud (Enfermería, Medicina y Psicología) se situará en torno al 70%.
2. La prevalencia de malestar psicológico en el estudiantado de Ciencias de la Salud se situará en torno al 50%.
3. La prevalencia de depresión en el estudiantado de Ciencias de la Salud se situará en torno al 30%.
4. La prevalencia de ansiedad en el estudiantado de Ciencias de la Salud se situará en torno al 60%.
5. Los niveles de estrés diferirán entre las titulaciones de Ciencias de la Salud
6. Habrá diferencias en el malestar psicológico de las tres titulaciones de Ciencias de la Salud
7. La sintomatología ansiosa tendrá prevalencias distintas en el estudiantado de cada titulación.
8. La prevalencia de sintomatología depresiva será diferente en cada titulación.
9. Las personas más neuróticas, menos extravertidas o menos responsables tendrán un mayor grado de malestar y estrés.
10. Tener asignaturas de otros cursos, vivir fuera del hogar familiar, compaginar estudios y trabajo y llevar más años en la titulación se asociará a mayores niveles de malestar psicológico y estrés.

3. MÉTODO

Para la realización del estudio hemos seguido un diseño observacional transversal.

3.1. Participantes

La población a estudio fueron los/as 1505 estudiantes que desarrollaban sus estudios de grado en la *Facultat de Ciències de la Salut (FCS)* de la *Universitat Jaume I (UJI)*, es decir, 298 estudiantes del Grado de Enfermería, 475 del Grado de Medicina y 732 del Grado de Psicología, en el curso 2018/2019 (67).

Antes de administrar la batería de cuestionarios del estudio, se calculó el tamaño muestral necesario para la consecución de nuestros objetivos. Teniendo en cuenta que la población está formada por 1505 estudiantes, para un nivel de confianza del 95%, tomando como referencia una estimación del 50% en los cálculos y con un error muestral máximo del 6%, se estimó que el tamaño de la muestra debería ser de 227 personas.

Se utilizó al estrategia de muestreo no probabilístico intencional o de conveniencia, siendo incluidas en el estudio las personas que respondían voluntariamente la batería que se envió mediante correo electrónico, hasta completar el tamaño muestral deseado.

Las características de la muestra, que finalmente se compuso de 238 estudiantes, 89 de medicina, 84 de psicología y 65 de enfermería, se describen en la Tabla 1.

Tabla 1

Características sociodemográficas por titulación

	Enfermería	Medicina	Psicología	Total	X ²	F
Género (%)					6,73	
Mujer	89,20%	75,30%	77,40%	79,80%		
Hombre	10,80%	24,70%	22,60%	20,20%		
Edad media (DT)	21,09 (4,01)	22,64 (4,57)	23,09 (6,52)	22,37 (5,26)		2,88
Origen (%)					9,17	
Español	92,30%	94,40%	89,30%	92,00%		
Europeo - no español	1,50%	2,20%	6,00%	3,40%		
Latinoamericano	3,10%	1,10%	4,80%	2,90%		
Asiático	3,10%	1,10%	0,00%	1,30%		
Anglosajón	0,00%	1,10%	0,00%	0,40%		
Africano	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
Estado civil (%)					6,39	
Casado/a o pareja estable	23,10%	38,20%	33,30%	32,40%		
Soltero/a o sin pareja estable	76,90%	61,80%	66,70%	67,60%		
Curso (%)					86,67***	
1	44,60%	15,70%	32,10%	29,40%		
2	24,60%	9,00%	17,90%	16,40%		
3	6,20%	24,70%	22,60%	18,90%		
4	24,60%	12,40%	27,40%	21,00%		
5	0,00%	19,10%	0,00%	7,10%		
6	0,00%	19,10%	0,00%	7,10%		
Años en la carrera (%)					63,49***	
1	41,50%	15,70%	32,10%	28,60%		
2	27,70%	9,00%	15,50%	16,40%		
3	6,20%	24,70%	26,20%	20,20%		
4	23,10%	11,20%	15,50%	16,00%		
5	0,00%	18,00%	7,10%	9,20%		
6	1,50%	21,30%	3,60%	9,70%		
Situación laboral (%)					11,739	
Sólo estudiante	84,60%	87,60%	75,00%	82,40%		
TC y EC	1,50%	0,00%	4,80%	2,10%		
TC y EP	3,10%	0,00%	1,20%	1,30%		
TM y EC	10,80%	10,10%	16,70%	12,60%		
TM y EP	0,00%	2,20%	2,40%	1,70%		
Residencia en el curso (%)					28,15**	
Hogar familiar	80,00%	42,70%	50,00%	55,50%		
Piso compartido	16,90%	46,10%	39,30%	35,70%		
Residencia universitaria	3,10%	5,60%	4,80%	4,80%		
Piso a solas	0,00%	4,50%	3,60%	2,90%		
Asignaturas pendientes (%)					13,51**	
No	87,70%	78,70%	73,80%	79,40%		
Sí, por suspenso	12,30%	12,40%	23,80%	16,40%		
Sí, por traslado	0,00%	9,00%	2,40%	4,20%		
Media académica (DT)	7,79 (0,80)	7,78 (0,60)	7,41 (0,85)	7,65 (0,77)		5,95**

Nota: TC, trabajo jornada completa; TM, trabajo media jornada; EC, estudio tiempo completo; EP, estudio tiempo parcial

* p≤0,05; ** p≤0,01; *** p≤0,001

3.2. Recogida de datos

Se encuestó a los estudiantes electrónicamente al final del primer semestre académico del curso 2018/2019. Mediante una carta de presentación se les indicaba primero que el propósito de la encuesta era comprender mejor los factores que contribuyen al bienestar o malestar psicológico de los estudiantes de Ciencias de la Salud y se adjuntó un enlace a la plataforma online en la que se recogía el consentimiento informado y se podían completar los cuestionarios. El consentimiento informado figuraba al principio de la batería de cuestionarios y se debía leer y aceptar para poder continuar.

Preservar la confidencialidad de los estudiantes fue una preocupación esencial, por lo que se recalcó el carácter voluntario de la respuesta, el anonimato y la confidencialidad, animando a dar respuestas lo más sinceras posible. No se proporcionó ningún incentivo para la participación.

El cuestionario consistió en 110 preguntas relacionadas, como se detalla a continuación, con información sociodemográfica, evaluación de síntomas de depresión y ansiedad, estrés percibido, estresores y personalidad, así como otras variables que no son utilizadas para el presente estudio. Se enviaron recordatorios mediante mensajes de correo electrónico para que completaran los cuestionarios. Se puede consultar el consentimiento informado así como la batería de cuestionarios utilizada en los Anexos II y III respectivamente.

3.3. Variables analizadas e instrumentos

Este trabajo forma parte de un estudio más amplio del malestar psicológico del estudiantado de ciencias de la salud. Para este trabajo, se utilizan las variables de características sociodemográficas, malestar psicológico, ansiedad, depresión, estrés y finalmente características de personalidad por ser las más frecuentemente evaluadas, como se ha visto, en la bibliografía.

La información sobre **variables sociodemográficas** se recogió con preguntas diseñadas *ad hoc* para el estudio. Éstas fueron: género, edad, origen, estado civil o tipo de pareja, titulación, curso, años en el grado, situación laboral, lugar de residencia en el curso escolar, asignaturas de otros cursos y media académica.

El **malestar psicológico** fue medido mediante la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) originalmente creada por Zigmund y Snaith (68) y adaptada y validada al español (69). Es una escala diseñada como *screening* para los estados de **depresión y ansiedad** en servicios hospitalarios no psiquiátricos, que consta de 14 ítems organizados en dos subescalas, de 7 ítems cada una, una de ansiedad y otra de depresión. Para cada subescala, la frecuencia o en algunos ítems intensidad del síntoma se evalúa en una escala tipo Likert de cuatro puntos, permitiendo obtener una puntuación en cada una de 0 a 21 puntos, considerándose los siguientes puntos de corte: 0-7 Normal; 8-10 Dudoso/posible problema clínico; >10 Probable problema clínico Los criterios de fiabilidad y validez fueron estudiados (69-72), presentando un alfa de Cronbach entre 0,81 y 0,86 para ansiedad y entre 0,82 y 0,86 para depresión. Se eligió, además de por las buenas propiedades psicométricas comentadas, por haber demostrado utilidad en el cribado de malestar psicológico(73), por dar medidas de la psicopatología más frecuente (ansiedad y depresión) y haber sido utilizada en estudiantado universitario (24,25,74,75).

Para la medida del **estrés percibido** se utilizó la *Perceived Stress Scale 14 items version (PSS14)* de Cohen (76). La PSS14 es una escala de autoinforme sobre el estrés percibido por el usuario, en el último mes, que consta de 14 ítems (7 directos y 7 inversos) que se responden en mediante una escala de frecuencia tipo Likert de cinco puntos siendo 0 “Nunca”, 1 “Casi nunca”, 2 “De vez en cuando”, 3 “A menudo” y 4 “Muy a menudo”; y reflejan el grado de impredecibilidad, sobrecarga e incontrolabilidad percibido. A mayor puntuación, mayor nivel de estrés percibido. La versión española de la PSS muestra una adecuada fiabilidad, con una consistencia interna, medida mediante alfa de Cronbach de 0,81, y una correlación test-retest, de 0,73 así como muestra adecuada validez concurrente, y sensibilidad (77,78).

Finalmente para evaluar la **personalidad**, se utilizó el *Big Five Inventory*, en su versión de 10 ítems (BFI-10) (79). Se trata de un inventario breve, basado en el paradigma de los 5 grandes (Neuroticismo (N), Extraversión (E), Apertura a la experiencia (O) Amabilidad (A) y Responsabilidad (C)) y que mide cada una de dichas dimensiones mediante dos ítems, según el grado de identificación del sujeto con las afirmaciones a través de una escala tipo Likert de cinco puntos (1 En total desacuerdo; 2 Un poco en desacuerdo; 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 Un poco de acuerdo; 5 Totalmente de acuerdo). Se ha validado en población europea (Alemania) (80), y ha sido usado en anteriores trabajos sobre estudiantes de medicina en Catalunya (65), obteniendo las siguientes consistencias internas por alfa de Cronbach en cada subescala: $\alpha_N=0,80$, $\alpha_E=0,68$, $\alpha_O=0,50$, $\alpha_A=0,08$ y $\alpha_C=0,45$. También se realizó análisis factorial, obteniéndose saturaciones factoriales congruentes solo para las dimensiones N, E y O.

El análisis de fiabilidad de las escalas utilizadas se puede consultar en el Anexo V.

3.4. Análisis estadístico y tratamiento de las variables

Se utilizó el software IBM SPSS Statistics (versión 23), para ejecutar las pruebas estadísticas. En el análisis primario se calcularon estadísticos descriptivos (las medias, las desviaciones estándar y las frecuencias) para proporcionar una imagen de la prevalencia de la sintomatología de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y niveles de estrés preocupantes, junto con las fuentes de estrés en la muestra total.

Posteriormente se analizó la relación entre las variables de malestar psicológico y las variables descriptivas clave, incluido el género, el tipo de residencia, la situación laboral, cursar asignaturas pendientes, la titulación cursada, factores de personalidad, la edad, media académica, origen, estado civil, el curso y tiempo en la titulación. Para ello se utilizaron las pruebas t de Student y ANOVA para comparar las puntuaciones en las variables dependientes entre los 2 o más grupos categoriales, y la correlación de Pearson para variables cuantitativas como la edad, media académica, los años en el título y personalidad. Todas las pruebas fueron bilaterales con tasas de error de tipo I de comparación de 0,05.

Finalmente se realizaron análisis de regresión múltiple paso a paso para evaluar las asociaciones de las variables independientes con el malestar psicológico y estrés.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de la muestra total

Las puntuaciones medias de todo el alumnado de la FCS evaluado en cuanto a malestar psicológico, medido mediante el HADS, el estrés medido mediante el PSS14 y las características de personalidad según el Modelo de los Cinco Grandes medido mediante el BFI-10 se recogen en la Tabla 2. También se ha incluido el porcentaje de personas con puntuaciones que indican un “posible caso” de ansiedad y depresión para el HADS y de estrés moderado en el PSS14, y el porcentaje con puntuaciones de “caso probable” de ansiedad y depresión para el HADS y estrés severo en el PSS14.

Tabla 2

Malestar psicológico, estrés y personalidad del alumnado FCS

	Media (DT)	% límite ^{a, b}	% caso ^{c, d, e}
HADS Total	12,05 (6,5)		41,2
Ansiedad	7,76 (3,61)	23,95	23,53
Depresión	4,29 (3,67)	9,66	7,56
PSS14	26,37 (8,7)	61,76	12,61
BFI-10			
N	6,60 (2,22)		
E	6,48 (2,16)		
O	7,12 (2,12)		
A	6,22 (1,61)		
C	7,47 (1,84)		

Nota: DT, desviación típica; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; PSS14, Perceived Stress Scale; BFI-10, Big Five Inventory; N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad
a. Puntuación 8–10 en subescalas del HADS; **b.** Puntuación 20–36 en el PSS14; **c.** Puntuación ≥ 11 en subescalas del HADS; **d.** Puntuación ≥ 13 en el HADS; **e.** Puntuación ≥ 36 en el PSS14

La puntuación media en malestar (12,05) se sitúa cercana al punto de corte (≥ 13) de malestar propuesto para la población sana (72) aunque con una variabilidad considerable. Así y todo, un 41,2% del estudiantado de ciencias de la salud muestra sintomatología suficiente para considerar que sufre malestar psicológico. Se observa también que, de media, la sintomatología ansiosa afecta en mayor medida al estudiantado de Salud, con personas informando síntomas en rango límite (23,95%) y de “probable caso” (23,53%) en una proporción alrededor de 2,5 veces mayor que para la sintomatología depresiva. Las puntuaciones en las dimensiones de personalidad, que pueden variar de 2 a 10, muestran niveles intermedios con una variabilidad moderada, siendo más salientes en la muestra la apertura a la experiencia y la responsabilidad.

4.2. Análisis diferenciales en función de variables sociodemográficas y académicas

En la Tabla 3 se compara los resultados en las escalas de malestar psicológico y estrés en función de las variables sociodemográficas.

Respecto al género, las mujeres evaluadas han mostrado puntuaciones ligeramente superiores en todas las escalas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa tan solo para el estrés con una media de 27,09 frente a la de 23,43 de los hombres ($t=2,61$; $p=0,01$) y la ansiedad con una media en mujeres de 8,09 y de 6,4 en hombres ($t=2,91$; $p=0,004$).

No se observan diferencias estadísticamente significativas según el tipo de residencia, tras dicotomizar las diferentes posibilidades (piso compartido, residencia universitaria, vivir a solas y en el hogar familiar) entre quienes a priori disponían de más comodidades y apoyo social por convivir con sus familiares y quienes no. Sin embargo casi se alcanza la significación estadística para la diferencia entre las puntuaciones medias en ansiedad, siendo 7,36 para quienes residen con su familia y 8,27 para quienes no (t de Student=1,96; $p=0,051$).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas según la situación laboral, categoría en la que también se agruparon las respuestas que indicaban compaginar estudios con trabajo y se compararon con quienes solo estudiaban.

En cuanto a la presencia de asignaturas pendientes de otros cursos, pese a que los que las tienen puntúan de forma ligeramente superior de forma generalizada, la única diferencia estadísticamente significativa se encuentra en el nivel de estrés, la media del cual es de 28,96 para quienes tienen asignaturas de otros cursos y de 25,69 para quienes no ($t=2,37$; $p=0,019$). Las diferencias entre las puntuaciones en malestar psicológico y ansiedad entre las dos categorías han estado cercanas a la significación estadística, pues las medias son respectivamente de 13,55 para quienes tienen pendientes y 11,67 para quienes no, en malestar ($t=1,82$; $p=0,07$) y de 8,63 para quienes tienen pendientes y 7,54 para quienes no, en ansiedad ($t=1,9$; $p=0,059$).

También, se aprecia que las mayores puntuaciones en todas las variables que reflejan padecimiento emocional corresponden a la titulación de medicina, siendo superiores a las de enfermería de forma estadísticamente significativa el malestar total (13,73 en medicina frente a 10,45 en enfermería) y la sintomatología depresiva (5,12 en medicina frente a 3,2 en enfermería). En cambio no se observan diferencias significativas entre medicina y psicología o entre enfermería y psicología.

Estudiando la evolución del estrés en los cursos, destacan las puntuaciones en tercero (27,93) y quinto (27,12), que corresponden a los penúltimos cursos en enfermería y psicología por un lado y medicina por otro, aunque no se han hallado diferencias estadísticamente significativas, hallazgos que se repiten para la puntuación total del HADS (13,66 en tercero y 13,88 en quinto) y para las subescalas de ansiedad (8,66 en tercero, 8,94 en quinto) y depresión (5 en tercero, 4,94 en quinto). Las menores puntuaciones en todos los casos corresponden al estudiantado de sexto curso, siendo la media en estrés de 21,33 y en malestar de 8,17 puntos, 5,83 en sintomatología de ansiedad y 2,33 en la depresiva.

Tabla 3
Puntuaciones diferenciales en malestar psicológico

	PSS14	HADS		
		Total	Ansiedad	Depresión
Género				
Mujer	27,09 (8,66)	12,39 (6,54)	8,09 (3,63)	4,30 (3,65)
Hombre	23,43 (8,38)	10,60 (6,23)	6,40 (3,27)	4,19 (3,79)
t Student	2,61**	1,7	2,91**	0,18
Residencia				
Hogar familiar	25,92 (8,64)	11,44 (6,35)	7,36 (3,43)	4,08 (3,83)
Fuera del hogar	26,92 (8,77)	12,82 (6,63)	8,27 (3,78)	4,55 (3,45)
t Student	-0,87	1,64	1,96	9,7
Situación laboral				
Solo estudios	26,31 (8,61)	11,94 (6,50)	7,76 (3,63)	4,19 (3,59)
Compagina	26,64 (9,19)	12,57 (6,53)	7,81 (3,56)	4,76 (4,04)
t Student	-0,23	-0,57	0,09	0,92
Asig. Pendientes				
No	25,69 (8,75)	11,67 (6,34)	7,54 (3,54)	4,13 (3,61)
Sí	28,96 (8,05)	13,55 (6,95)	8,63 (3,81)	4,92 (3,85)
t Student	2,37*	1,82	1,9	1,35
Titulación				
Enfermería	26,15 (7,59)	10,45 (4,64)	7,25 (2,82)	3,2 (2,8)
Medicina	27,01 (9,56)	13,73 (7,71)	8,61 (4,08)	5,12 (4,28)
Psicología	25,85 (8,59)	11,52 (5,97)	7,27 (3,49)	4,25 (3,36)
F (Scheffé)	0,41	5,43** (M>E)	3,96*	5,37** (M>E)
Curso				
1	26,09 (9,33)	12,19 (6,7)	7,84 (3,56)	4,34 (4,11)
2	26,95 (7,74)	11,77 (5,85)	7,82 (3,24)	3,95 (3,48)
3	27,93 (9,02)	13,66 (7,1)	8,66 (4,15)	5 (3,47)
4	26,48 (8,12)	11,46 (6,28)	7,12 (3,19)	4,34 (3,66)
5	27,12 (8,53)	13,88 (6,25)	8,94 (3,9)	4,94 (3,13)
6	21,33 (8,19)	8,17 (4,96)	5,83 (3,33)	2,33 (2,74)
F (Scheffé)	1,59	2,26*	2,32*	1,55

Nota: puntuaciones representadas por la media y entre paréntesis la desviación típica; PSS14, Perceived Stress Scale versión de 14 ítems; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; M, Medicina; E, Enfermería
* p≤0,05; ** p≤0,01; *** p≤0,001

4.3. Análisis diferencial de prevalencias de patología posible o probable en ansiedad, depresión y estrés en función de la titulación

La prevalencia de malestar psicológico, expresado como una puntuación por encima de 13 puntos en la escala total del HADS, en el grado de enfermería es del 26,2%, resultado menor de forma estadísticamente significativa ($X^2=10,12$; $p=0,006$) que las del grado de medicina (51,7%) y de psicología (41,7%).

Profundizando más, la prevalencia de “posibles problemas” clínicos (puntuación entre 8 y 10) y de “probables problemas” clínicos (puntuación ≥ 11) según la subescala de ansiedad es respectivamente para cada grado de: 29,2% y 10,8% para enfermería; 23,6% y 36% para medicina; 20,2% y 20,2% para psicología, con una significación estadística de las diferencias de $p=0,003$ ($X^2=15,92$).

En la subescala de depresión, las prevalencias de posible problema y de probable problema respectivamente por titulación son: 4,6% y 3,1% para enfermería; 13,5% y 13,5% para medicina; 9,5% y 4,8% para psicología, con una significación estadística de las diferencias de $p=0,021$ ($X^2=11,61$).

Respecto al estrés percibido, la prevalencia de estrés moderado es para enfermería del 72,3%; para medicina del 55,1% y para psicología del 60,7%. En cuanto a estrés severo, lo informan el 6,2% de estudiantes de enfermería, el 18% en medicina y el 12% en psicología. Solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el estrés percibido del estudiantado de enfermería y medicina ($X^2=6,29$; $p=0,043$).

La proporción de malestar psicológico, posibles y probables problemas clínicos y de estrés moderado y severo en función de la titulación y el resto de variables sociodemográficas se recoge en la Tabla 6 en el Anexo IV, en el que se encuentra el resto de tablas.

4.4. Análisis de la relación entre malestar y estrés con edad, rendimiento académico y personalidad

Los coeficientes de correlación (Pearson) entre las escalas de estrés, subescalas de malestar y las variables de edad, años en la titulación, media académica y características de personalidad se presentan en la Tabla 4.

Las cuatro escalas que evalúan aspectos emocionales mostraron, de forma estadísticamente significativa, correlaciones positivas con las puntuaciones en neuroticismo ($r_{PSS14}=0,573$; $p=0,000$ | $r_{HADS}=0,484$; $p=0,000$ | $r_{Ansiedad}=0,527$; $p=0,000$ | $r_{Depresión}=0,338$; $p=0,000$) que son en general de magnitud moderada atendiendo a la clasificación de Evans (81) y correlaciones negativas débiles con las puntuaciones en amabilidad. Tres de las cuatro escalas mostraron también de forma estadísticamente significativa correlaciones negativas, aunque de carácter débil según la clasificación de Evans, con las puntuaciones de extraversión ($r_{PSS14}=-0,187$; $p=0,004$ | $r_{HADS}=-0,186$; $p=0,004$ | $r_{Depresión}=-0,254$; $p=0,000$) y con las de responsabilidad ($r_{PSS14}=-0,260$; $p=0,000$ | $r_{HADS}=-0,135$; $p=0,037$ | $r_{Depresión}=-0,162$; $p=0,012$). La baja apertura a la experiencia correlacionó débilmente con la subescala de depresión ($r_{Depresión}=-0,129$; $p=0,047$).

La edad, la cantidad de años en la titulación y la media académica no mostraron correlación estadísticamente significativa con ninguna variable de malestar ni estrés.

Tabla 4

Coefficientes de correlación entre el malestar psicológico y la edad, rendimiento académico y personalidad

	PSS14	HADS		
		Total	Ansiedad	Depresión
Edad	0,032	0,020	-0,055	0,090
Años en la titulación	-0,072	-0,073	-0,093	-0,038
Media académica	-0,092	-0,063	-0,053	-0,059
Personalidad				
N	0,573***	0,484***	0,527***	0,338***
E	-0,187**	-0,186**	-0,076	-0,254***
O	-0,068	-0,072	0,001	-0,129**
A	-0,262***	-0,277**	-0,253**	-0,241**
C	-0,260***	-0,135*	-0,079	-0,162*

Nota: N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

4.5. Análisis de regresión

Las variables asociadas con las puntuaciones en estrés en el modelo de regresión (Tabla 5) incluyen: presencia de asignaturas pendientes, variables de personalidad (neuroticismo, responsabilidad, extraversión, amabilidad) y puntuación total en el HADS, que en conjunto representan el 65,2% de la varianza, siendo el neuroticismo y la puntuación en el HADS lo que contribuye en mayor cantidad (29,6% y 24,5% respectivamente). De hecho tan solo estos dos últimas variables explican ya el 54,1% de la varianza y el resto de variables en conjunto el 11,1% restante.

Las variables asociadas con las puntuaciones medias de malestar psicológico (HADS) en el modelo de regresión son: la titulación que se cursa, la presencia de asignaturas pendientes, los años en la titulación, personalidad (neuroticismo, la responsabilidad, la amabilidad) y la puntuación total en el PSS14, que en conjunto representan el 61,4% de la varianza, siendo la puntuación en el PSS14 y el neuroticismo lo que contribuye en mayor cantidad (26,8% y 22,7% respectivamente). Tan solo estos dos últimas variables explican ya el 49,5% de la varianza y el resto de variables en conjunto el 11,9% restante.

Tabla 5

Análisis de regresión: predicción del estrés y malestar psicológico

Variable dependiente	Predictor	β estandarizada	p-valor	IC 95%		Cambio en R ²	R ² Modelo total
PSS14	Asig. pendientes	0,047	0,265	-0,734	2,66	0,03	0,652
	N	0,256	0,000	0,62	1,316	0,296	
	C	-0,159	0,000	-1,111	-0,351	0,047	
	E	-0,071	0,103	-0,63	0,059	0,03	
	A	-0,027	0,545	-0,592	0,314	0,015	
	HADS Total	0,589	0,000	0,661	0,921	0,245	
HADS Total	Titulación	-0,226	0,000	-2,555	-0,991	0,035	0,614
	Asig. pendientes	0,032	0,484	-0,867	1,824	0,021	
	Años en la carrera	-0,087	0,084	-0,73	0,046	0,021	
	N	0,091	0,088	-0,039	0,554	0,227	
	C	-0,082	0,073	-0,668	0,03	0,037	
	A	0,015	0,746	-0,265	0,369	0,018	
	PSS14	0,677	0,000	0,421	0,587	0,268	

Nota: IC 95%, Intervalo de Confianza al 95%; N, neuroticismo; C, responsabilidad; E, extraversión; A, amabilidad.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

DISCUSIÓN

Recapitulando los objetivos del estudio, la prevalencia de malestar psicológico en el estudiantado de grado de *Ciències de la Salut* de la UJI se ha cuantificado en el 41,2%. Esta proporción se acerca al 50% que se había hipotetizado y se sitúa en la línea de la bibliografía existente (3,9,12,65). En cuanto a estrés, el grado severo ha sido informado por un 12,61% y el moderado por un 61,76%. Estos hallazgos confirman nuestra hipótesis, que postulaba que la prevalencia de estrés se situaría en torno al 70% y que se fundamentaba en las altas proporciones de alumnado que en investigaciones previas mostraba niveles elevados de estrés (13,44). La proporción de estudiantes que informan de sintomatología ansiosa a un nivel preocupante es del 23,53%, proporción que previamente se había dado al estudiar solamente al estudiantado de medicina (19,24) y es bastante inferior a la observada en estudiantes de enfermería (1). Así, esperábamos hallar una prevalencia cercana al 60% intuyendo el efecto que tendría sobre la muestra total la mayor proporción de estudiantes de enfermería sufriendo síntomas ansiosos. Pero como se ha visto, no ha ocurrido así en nuestra muestra. La sintomatología depresiva con una intensidad que se podría considerar de “probable caso de depresión”, la ha referido el 7,56% del alumnado de la Facultad, resultando ciertamente lejana al valor hipotetizado del 30% y a la mayoría de investigaciones previas (6,19,45,54), que lo situaban entre el 15,3% y el 56%, aunque éstas solo evaluaban estudiantado de medicina.

Podemos concluir, por tanto, que no hay mayor malestar psicológico, estrés ni sintomatología ansiosa de los hallados en otros estudios, encontrando incluso

menor sintomatología depresiva, pero que la prevalencia de estos problemas es alta entre nuestros estudiantes y preocupante.

Tanto el malestar psicológico a nivel global como la puntuación en síntomas depresivos son mayores en quienes estudian medicina que en quienes estudian enfermería, sin encontrar diferencias entre estas titulaciones y psicología. Se esperaba encontrar diferencias en esta variable, con el interés añadido de que los estudios previos, ya de por sí escasos, no habían entrado en comparaciones entre estudiantes de las titulaciones de la rama de salud, y por ende no había un referente del comportamiento en cuanto a intensidad de síntomas.

En lo que respecta a la proporción de personas que sobrepasan el umbral de malestar psicológico, se ha observado que esta situación es más frecuente entre el estudiantado de medicina y psicología que entre el de enfermería, es decir, se dan diferencias entre grados como se planteaba en las hipótesis, aunque no siguen totalmente el patrón que se aprecia en la literatura, dado que generalmente la menor prevalencia es en estudiantes de medicina (2,4,9). Sin embargo se debe remarcar que los estudios utilizan diferentes instrumentos de evaluación y las medidas son poco comparables por no estar estandarizadas. Por otro lado es más frecuente tener puntuaciones indicando patología de ansiedad en medicina que en enfermería y psicología. Finalmente, respecto a depresión se ha encontrado que es más frecuente, como los casos anteriores, en estudiantes de medicina que en aquellas personas que cursan enfermería, sin diferencias en ningún caso con la titulación de psicología. Estos hallazgos confirman las hipótesis realizadas, al haber encontrado diferencias entre el estudiantado de cada titulación, pero como se ha comentado previamente, sería arriesgado comparar con los datos arrojados por la literatura existente, por utilizar distintas pruebas psicométricas y no haber contemplado en su población al estudiantado de ciencias de la salud de forma global.

Por tanto, una mayor proporción del estudiantado de medicina sufre malestar, y lo padece en mayor medida, junto a quienes estudian psicología, que el estudiantado de enfermería. La sintomatología ansiosa y depresiva también es más frecuente en medicina.

El nivel de estrés es similar en las tres titulaciones de la Facultad, aunque la distribución del estudiantado entre las categorías de estrés difiera, al darse una mayor proporción de estudiantes de medicina en los niveles severos que en enfermería y psicología, en las cuales el niveles de estrés del estudiantado tiende a concentrarse en el estrés moderado. La hipótesis de que los niveles de estrés serían diferentes en función de la titulación se cumple de forma parcial, dado que si bien las puntuaciones medias no difieren, sí se ha visto mayor proporción de estudiantes de medicina con estrés severo que de los otros grados. En investigaciones previas como la de Pierceall, que utiliza la Escala de Estrés Percibido de Cohen también, pero sobre estudiantes de psicología solamente, los resultados son similares a los encontrados respecto a la muestra total (13), pero de nuevo, la falta de estudios cuantificando el estrés en enfermería y que recojan población de más de una titulación, dificulta comparar los resultados hallados en cuanto a los diferentes grados.

Concluimos así que el nivel de estrés en términos globales es similar entre titulaciones, a pesar de que en medicina se tiende más al nivel severo y en psicología y enfermería al moderado.

Se ha relacionado el malestar psicológico con ser estudiante del Grado de Medicina y características de personalidad (baja estabilidad emocional, baja extraversión, baja amabilidad y baja responsabilidad). Respecto a la relación de las variables de personalidad con el malestar, nuestra hipótesis de partida se confirma, añadiendo la relación de la baja amabilidad. Los hallazgos van en la línea de lo que predice la teoría del Modelo de los Cinco Grandes (57,59,64,82) y la investigación previa, que cuando tiene en cuenta personalidad y resultados de malestar, lo relaciona con inestabilidad emocional, baja extraversión, amabilidad y responsabilidad (11,19,23,60,63,65,66).

Por otra parte, los mayores niveles de estrés se han relacionado con el género femenino, tener al menos una asignatura pendiente de otro curso, tener bajas estabilidad emocional, extraversión, amabilidad y responsabilidad. De forma consonante con la hipótesis que planteamos sobre variables académicas y estrés, compaginar horarios lectivos y prácticas (clínicas o no) de diferentes cursos es en sí mismo estresante, y agrava aún más la falta de tiempo que se identifica en estudios previos como altamente estresante (9,18,45,48). Como en el caso anterior, se había predicho que las características de neuroticismo, y bajas extraversión y responsabilidad se asociarían a mayor estrés y se ha confirmado, sumando también la baja amabilidad, presuponiendo una relación similar a la de estas variables con el malestar psicológico, dado que pocos estudios relacionan estrés y personalidad en estudiantado de ciencias de la salud. La puntuación diferencial en estrés en función del género ya había sido descrita por algunos estudios (13,19,46) y merecería investigaciones ulteriores para identificar la presencia de presiones añadidas al estudiantado de género femenino y la repercusión de la organización patriarcal de la sociedad, como los planteados sobre maltrato, discriminación y percepción del malestar (44,83,84).

En cuanto a la ansiedad, es mayor en el género femenino, y en las personas más inestables emocionalmente y con menor amabilidad, coincidiendo con los hallazgos previos y en la literatura sobre la relación personalidad-malestar (11,19,23,60,63,65,66). Por su parte, la depresión es mayor en el estudiantado de medicina, las personas menos estables emocionalmente, con baja extraversión, menos abiertas a la experiencia, con menor amabilidad y que tienden a no ser responsables. Estos resultados van en la línea de la investigación existente en cuanto a las relaciones con la personalidad (11,19,23,60,63,65,66), y con los hallazgos de Youssef (45) según los cuales quienes encuentran tiempo para descansar más frecuentemente y se sienten en control de su horario diario, algo menos común en el estudiantado de medicina por las características curriculares del grado, presentan menores síntomas de tipo depresivo.

El último objetivo de la investigación era estudiar la existencia de factores de riesgo. Se ha encontrado que las variables que explican las puntuaciones en malestar psicológico son el nivel de estrés y la inestabilidad emocional. Así, la amabilidad y la baja responsabilidad en cuanto a personalidad y los aspectos académicos de estudiar medicina, tener asignaturas pendientes y llevar menos tiempo estudiando el grado contribuyen pero en menor medida. La literatura previa nos decía que son predictores del malestar características de personalidad

(40,85), con lo cual coincidimos; también el estrés percibido en la facultad (39,40), hallazgo que también se ha dado; y además hemos descrito el aumento del indicador de malestar en relación a la titulación que se curse, el hecho de compaginar asignaturas de diferentes cursos y los primeros años en el título.

El estrés viene explicado por el malestar sufrido y el neuroticismo principalmente, y, secundariamente, por la baja responsabilidad, baja extraversión, baja amabilidad y tener que compaginar asignaturas de otros cursos. Respecto a estudios previos, se describía, coincidiendo con nuestros resultados, la relación con la capacidad de sobreponerse a cambios emocionales (19) o utilizaron el estrés como variable predictora y no consecuencia, de aspectos como el rendimiento académico (47), siendo la tónica general no realizar análisis de regresión al investigar el estrés.

Como se ha mostrado, se puede predecir el malestar psicológico conociendo las características de personalidad, el nivel de estrés, el grado que se curse y tiempo que se lleva en él y por la presencia de asignaturas de otros cursos. El estrés se puede predecir conociendo las características de personalidad, el malestar psicológico padecido y por la presencia de asignaturas de otros cursos.

LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

La principal limitación de este estudio es que se trata de un trabajo de corte transversal. Por tanto no se puede hablar de relaciones de causalidad entre las variables analizadas y los factores de malestar o estrés. La medida de las variables dependientes, así como de las independientes es autoinformada, por tanto subjetiva y sensible a sesgos como la deseabilidad social. Finalmente, hay otras circunstancias que pueden explicar la variabilidad en estrés y malestar psicológico que no han sido estudiadas.

Las líneas futuras de investigación que se plantean a raíz de este trabajo serían incluir una caracterización más exhaustiva de las alteraciones emocionales, teniendo en cuenta por ejemplo estilos de afrontamiento, capital psicológico positivo u otras conductas protectoras, o averiguar si guarda relación con el estrés y malestar del profesorado. Sería necesario también explorar el ámbito de la intervención sobre el estudiantado, a nivel de prevención primaria entre aquellas personas que se sitúen en el rango de la normalidad, y secundaria y terciaria en aquellas personas con niveles preclínicos y clínicos, respectivamente.

7. AGRADECIMIENTOS

Aunque el desarrollo de este trabajo se ha concretado a lo largo de los últimos ocho meses, no podría agradecerte solamente este tiempo, me tendría que remontar al curso pasado, cuando me decidí a lanzar la propuesta que llevaba madurando quizá desde una de esas intensas clases de paliativos. Así y todo, me estaría dejando por el camino cada saludo, cada sonrisa, cada pregunta, todo tu interés en que me fuera bien. Muchas gracias, por este trabajo, por este sueño, porque sin tu experiencia para marcar el camino, y sin el talante con el que lo haces, suave, sencillo, has hecho fácil hacer regresión y gráficas de barras, sin todo esto y todos los consejos que me llevo, como profesional, como persona, este estudio no sería una realidad. Gracias por haber querido acompañarme estos seis y tres años. Gracias desde el corazón, Rafa.

Gracias a quienes han sacado a flote el barco aún cuando hasta el capitán trataba de hundirlo. Gracias Teresa, no miento si digo que no sé dónde estaría si no fuera por ti. Desde la primera tarde haciendo apuntes de locomotor, las fiestas, bastantes fiestas que es lo que nos gusta, y tardes y mañanas, y más tardes de biblioUJI que no nos apasiona, pero oye..., pasando por los deportes y las barbacoas, las discusiones (la ACOE no se estudia) y hasta que nos graduemos, y ojalá hasta siempre, me has querido como nadie y como nadie te has preocupado por mí. Estoy orgulloso de la buena médica en la que te has convertido, gracias por ponérmelo más fácil a mi. Gracias Luís, mi nene, por las horas, por las palabras, por los silencios, por las palmaditas en la espalda... y las palmaditas en la cara cuando tenía que despertar. Gracias por abrirme tu mundo en tan poco tiempo, gracias por cuidarme, gracias por enseñarme a creer de nuevo en algunas personas, gracias por saber decírmelo todo con una sonrisa. Espero no perderte nunca. Iván, te lo podría agradecer con un imán, pero me quedaría tanta ayuda desinteresada, tanta alegría que me has dado y que eres, que dedicarte unas líneas se me va a quedar corto para agradecerte todo eso y sobre todo, la paciencia que has tenido conmigo. Suky la vida es un ciclo. Gracias a ti Lucía, has sido ejemplo de resiliencia, de que nadar contracorriente es más divertido, más formativo y más fortalecedor que peligroso. No solo eso, tengo que agradecerte además que siempre, fuese cual fuese la situación, creyeses en mi y encima me lo facilitaras, que escuchar las quejas también es ayudar.

Gracias a mi particular grupo de ratas. Habéis sido el núcleo de este proyecto, en ocasiones incluso lo que mantenía el sentido. Gracias por dejarme ser más blando de lo que parezco, por reíros de mis dramas, por generar nuevos. Gracias por exagerar hasta lo ridículo, por entendernos con solo mirarnos, por saber cuál es nuestra canción (de reggaetón, obviamente) favorita de ahora y de siempre, por bailar sin miedo al ridículo delante de todos los mazaos, gracias por ponérmelo negro Nigéria, gracias por olvidar y perdonar. Gracias por tener una birra siempre prometida y animarme a las locuras que, simultáneamente, me gusta hacer. Gracias por la naturalidad, por enseñarnos a disfrutar tocando una flauta, danzando por los aprobados, por ser refugio ocurra lo que ocurra, aunque te enfade. Gracias por volver del desarraigue, un poco, por la perspectiva siempre optimista, por ser siempre compañía, por las birritas en la muralla, por arreglar el mundo, aunque ahora nos cueste más. Gracias también por la confianza, por las caídas, por el *parkour*, por tener más historias que contar que horas, gracias por los abrazos, por la energía que nos das a todas.

Gracias a quienes más me quieren a 1950 kilómetros, Ruth, Josito, María, Paula, Álex, Dani, Óscar, Alba y Alba, mi querido Loren, por acompañarme mientras ustedes también tenían que batallar con sus TFGs, por sacarme lejos de casa a disfrutar de todo lo otro que nos da la medicina, gracias por ser hogar tan lejos. Quinterito, parte del mérito es tuyo, porque has seguido tan de cerca este trabajo que diría que te he sentido junto a mi en las decisiones que tuve que tomar, gracias también por poner casi el mismo entusiasmo e ilusión que yo en este tema y en que todo saliese bien, gracias, gracias y gracias por haber aparecido.

A mis dos vigoréticos, gracias por compartir, gracias por darme seguridad y confiar en que esto estaba llegando a algún lugar, aunque fuese distinto del que había planeado. Gracias por cada consejo, que aunque no supierais estabais dando y que sin duda ha sido fundamental para finalizar este trabajo, esta carrera, esta etapa. Gracias por enseñarme a identificar las personas importantes en mi vida. Gracias por ser parte de esas personas. Gracias por darme ese, enorme, empujoncito presi. Gracias por ser, Milito.

Gracias a mis padres, gracias a mi familia. Como os gusta decir, soy en gran medida lo que soy, por cómo me habéis hecho. Gracias por hacerme cabezón, trabajador, curioso y crítico, gracias por enseñarme a preocuparme por quienes me rodean, no solo a pequeña escala. Gracias por haberme traído hasta aquí, por confiar en mis esfuerzos, gracias por quererme.

No querría acabar sin agradecer toda su ayuda a la Facultat de Ciències de la Salut, un nombre con muchísimo significado. En primer lugar, gracias a todas las personas que altruistamente colaboraron con el estudio. Gracias al ejército de decanato, Javi, Pilar, Ana, Silvia y Tonina, por facilitármelo siempre todo cuanto podáis, por la paciencia en las 3 o 4 visitas diarias (o más últimamente), y sobre todo, por hacer vuestro trabajo con una sonrisa. Gracias Lidón, creo que no exagero si digo que has sido como una madre para mi en la facultad, solo te ha faltado ayudarme a hacer el análisis estadístico. Mis compañeras no saben la joya que tenemos en el primer piso de la facultad, no hay palabras para agradecerme todo lo que me has ayudado, incluso antes de entrar al grado ya. Gracias a todas las demás personas que no he podido mencionar, gracias a toda la *crew* médica que pasa casi tantas horas como yo en la UJI, Tellols, Nara, Marc, Melladito, Coret, Carmen, gracias a todas las compañeras de psicología, ha sido un placer infiltrarme entre gente tan bonita, gracias a mis queridas futuras médicas, gracias a quienes estudian enfermería. Todas vosotras sois Facultat, y por ello, gracias.

Gracias a quienes han formado, quienes forman y quienes formarán mi vida.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Mitchell AEP. Psychological distress in student nurses undertaking an educational programme with professional registration as a nurse: Their perceived barriers and facilitators in seeking psychological support. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018;25(4):258–69.
2. Tada A. The associations among psychological distress, coping style, and health habits in Japanese nursing students: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(11).
3. Herrera LM, Rivera MS. Prevalencia De Malestar Psicológico En Estudiantes De Enfermería Relacionada Con Factores Sociodemográficos, Académicos Y Familiares. *Cienc y Enfermería*. 2011;XVII(2):55–64.
4. Van Dijk I, Lucassen PLBJ, Van Weel C, Speckens AEM. A cross-sectional examination of psychological distress, positive mental health and their predictors in medical students in their clinical clerkships. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):1–10.
5. Sender R, Salamero M, Vallés A, Valdés M. Psychological Variables for Identifying Susceptibility to Mental Disorders in Medical Students at the University of Barcelona. *Med Educ Online* [Internet]. 2004;9(1):4350. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/meo.v9i.4350>
6. Dyrbye LN, Matthew TR, Shanafelt TD. Academic Medicine: Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Acad Med* [Internet]. 2006;81(4):354–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565188>
7. McLuckie A, Matheson KM, Landers AL, Landine J, Novick J, Barrett T, et al. The Relationship Between Psychological Distress and Perception of Emotional Support in Medical Students and Residents and Implications for Educational Institutions. *Acad Psychiatry*. 2018;42(1):41–7.
8. Guthrie E, Black D, Creed F, Shaw C. Stress and Burnout in Medical Students: *J R Soc Med*. 1998;91:237–43.
9. Bacchi S, Licinio J. Resilience and Psychological Distress in Psychology and Medical Students. *Acad Psychiatry*. 2017;41(2):185–8.
10. Pickard M, Bates L, Dorian M, Greig H, Saint D. Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Med Educ*. 2000;34(2):148–50.
11. Bughi SA, Lie DA, Zia SK, Rosenthal J. Using a personality inventory to identify risk of distress and burnout among early stage medical students. *Educ Heal Chang Learn Pract*. 2017;30(1):26–30.
12. Leahy CM, Peterson RF, Wilson IG, Newbury JW, Tonkin AL, Turnbull D. Distress Levels and Self-Reported Treatment Rates for Medicine, Law, Psychology and Mechanical Engineering Tertiary Students: Cross-Sectional Study. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2010;44 (November 2009). Available from: <https://doi.org/10.3109/00048671003649052>

13. Pierceall EA, Keim MC. Stress and coping strategies among community college students. *Community Coll J Res Pract*. 2007;31(9):703–12.
14. Star S. The screening of psychoneurotics in the army: Technical development of tests. *Meas Predict*. 1950;4:486–547.
15. Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific Psychological Distress and Other Dimensions of Psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37(11):1229–36.
16. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand S-LT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med [Internet]*. 2002;32(6):959–76. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291702006074
17. Fernández M. ME. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Tesis Dr. 2009;1–474.
18. Matheson KM, Barrett T, Landine J, McLuckie A, Soh NLW, Walter G. Experiences of Psychological Distress and Sources of Stress and Support during Medical Training: A Survey of Medical Students. *Acad Psychiatry*. 2016;40(1):63–8.
19. Bore M, Kelly B, Nair B. Potential predictors of psychological distress and well-being in medical students: a cross-sectional pilot study. *Adv Med Educ Pract [Internet]*. 2016;125. Available from: <https://www.dovepress.com/potential-predictors-of-psychological-distress-and-well-being-in-medic-peer-reviewed-article-AMEP>
20. Yorks DM, Frothingham CA, Schuenke MD. Effects of Group Fitness Classes on Stress and Quality of Life of Medical Students. *J Am Osteopath Assoc [Internet]*. 2017;117(11):e17. Available from: <http://jaoa.org/article.aspx?doi=10.7556/jaoa.2017.140>
21. Baker SR. A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health and academic motivation and performance. 2003;35:569–91.
22. Lee RM, Keough KA, Sexton JD. Social Connectedness, Social Appraisal, and Perceived Stress in College Women and Men. 2002;80:355–61.
23. Goel A, Akarte S, Agrawal S, Yadav V. Longitudinal assessment of depression, stress, and burnout in medical students. *J Neurosci Rural Pract*. 2016;7(4):493–8.
24. Moreira De Sousa J, Moreira CA, Telles-Correia D. Anxiety, Depression and Academic Performance: A Study Amongst Portuguese Medical Students Versus Non-Medical Students Ansiedade, Depressão e Performance Académica: Um Estudo em Estudantes Portugueses de Medicina Versus Estudantes de Outros Cursos. 2018;454–62.
25. Prinz P, Hertrich K, Hirschfelder U, de Zwaan M. Burnout, depression and depersonalisation –Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29(1).

26. Gabriel J, Hernández E, Morales-carmona F, Díaz E, Diana A. Malestar psicológico : algunas de sus manifestaciones clínicas en la paciente gineco-obstétrica hospitalizada. *Perinatol Reprod Hum.* 2006;20:112-22.
27. Mosqueda-Díaz A, González-Carvajal J, Dahrbacuns-Solis N, Jofré-Montoya P, Caro-Castro A, Campusano-Coloma E, et al. Malestar Psicológico en estudiantes universitarios: una mirada desde el modelo de promoción de la salud. *Rev del Dep enfermería la Univ Son* [Internet]. 2016; Available from: <http://sanus.uson.mx/revistas/articulos/1-art7.pdf>
28. Grover PL, Smith DU. Academic anxiety, locus of control, and achievement in medical school. *J Med Educ.* 1981;
29. Tooth D, Tonge K, McManus IC. Anxiety and study methods in preclinical students: causal relation to examination performance. *Med Educ.* 1989;23(5):416-21.
30. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: A cohort study. *Med Educ.* 2004;38(5):522-34.
31. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* 2004;38(9):934-41.
32. Ball S, Bax A. Self-care in medical education: Effectiveness of health-habits interventions for first-year medical students. *Acad Med.* 2002;77(9):911-7.
33. Croen LG, Woesner M, Herman M, Reichgott M. A longitudinal study of substance use and abuse in a single class of medical students. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1997;72(5):376-81.
34. Gutgesell M, Reeve R, Parsons B, Morse RM. Exercise and alcohol consumption among medical students. *Acad Med.* 1999;74(7):750-1.
35. Tyssen R, Vaglum P, Aasland OG, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Use of alcohol to cope with tension, and its relation to gender, years in medical school and hazardous drinking: A study of two nation-wide Norwegian samples of medical students. *Addiction.* 1998;93(9):1341-9.
36. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg. Suicidal ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord.* 2001;64(1):69-79.
37. Terebessy A, Czeglédi E, Balla BC, Horváth F, Balázs P. Medical students' health behaviour and self-reported mental health status by their country of origin: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016;16(1):171. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-0884-8>
38. Sheets KJ, Gorenflo DW, Forney MA. Personal and Behavioral Variables Related to Perceived Stress of Second-Year Medical Students. *Teach Learn Med.* 1993;5(2):90-5.
39. Guthrie E, Black D, Shaw C, Hamilton J, Creed F, Tomenson B. Psychological stress in medical students: A comparison of two very different university courses. *Stress Med.* 1997;13(3):179-84.

40. Midtgaard M, Ekeberg Ø, Vaglum P, Tyssen R. Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2008;23(7):505–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.04.006>
41. Cannon W. *The Wisdom of the Body*. New York: Norton; 1932.
42. Selye H. *The stress of life*. New: McGraw-Hill; 1956.
43. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y Proceso Cognitivos*. Roca. 1986.
44. Merlo LJ, Curran JS, Watson R. Gender differences in substance use and psychiatric distress among medical students: A comprehensive statewide evaluation. *Subst Abus* [Internet]. 2017;38(4):401–6. Available from: <https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1355871>
45. Youssef FF. Medical Student Stress, Burnout and Depression in Trinidad and Tobago. *Acad Psychiatry*. 2016;40(1):69–75.
46. Suárez-García JM, Maestro-González A, Zuazua-Rico D, Sánchez-Zaballos M, Mosteiro-Díaz MP. Stressors for Spanish nursing students in clinical practice. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2018;64:16–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.001>
47. Kötter T, Wagner J, Brüheim L, Voltmer E. Perceived Medical School stress of undergraduate medical students predicts academic performance: An observational study. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):1–6.
48. Dahlin ME, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ*. 2005;39:594–604.
49. Admi H, Moshe-Eilon Y, Sharon D, Mann M. Nursing students' stress and satisfaction in clinical practice along different stages: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2018;68:86–92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.027>
50. Zupiria Gorostidi X, Uranga Iturriotz M, Alberdi Erize M, Barandiaran Lasa M. KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanit* [Internet]. 2003;17(1):37–51. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v17n1/orig5.pdf>
51. Valero-Chillerón MJ, González-Chordá VM, López-Peña N, Cervera-Gasch Á, Suárez-Alcázar MP, Mena-Tudela D. Burnout syndrome in nursing students: An observational study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2019;76:38–43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.014>
52. Dyrbye LN, Thomas MR, L HJ, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. Personal life events and medical student well-being: a multicenter study. *Acad Med*. 2006;81(4):374–84.
53. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association. DSM. 2013.
54. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power D V, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2008;149:334–41.

55. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *JAMA*. 2016;316(21):2214–36.
56. John OP, Naumann LP, Soto CJ. Paradigm shift to the interpretative Big Five trait taxonomy. In: *Handbook of personality: Theory and research*. 2008. p. 114–58.
57. Costa PT, McCrae RR. *The NEO-PI Personality Inventory*. Psychological Assessment Resources. 1985.
58. Costa PT, McCrae RR. Still stable after all these years: Personality as a key to some issues in adulthood and old age. In: Baltes PB, Brim OG, editors. *Life span development and behavior*. New York: Academic; 1980. p. 65–102.
59. Costa PT, McCrae RR. *NEO PI-R professional manual*. Psychol Assess Resour. 1992;
60. McCrae RR, John OP. An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *J Pers*. 1992;60(2):175–215.
61. Costa PT, McCrae RR. Domains and facets: hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *J Pers Assess*. 1995;64(1):21–50.
62. Saucier G, Ostendorf F. Hierarchical subcomponents of the big five personality factors: A cross-language replication. *J Pers Soc Psychol*. 1999;76(4):613–27.
63. Alarcon G, Eschleman KJ, Bowling NA. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work Stress*. 2009;23(3):244–63.
64. Digman JM. Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annu Rev Psychol*. 1990;41(1):417–40.
65. Salamero M, Baranda L, Mitjans A, Baillés E, Camara M, Parramon G, et al. Estudio sobre salud, estilos de vida y condiciones académicas de los estudiantes de medicina de Cataluña. Editor Fund Galatea [Internet]. 2012; Available from: http://www.fgalatea.org/pdf/estudiant_cast_baixa.pdf
66. Lin CC, Lin BYJ, Lin C Der. Influence of clerks' personality on their burnout in the clinical workplace: A longitudinal observation. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0553-0>
67. Servei de Gestió de la Docència i Estudiants. Evolució del total de l'alumant matriculat per curs acadèmic. 2019.
68. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;
69. Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M. et al. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatr Fac Med Barna*. 1986;
70. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;

71. Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;
72. Terol-Cantero M, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *An Psicol*. 2015;31(2):494–503.
73. Brennan C, Worrall-Davies A, McMillan D, Gilbody S, House A. The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *J Psychosom Res* [Internet]. 2010;69(4):371–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.006>
74. Langvik E, Hjemdal O, Nordahl HM. Personality traits, gender differences and symptoms of anhedonia: What does the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) measure in nonclinical settings? *Scand J Psychol*. 2016;57(2):144–51.
75. Terol-Cantero M, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Martín-Aragón M, Pastor M, Reig M. Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*. 2007;13(2–3):163–76.
76. Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. *J Health Soc Behav*. 1983;
77. Remor E, Carrobes JA. Versión española de la escala de estrés percibido (PSS14). Estudio psicométrico en una muestra (VIH+). *Ansiedad estrés*. 2001;
78. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol*. 2006;
79. Rammstedt B, John OP. Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *J Res Pers*. 2007;41(1):203–12.
80. Rammstedt B. The 10-item Big Five Inventory: Norm values and investigation of German population representative sample. *Eur J Psychol Assess*. 2007;
81. Evans JD. *Straightforward Statistics for the Behavioral Sciences*. Thomson Brooks / Cole Publishing Co. 1996.
82. John O, Srivastava S. Big Five Inventory (Bfi). *Handb Personal Theory Res* [Internet]. 1999;2:102–138. Available from: http://www.fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasure_s/Personality.pdf
83. Nora LM, McLaughlin M a, Fosson SE, Stratton TD, Murphy-Spencer A, Fincher R-ME, et al. Gender discrimination and sexual harassment in medical education: perspectives gained by a 14-school study. *Acad Med* [Internet]. 2002;77(12 Pt 1):1226–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12480632>

84. Siller H, Tauber G, Komlenac N, Hochleitner M. Gender differences and similarities in medical students' experiences of mistreatment by various groups of perpetrators. *BMC Med Educ.* 2017;17(1):1-8.
85. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg I. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ.* 2001;35(2):110-20.

ANEXO I

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA A LA INTRODUCCIÓN

Tabla 0

Dimensiones y rasgos de personalidad según el Modelo de los Cinco Grandes

Dimensión	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Responsabilidad
Rasgos	Ansiedad (N1)	Cordialidad (E1)	Fantasía (O1)	Confianza (A1)	Competencia (C1)
	Hostilidad (N2)	Gregarismo (E2)	Estética (O2)	Franqueza (A2)	Orden (C2)
	Depresión (N3)	Asertividad (E3)	Sentimientos (O3)	Altruismo (A3)	Sentido del deber (C3)
	Ansiedad social (N4)	Actividad (E4)	Acciones (O4)	Actividad conciliadora (A4)	Necesidad de éxito (C4)
	Impulsividad (N5)	Búsqueda de emociones (E5)	Ideas (O5)	Modestia (A5)	Autodisciplina (C5)
	Vulnerabilidad (N6)	Emociones positivas (E6)	Valores (O6)	Sensibilidad hacia los demás (A6)	Deliberación (C6)

Nota: cada rasgo va identificado con la letra de su dimensión en inglés y su número del 1 al 6

ANEXO II

HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO DEL MALESTAR PSICOLÓGICO EN ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD Y FACTORES PREDICTIVOS

Estimado/A alumno/a, estamos llevando a cabo una investigación como parte de un trabajo final de grado, cuyo objetivo es intentar mejorar la comprensión de algunos aspectos relacionados con los problemas psicológicos entre el estudiantado de Ciencias de la Salud de la Universitat Jaume I de Castelló, en concreto, su prevalencia y factores asociados.

Tu participación consiste en rellenar una serie de cuestionarios de autoinforme. Para proseguir con tu participación debes leer atentamente el siguiente consentimiento informado.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ha sido informado/a acerca de los siguientes puntos:

- La participación en este proyecto es totalmente voluntaria y puedo abandonarlo en el momento que desee, sin ningún tipo de consecuencia.
- El objetivo de este proyecto es intentar mejorar la comprensión de algunos aspectos relacionados con los problemas psicológicos entre los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universitat Jaume I de Castelló, en concreto, su prevalencia y factores asociados.
- La participación en este proyecto no supone ningún riesgo para la salud física y mental.
- Se salvaguardará siempre mi derecho a la intimidad y la confidencialidad de la información que proporcione, el equipo de investigación se compromete a mantener su anonimato y a respetar la privacidad de sus datos. Los datos se tratarán de forma totalmente confidencial y en ningún caso se analizarán de forma individual. No nos interesan las respuestas de participantes particulares, sino los datos grupales.

Al hacer clic en el botón de abajo (SIGUIENTE) estoy indicando que:

Una vez que he sido informado/a de todo lo anterior, doy mi consentimiento voluntario para que los datos que se deriven de mi participación en este proyecto puedan ser publicados en ámbitos de divulgación científica y utilizados con fines docentes, manteniendo el anonimato y respetando su privacidad.

Por lo que manifiesto que conozco y acepto los términos de uso de esta información por parte del Equipo de Investigación: Psicología de la salud. Prevención y Tratamiento.

ANEXO III

BATERÍA DE CUESTIONARIOS

VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

1. Género: hombre, mujer, transexual, intersexual
2. Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa
3. Origen: español, europeo (países distintos a España), anglosajón, latinoamericano, asiático, africano
4. Estado civil: soltero o sin pareja estable, casado o con pareja estable, separado, viudo
5. Titulación: medicina, psicología, enfermería
6. ¿En qué curso estás?: 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º
7. ¿Cuántos años llevas en la carrera?: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10...
8. ¿Trabajas mientras estudias?: No; Sí, jornada completa y estudio a tiempo completo; Sí, media jornada y estudio a tiempo completo; Sí, jornada completa y estudios parciales; Sí, media jornada y estudios parciales
9. ¿Dónde resides durante el curso escolar?: Hogar familiar, piso compartido, residencia universitaria, piso a solas, otros.
10. ¿Tienes asignaturas de otros cursos?: No; Sí, por traslado de universidad; Sí, suspendidas
11. ¿Cuáles? _____
12. ¿Cuál es tu media académica actualmente? ____

ESTADO DE SALUD:

1. ¿Cómo consideras que es tu estado de **salud física** en general?

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
-----------	-------	---------	------	----------

2. En la actualidad ¿padeces alguna enfermedad médica? __ SI __ NO

3. En caso afirmativo ¿de qué enfermedad se trata? _____

4. Según la siguiente escala ¿cuánta interferencia causa en tu vida?

Nada	Poco	Bastante	Mucho
------	------	----------	-------

5. ¿Consumes fármacos sin prescripción médica? __ SI __ NO

6. Por lo que respecta a la **salud mental** ¿cómo consideras que es en general?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
----------	------	---------	-------	-----------

7. ¿Tienes actualmente algún problema psicológico importante? __ SI __ NO

8. En caso afirmativo ¿de qué tipo? _____

9. ¿Cuánta interferencia causa en tu vida el problema psicológico?

Nada	Poco	Bastante	Mucho
------	------	----------	-------

10. ¿Alguna vez has estado tan angustiado que has pensado en la muerte como una liberación? __SI __ NO

11. ¿Alguna vez has estado tan angustiado que has pensado en quitarte la vida? __SI __ NO

12. ¿Has llegado a tener un plan para hacerlo? __SI __ NO

13. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida? __SI __ NO

14. ¿Haces ejercicio físico de forma regular? __SI __ NO

15. ¿En qué medida estás satisfecho/a con tu cuerpo?

Nada	Poco	Bastante	Mucho
------	------	----------	-------

16. ¿Fumas? __SI __ NO

17. En caso afirmativo, ¿a qué edad comenzaste?

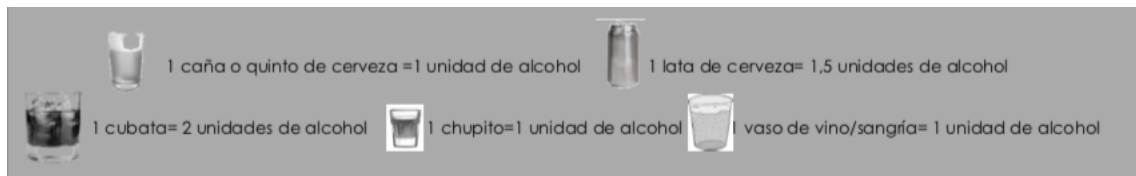
Antes de los 10 años	10-12 años	12-14 años	14-16 años	16-18 años	Después de los 18 años
----------------------	------------	------------	------------	------------	------------------------

18. ¿Cuántos cigarrillos fumas diariamente?

19. Si has consumido alcohol en alguna ocasión, ¿a qué edad comenzaste?

Antes de los 10 años	10-12 años	12-14 años	14-16 años	16-18 años	Después de los 18 años	Nunca he bebido
----------------------	------------	------------	------------	------------	------------------------	-----------------

Teniendo en cuenta la equivalencia de bebidas alcohólicas a Unidades de Bebida Estándar (UBEs) que se indica en la imagen, responde a las siguientes preguntas:



20. En un mes de consumo habitual, ¿cuántas UBEs consumes entre semana?

21. En un mes de consumo habitual, ¿cuántas UBEs consumes en fin de semana?

22. ¿Te has emborrachado alguna vez?

Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Muchas veces
-------	------------	-----------------	--------------

23. Señala la frecuencia con la que consumes las sustancias siguientes:

	En los últimos 12 meses			
	Diariamente	Semanalmente	Ocasionalmente	Nunca
Tranquilizantes/pastillas para dormir				
Cannabis, marihuana, hachís				
Cocaína				
Éxtasis o drogas de				

diseño (pastis, pirulas)				
Alucinógenos (LSD, tripis, ácido, ketamina)				
Anfetaminas o Speed				
Heroína				
Otros (.....)				

24. ¿Has tenido relaciones sexuales? __SI __ NO

25. ¿En qué medida el sexo es importante para ti?

Nada	Poco	Bastante	Mucho
------	------	----------	-------

26. Según tu orientación sexual, ¿por qué personas te sientes atraído/a?

	Sólo personas del sexo opuesto
	Principalmente personas del sexo opuesto
	Un poco más personas del sexo opuesto
	Ambos sexos por igual
	Ninguna persona
	Un poco más personas del mismo sexo
	Principalmente personas del mismo sexo
	Sólo personas del mismo sexo

27. ¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizas?

Preservativo	
Píldora	
Parche	
Anillo	
Inyección anticonceptiva	
Marcha atrás (coito interrumpido)	
DIU (dispositivo intrauterino)	
Cremas/óvulos espermicidas	
Métodos naturales: Ogino, Billings, Temperatura,...	
Ninguno	

28. En las siguientes prácticas sexuales o situaciones, ¿con qué frecuencia has usado el preservativo en los últimos 12 meses?

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Coito vaginal				
Sexo oral				
Coito anal				
Con tu pareja estable				
Con parejas esporádicas				

29. Como media, ¿cuántas horas duermes al día?

30. ¿Las horas que duermes te permiten descansar suficientemente? __SI__ NO

31. ¿Tienes dificultades para dormir por la noche? __SI__ NO

32. En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

Nunca	Algún día	Varios días	La mayoría de días	Todos los días
-------	-----------	-------------	--------------------	----------------

MALESTAR PSICOLÓGICO

HADS

Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a como se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si apunta de prisa sus respuestas se ajustarán más a cómo se sintió la última semana.

1. Me siento tenso/a o nervioso/a

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder

- Definitivamente y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre

- 7. Puedo estar sentado/a confortablemente y sentirme relajado/a**
- Siempre
 - Por lo general
 - No muy a menudo
 - Nunca
- 8. Me siento como si cada día estuviera más lento/a**
- Por lo general, en todo momento
 - Muy a menudo
 - A veces
 - Nunca
- 9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago**
- Nunca
 - En ciertas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Muy a menudo
- 10. He perdido interés en mi aspecto personal**
- Totalmente
 - No me preocupo tanto como debiera
 - Podría tener un poco más de cuidado
 - Me preocupo al igual que siempre
- 11. Me siento inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme**
- Mucho
 - Bastante
 - No mucho
 - Nada
- 12. Me siento optimista respecto al futuro**
- Igual que siempre
 - Menos de lo que acostumbraba
 - Mucho menos de lo que acostumbraba
 - Nada
- 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico**
- Muy frecuentemente
 - Bastante a menudo
 - No muy a menudo
 - Rara vez
- 14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión**
- A menudo
 - A veces
 - No muy a menudo
 - Rara vez

ESTRÉS

PSS de Cohen

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso/a o estresado/a?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro/a sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado/a porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

ESTRESORES:

Indica si te ha ocurrido alguno de los siguientes eventos en los últimos 6 meses, y si te ha ocurrido cuánto te ha afectado:

	No me ha ocurrido	Me ocurrió y no me afectó nada	Me ocurrió y me afectó un poco	Me ocurrió y me afectó bastante	Me ocurrió y me afectó mucho
Has sufrido una enfermedad grave, accidente o has sido hospitalizado/a					
Un ser querido muy cercano (incluidas mascotas) ha sufrido una enfermedad grave, accidente u hospitalización					
Ha fallecido de un ser querido muy cercano (incluidas mascotas)					
Has presenciado una escena traumática (como un accidente o una agresión)					
Has sufrido una agresión física o psicológica importante de otra persona					
Has tenido problemas con la pareja (separación, ruptura, discusión fuerte)					
Has tenido un problema social importante (como una discusión con un amigo/a)					
Has sentido que no tenías el control de tu horario					
Has tenido problemas académicos importantes					
Has sentido malestar por tu sexualidad					
Has tenido dificultades económicas					
Problemas legales propios o de seres queridos					
Has cambiado de domicilio habitual					
Ha entrado una nueva persona a tu familia (pareja, hijos, sobrinos...)					

AMBIENTE DE APRENDIZAJE

Learning Environment Questions

Por favor, evalúa el nivel de satisfacción con la siguiente afirmación:

De acuerdo a la siguiente escala: 1 - Muy satisfecho/a, 2 - Algo satisfecho/a, 3 - Neutral, 4 - Algo insatisfecho/a, 5 - Muy insatisfecho/a

1. ¿Cuán satisfecho estás con el entorno de aprendizaje de la facultad en general?

1 - Muy satisfecho/a	2 - Algo satisfecho/a	3 - Neutral	4- Algo insatisfecho/a	5 – Muy insatisfecho/a
----------------------	-----------------------	-------------	------------------------	------------------------

Por favor, evalúa el nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

De acuerdo a la siguiente escala: 1 - Muy de acuerdo, 2 - De acuerdo, 3 - Neutral, 4 - En desacuerdo, 5 - Muy en desacuerdo

2. Siento que la educación es una prioridad destacada para el profesorado

1 - Muy de acuerdo	2 - De acuerdo	3 - Neutral	4- En desacuerdo	5 – Muy en desacuerdo
--------------------	----------------	-------------	------------------	-----------------------

3. La facultad promueve un entorno más de colaboración que de competitividad

1 - Muy de acuerdo	2 - De acuerdo	3 - Neutral	4- En desacuerdo	5 – Muy en desacuerdo
--------------------	----------------	-------------	------------------	-----------------------

Por favor, evalúa el nivel de satisfacción con el nivel de apoyo recibido por los siguientes:

De acuerdo a la siguiente escala: 1 - Muy satisfecho/a, 2 - Algo satisfecho/a, 3 - Neutral, 4 - Algo insatisfecho/a, 5 - Muy insatisfecho/a

4. Orientadores/as o asesores/as profesionales

1 - Muy satisfecho/a	2 - Algo satisfecho/a	3 - Neutral	4- Algo insatisfecho/a	5 – Muy insatisfecho/a
----------------------	-----------------------	-------------	------------------------	------------------------

5. Unidad de Apoyo Educativo *

1 - Muy satisfecho/a	2 - Algo satisfecho/a	3 - Neutral	4- Algo insatisfecho/a	5 – Muy insatisfecho/a
----------------------	-----------------------	-------------	------------------------	------------------------

6. Decanato *

1 - Muy satisfecho/a	2 - Algo satisfecho/a	3 - Neutral	4- Algo insatisfecho/a	5 – Muy insatisfecho/a
----------------------	-----------------------	-------------	------------------------	------------------------

7. Profesorado *

1 - Muy satisfecho/a	2 - Algo satisfecho/a	3 - Neutral	4- Algo insatisfecho/a	5 – Muy insatisfecho/a
----------------------	-----------------------	-------------	------------------------	------------------------

Por favor, evalúa el nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

De acuerdo a la siguiente escala: 1 - Muy de acuerdo, 2 - De acuerdo, 3 - Neutral, 4 - En desacuerdo, 5 - Muy en desacuerdo

8. El profesorado de prácticas externas procura un nivel de supervisión apropiado *

1 - Muy de acuerdo	2 - De acuerdo	3 - Neutral	4- En desacuerdo	5 – Muy en desacuerdo
--------------------	----------------	-------------	------------------	-----------------------

9. Los/as residentes procuran un nivel de supervisión apropiado

Contestar solo si se han realizado prácticas sanitarias

1 - Muy de acuerdo	2 - De acuerdo	3 - Neutral	4- En desacuerdo	5 – Muy en desacuerdo
--------------------	----------------	-------------	------------------	-----------------------

10. Alguno/a de los/as profesores/as de prácticas se implica poco en mí formación

1 - Muy de acuerdo	2 - De acuerdo	3 - Neutral	4- En desacuerdo	5 – Muy en desacuerdo
--------------------	----------------	-------------	------------------	-----------------------

11. La mayoría de prácticas externas están organizadas para promover el aprendizaje *

1 - Muy de acuerdo	2 - De acuerdo	3 - Neutral	4- En desacuerdo	5 – Muy en desacuerdo
--------------------	----------------	-------------	------------------	-----------------------

12. La variedad de casos que veo en las prácticas externas es adecuada para prepararme *

1 - Muy de acuerdo	2 - De acuerdo	3 - Neutral	4- En desacuerdo	5 – Muy en desacuerdo
--------------------	----------------	-------------	------------------	-----------------------

13. Recibo un feedback formativo apropiado *

1 - Muy de acuerdo	2 - De acuerdo	3 - Neutral	4- En desacuerdo	5 – Muy en desacuerdo
--------------------	----------------	-------------	------------------	-----------------------

14. El profesorado ayuda a identificar las áreas en que necesito formación adicional *

1 - Muy de acuerdo	2 - De acuerdo	3 - Neutral	4- En desacuerdo	5 – Muy en desacuerdo
--------------------	----------------	-------------	------------------	-----------------------

PERSONALIDAD

BFI-10

¿Cómo de bien describen tu personalidad las siguientes afirmaciones?

Me veo a mi mismo/a como alguien que...	En total desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Totalmente de acuerdo
...es reservado/a	1	2	3	4	5
...es confiado/a generalmente	1	2	3	4	5
...tiende a ser vago/a	1	2	3	4	5
...está relajado/a, maneja bien el estrés	1	2	3	4	5
...tiene pocos intereses artísticos	1	2	3	4	5
... es extravertido/a, sociable	1	2	3	4	5
...tiende a encontrar fallos en los/as demás	1	2	3	4	5
...hace su trabajo hasta el final	1	2	3	4	5
...se pone nervioso/a con facilidad	1	2	3	4	5
...tiene una imaginación activa	1	2	3	4	5

¡Gracias por tu colaboración!

ANEXO IV

Tabla 1

Características sociodemográficas por titulación

	Enfermería	Medicina	Psicología	Total	X ²	F
Género (%)					6,73	
Mujer	89,20%	75,30%	77,40%	79,80%		
Hombre	10,80%	24,70%	22,60%	20,20%		
Edad media (DT)	21,09 (4,01)	22,64 (4,57)	23,09 (6,52)	22,37 (5,26)		2,88
Origen (%)					9,17	
Español	92,30%	94,40%	89,30%	92,00%		
Europeo - no español	1,50%	2,20%	6,00%	3,40%		
Latinoamericano	3,10%	1,10%	4,80%	2,90%		
Asiático	3,10%	1,10%	0,00%	1,30%		
Anglosajón	0,00%	1,10%	0,00%	0,40%		
Africano	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		
Estado civil (%)					6,39	
Casado/a o pareja estable	23,10%	38,20%	33,30%	32,40%		
Soltero/a o sin pareja estable	76,90%	61,80%	66,70%	67,60%		
Curso (%)					86,67***	
1	44,60%	15,70%	32,10%	29,40%		
2	24,60%	9,00%	17,90%	16,40%		
3	6,20%	24,70%	22,60%	18,90%		
4	24,60%	12,40%	27,40%	21,00%		
5	0,00%	19,10%	0,00%	7,10%		
6	0,00%	19,10%	0,00%	7,10%		
Años en la carrera (%)					63,49***	
1	41,50%	15,70%	32,10%	28,60%		
2	27,70%	9,00%	15,50%	16,40%		
3	6,20%	24,70%	26,20%	20,20%		
4	23,10%	11,20%	15,50%	16,00%		
5	0,00%	18,00%	7,10%	9,20%		
6	1,50%	21,30%	3,60%	9,70%		
Situación laboral (%)					11,739	
Sólo estudiante	84,60%	87,60%	75,00%	82,40%		
TC y EC	1,50%	0,00%	4,80%	2,10%		
TC y EP	3,10%	0,00%	1,20%	1,30%		
TM y EC	10,80%	10,10%	16,70%	12,60%		
TM y EP	0,00%	2,20%	2,40%	1,70%		
Residencia en el curso (%)					28,15**	
Hogar familiar	80,00%	42,70%	50,00%	55,50%		
Piso compartido	16,90%	46,10%	39,30%	35,70%		
Residencia universitaria	3,10%	5,60%	4,80%	4,80%		
Piso a solas	0,00%	4,50%	3,60%	2,90%		
Asignaturas pendientes (%)					13,51**	
No	87,70%	78,70%	73,80%	79,40%		
Sí, por suspenso	12,30%	12,40%	23,80%	16,40%		
Sí, por traslado	0,00%	9,00%	2,40%	4,20%		
Media académica (DT)	7,79 (0,80)	7,78 (0,60)	7,41 (0,85)	7,65 (0,77)		5,95**

TC: trabajo a jornada completa; TM: trabajo a media jornada; EC: estudios a tiempo completo; EP: estudios a tiempo parcial

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Tabla 2

Malestar psicológico, estrés y personalidad del alumnado FCS

	Media (DT)	% límite ^{a, b}	% caso ^{c, d, e}
HADS Total	12,05 (6,5)		41,2
Ansiedad	7,76 (3,61)	23,95	23,53
Depresión	4,29 (3,67)	9,66	7,56
PSS14	26,37 (8,7)	61,76	12,61
BFI-10			
N	6,60 (2,22)		
E	6,48 (2,16)		
O	7,12 (2,12)		
A	6,22 (1,61)		
C	7,47 (1,84)		

Nota: DT, desviación típica; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; PSS14, Perceived Stress Scale; BFI-10, Big Five Inventory; N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad
a. Puntuación 8–10 en subescalas del HADS; **b.** Puntuación 20–36 en el PSS14; **c.** Puntuación ≥ 11 en subescalas del HADS; **d.** Puntuación ≥ 13 en el HADS; **e.** Puntuación ≥ 36 en el PSS14

Tabla 3

Puntuaciones diferenciales en malestar psicológico

	PSS14	HADS		
		Total	Ansiedad	Depresión
Género				
Mujer	27,09 (8,66)	12,39 (6,54)	8,09 (3,63)	4,30 (3,65)
Hombre	23,43 (8,38)	10,60 (6,23)	6,40 (3,27)	4,19 (3,79)
t Student	2,61**	1,7	2,91**	0,18
Residencia				
Hogar familiar	25,92 (8,64)	11,44 (6,35)	7,36 (3,43)	4,08 (3,83)
Fuera del hogar	26,92 (8,77)	12,82 (6,63)	8,27 (3,78)	4,55 (3,45)
t Student	-0,87	1,64	1,96	9,7
Situación laboral				
Solo estudios	26,31 (8,61)	11,94 (6,50)	7,76 (3,63)	4,19 (3,59)
Compagina	26,64 (9,19)	12,57 (6,53)	7,81 (3,56)	4,76 (4,04)
t Student	-0,23	-0,57	0,09	0,92
Asig. Pendientes				
No	25,69 (8,75)	11,67 (6,34)	7,54 (3,54)	4,13 (3,61)
Sí	28,96 (8,05)	13,55 (6,95)	8,63 (3,81)	4,92 (3,85)
t Student	2,37*	1,82	1,9	1,35
Titulación				
Enfermería	26,15 (7,59)	10,45 (4,64)	7,25 (2,82)	3,2 (2,8)
Medicina	27,01 (9,56)	13,73 (7,71)	8,61 (4,08)	5,12 (4,28)
Psicología	25,85 (8,59)	11,52 (5,97)	7,27 (3,49)	4,25 (3,36)
F (Scheffé)	0,41	5,43** (M>E)	3,96*	5,37** (M>E)
Curso				
1	26,09 (9,33)	12,19 (6,7)	7,84 (3,56)	4,34 (4,11)
2	26,95 (7,74)	11,77 (5,85)	7,82 (3,24)	3,95 (3,48)
3	27,93 (9,02)	13,66 (7,1)	8,66 (4,15)	5 (3,47)
4	26,48 (8,12)	11,46 (6,28)	7,12 (3,19)	4,34 (3,66)
5	27,12 (8,53)	13,88 (6,25)	8,94 (3,9)	4,94 (3,13)
6	21,33 (8,19)	8,17 (4,96)	5,83 (3,33)	2,33 (2,74)
F (Scheffé)	1,59	2,26*	2,32*	1,55

Nota: puntuaciones representadas por la media y entre paréntesis la desviación típica; PSS14, Perceived Stress Scale versión de 14 ítems; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; M, Medicina; E, Enfermería
 * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Tabla 4

Coefficientes de correlación entre el malestar psicológico y la edad, rendimiento académico y personalidad

	PSS14	HADS		
		Total	Ansiedad	Depresión
Edad	0,032	0,020	-0,055	0,090
Años en la titulación	-0,072	-0,073	-0,093	-0,038
Media académica	-0,092	-0,063	-0,053	-0,059
Personalidad				
N	0,573***	0,484***	0,527***	0,338***
E	-0,187**	-0,186**	-0,076	-0,254***
O	-0,068	-0,072	0,001	-0,129**
A	-0,262***	-0,277**	-0,253**	-0,241**
C	-0,260***	-0,135*	-0,079	-0,162*

Nota: N, neuroticismo; E, extraversión; O, apertura a la experiencia; A, amabilidad; C, responsabilidad.

* p≤0,05; ** p≤0,01; *** p≤0,001

Tabla 5

Análisis de regresión: predicción del estrés y malestar psicológico

Variable dependiente	Predictor	β estandarizada	p-valor	IC 95%	Cambio en R ²	R ² Modelo total
PSS14	Asig. pendientes	0,047	0,265	-0,734	2,66	0,03
	N	0,256	0,000	0,62	1,316	0,296
	C	-0,159	0,000	-1,111	-0,351	0,047
	E	-0,071	0,103	-0,63	0,059	0,03
	A	-0,027	0,545	-0,592	0,314	0,015
	HADS Total	0,589	0,000	0,661	0,921	0,245
HADS Total	Titulación	-0,226	0,000	-2,555	-0,991	0,035
	Asig. pendientes	0,032	0,484	-0,867	1,824	0,021
	Años en la carrera	-0,087	0,084	-0,73	0,046	0,021
	N	0,091	0,088	-0,039	0,554	0,227
	C	-0,082	0,073	-0,668	0,03	0,037
	A	0,015	0,746	-0,265	0,369	0,018
	PSS14	0,677	0,000	0,421	0,587	0,268

Nota: IC 95%, Intervalo de Confianza al 95%; N, neuroticismo; C, responsabilidad; E, extraversión; A, amabilidad.

* p≤0,05; ** p≤0,01; *** p≤0,001

Tabla 6

Prevalencias de estrés, malestar psicológico, posible problema clínico y probable problema clínico según variables sociodemográficas

	PSS14 (%)		Total ≥ 13	HADS (%)			
	20 – 36	>36		Ansiedad 8-10	Ansiedad ≥ 11	Depresión 8-10	Depresión ≥ 11
Género							
Mujer	64,21	13,16	42,6	25,3	25,3	9,5	6,8
Hombre	51,06	10,64	34	17	17	10,6	10,6
X ²	4,84		1,15	7,3		0,88	
Residencia							
Hogar familiar	62,12	11,36	34,1	23,5	18,9	9,1	9,8
Fuera del hogar	61,32	14,15	50	24,5	29,2	10,4	4,7
X ²	0,46		6,14*	4,12		2,25	
Situación laboral							
Solo estudios	62,76	11,73	40,8	23,5	24	10,7	6,6
Compagina	57,14	16,67	42,9	26,2	21,4	4,8	11,9
X ²	0,85		0,06	0,2		2,54	
Asig. Pendientes							
No	59,79	11,64	38,6	23,8	21,2	9	7,4
Sí	69,39	16,33	51	24,5	32,7	12,2	8,2
X ²	4,36		2,47	3,23		0,53	
Titulación							
Enfermería	72,31	6,15	26,2	29,2	10,8	4,6	3,1
Medicina	55,06	17,98	51,7	23,6	36	13,5	13,5
Psicología	60,71	11,9	41,7	20,2	20,2	9,5	4,8
X ²	6,64		10,12**	15,92**		11,61*	
Curso							
1	55,71	11,43	40	27,1	21,4	4,3	11,4
2	71,79	10,26	41,03	25,6	20,5	12,8	5,1
3	61,36	20,45	47,73	25	31,8	18,2	6,8
4	68	12	38	26	16	8	8
5	58,82	11,76	64,71	5,9	52,9	11,8	5,9
6	50	5,56	16,67	16,7	11,1	5,6	0
X ²	11,4		9,38	16,16		10,14	

Nota: las puntuaciones corresponden a la proporción de muestra que sobrepasa los puntos de corte indicados

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

ANEXO V

ANÁLISIS DE FIABILIDAD

Tabla 7

Fiabilidad subescalas HADS

Ítem	HADS Ansiedad			HADS Depresión		
	r ítem-test	α de Cronbach elemento suprimido	α de Cronbach total	r ítem-test	α de Cronbach elemento suprimido	α de Cronbach total
1	0,62	0,72		0,67	0,74	
2	0,52	0,74		0,54	0,78	
3	0,62	0,72		0,62	0,76	
4	0,52	0,75	0,774	0,45	0,78	0,797
5	0,14	0,8		0,44	0,79	
6	0,45	0,76		0,58	0,76	
7	0,62	0,72		0,47	0,78	

Tabla 8

Fiabilidad de la escalas de malestar y estrés

Ítem	HADS Total			PSS14		
	r ítem-test	α de Cronbach elemento suprimido	α de Cronbach total	r ítem-test	α de Cronbach elemento suprimido	α de Cronbach total
1	0,64	0,84		0,54	0,87	
2	0,65	0,84		0,59	0,87	
3	0,49	0,85		0,63	0,86	
4	0,49	0,85		0,52	0,87	
5	0,60	0,84		0,55	0,87	
6	0,58	0,84		0,67	0,86	
7	0,62	0,84		0,65	0,86	
8	0,46	0,85	0'856	0,41	0,88	0'876
9	0,08	0,87		0,65	0,86	
10	0,42	0,85		0,61	0,87	
11	0,40	0,85		0,47	0,87	
12	0,60	0,84		0,28	0,88	
13	0,61	0,84		0,43	0,87	
14	0,45	0,85		0,66	0,86	

