

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO GAD-7 EN ALUMNOS DE ENFERMERÍA Y ESTUDIO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD EN ESTUDIANTES ANTES DE COMENZAR SU PRIMERA ROTACIÓN CLÍNICA

Estimado alumn@, nos dirigimos a ti un grupo de profesionales del campo de la salud, estamos intentando validar una herramienta que detecte el riesgo o incluso la presencia de ansiedad en los estudiantes de enfermería que van a comenzar las prácticas clínicas. Esta herramienta ayudará a detectar casos de desorden de ansiedad generalizada y poder actuar, además, esperamos que tras su validación podamos aplicarla para ver qué factores se asocian con el aumento de la sintomatología o del riesgo de padecer el trastorno y con ello ayudar a la población de estudiantes de enfermería. Si tiene alguna duda puede ponerse en contacto con el investigador principal: Sergio Martínez Vázquez: svazquez@ujaen.es; le agradecemos de antemano su participación en el estudio. Para participar debe aceptar este consentimiento informado marcando la casilla a continuación: (Recuerda que si decides declinar tu participación podrás hacerlo en cualquier momento contactando a los investigadores y que tus datos estarán salvaguardados y anonimizados en todo momento por La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD)).

*Obligatorio

1. Correo *

2. Si está de acuerdo con todo lo expuesto anteriormente, marque la siguiente casilla: *

Selecciona todos los que correspondan.

Sí, estoy de acuerdo

3. Edad *

4. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Masculino
- Femenino
- No binario

5. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Otro

6. ¿Profesas alguna religión? *

Marca solo un óvalo.

- No
- Si, aunque no soy practicante
- Si, soy practicante

7. ¿Tienes hijos/as? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

8. Si has respondido afirmativamente a la pregunta anterior especifica cuántos/as *

9. ¿Estas trabajando? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

10. Nota media del expediente académico (sobre 10) *

11. ¿Era Enfermería tu primera opción? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

12. ¿Eres beneficiario/a de Beca para estudiar? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

13. ¿Tienes experiencia clínica previa? (Sólo se cuenta para este estudio aquella que sea de forma profesional, no otras prácticas clínicas) *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

14. Si has respondido afirmativamente a la pregunta anterior, especifica en qué ámbito, especialidad o titulación (p.e.: TCAE, Técnico de Rayos, Psicología Clínica, etc.)

15. ¿Has realizado prácticas clínicas anteriormente en algún hospital, centro de salud o centro sanitario? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

16. Si has contestado que si has realizado prácticas clínicas ya, por favor, indica para que titulación, curso, etc. la realizaste.

17. ¿Por qué has escogido estudiar enfermería? *

Marca solo un óvalo.

Salidas profesionales

Vocación

Sueldo

Oportunidades internacionales

No puede estudiar lo que queria

Otro: (especificar)

18. He seleccionado "otro" en la pregunta anterior: *

19. Qué nivel de estudios previos máximos tenías antes de acceder a enfermería: (selecciona una) *

Marca solo un óvalo.

- Estudios primarios
- Secundaria
- Bachillerato
- Grado Universitario/Titulación Universitaria
- Máster
- Doctorado

20. ¿Como accediste a los estudios de enfermería? *

Marca solo un óvalo.

- Selectividad
- Prueba de acceso
- Formación profesional
- Otra

21. ¿Has superado todas las asignaturas hasta la fecha de hoy? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

22. Si has respondido no a la pregunta anterior dí cuáles *

23. ¿Realizas alguna actividad lúdica que te sirva de relajación? (dibujar, pintar, meditar, cantar, tocar algún instrumento, yoga,etc.,) *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

24. ¿Padeces alguna enfermedad crónica? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

25. Si has respondido sí a la pregunta anterior, especifica cuál: *

26. ¿Has tenido alguna vez una crisis de ansiedad? *

Marca solo un óvalo.

No

Sí

27. ¿Vives con alguien durante el curso académico? *

Marca solo un óvalo.

- Otros compañer@s de Enfermería
- No, yo vivo solo/a
- Otros compañer@s de otras titulaciones
- Mis compañer@s no son universitarios
- Mixto (compañer@s de titulación y de otras ramas)
- Una familia que no es la mia
- Mi nucleo familiar (padres, hermanos, etc)
- Otro: _____

28. ¿Has pasado la infección por coronavirus? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

29. ¿Practicar algún deporte habitualmente? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

30. ¿Tu domicilio familiar se encuentra en una ciudad o un pueblo? *

Marca solo un óvalo.

- Ciudad
- Pueblo

31. ¿Estás satisfecho/a con tu profesorado de enfermería? *

Marca solo un óvalo.

- Nada satisfecho/a
- Poco satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Bastante satisfecho/a
- Muy satisfecho/a

32. ¿Que crees que debe de mejorar en cuanto al profesorado de enfermería se refiere? *

33. ¿Cumple, en general, con tus expectativas la titulación de Enfermería? *

Marca solo un óvalo.

- Nada
- Poco
- Lo suficiente
- Bastante
- Mucho

34. En general, ¿Estás satisfecho/a con la universidad? (acceso a recursos, horarios, etc.) *

Marca solo un óvalo.

- Nada satisfecho/a
- Poco satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Bastante satisfecho/a
- Muy satisfecho/a

35. Si has respondido nada o poco satisfecho/a en la pregunta anterior, especifica que es lo *
que no te satisface

36. ¿Que méjorarias de los estudios de enfermeria que estas cursando? (infraestructuras, *
horarios, material, contenidos, etc.)

37. ¿Te sientes motivado/a en tus estudios de enfermería? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

38. Por favor responde sinceramente marcando en la tabla la opción que más se ajusta a tu situación. Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Marca únicamente la casilla que más se corresponda en cada fila.

Selecciona todos los que correspondan.

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido dificultad para relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha molestado o irritado fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Reflexione sobre si durante las dos últimas semanas se han presentado algunos de los síntomas que se citan. Marca únicamente la casilla que más se corresponda en cada fila. *

Selecciona todos los que correspondan.

	Sí	No
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Muchas gracias por su participación, por favor marca esta casilla si te gustaría recibir los resultados del estudio. *

Selecciona todos los que correspondan.

Sí, me gustaría recibir los resultados

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios