

Calidad de vida y bienestar en estudiantes de medicina de una universidad del sur de Chile

Quality of Life and Wellbeing in Medical Students of a University in Southern Chile

Bastían Delannays-Hernández^a, Sofía Maturana-Soto^a, Giovanna Pietrantoni-Richter^a,
Yaritza Flores-Rivera^a, Ítalo Mesina-Vilugrón^a, & Alexis González-Burboa^{ab}

^aUniversidad Andrés Bello, Talcahuano, Chile

^bUniversidad de Concepción, Concepción, Chile

La calidad de vida es un tema relevante en el contexto de la educación superior de Chile. Este trabajo buscó caracterizar la calidad de vida de los estudiantes de los distintos niveles de la carrera de Medicina de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción, Chile. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que 159 estudiantes, cuyas edades fluctuaron entre 18 y 25 años, respondieron el cuestionario WHOQOL-BREF. Dentro de los hallazgos de este estudio, se encontró una percepción general de calidad de vida positiva (45,57% la consideró bastante buena). Al analizar los dominios del WHOQOL-BREF, se encontró que las mujeres reportaron valores más bajos que los hombres en salud física, entorno social y salud psicológica; esta última fue el aspecto peor calificado en ambos sexos, sugiriendo que el bienestar psicológico es relativamente deficitario. Se concluyó que los estudiantes tenían una buena percepción de calidad de vida, no obstante, el sexo fue una variable que influyó en la percepción de esta.

Palabras clave: calidad de vida, bienestar, estudiantes de medicina, universidad.

The quality of life is a relevant issue in the context of higher education in Chile. This work sought to characterize the quality of life of students of different levels of the Medicine program in Andrés Bello University, Concepción campus, Chile. A descriptive cross-sectional study was conducted in which 159 students, whose ages ranged from 18 to 25 years, answered the WHOQOL-BREF questionnaire. Within the findings of this study, a general perception of positive quality of life was found (45,57% considered it quite good). When analysing the domains of WHOQOL-BREF, it was found that women reported lower values than men in physical health, social environment and psychological health, the latter being the worst qualified in both sexes, suggesting that psychological wellbeing is relatively deficient. It was concluded that the students had a good perception of quality of life, however, sex was a variable that influenced their perception.

Keywords: Quality of life, wellbeing, medical students, university.

Contacto: A. González-Burboa. Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Andrés Bello. Autopista Concepción-Talcahuano #7100, Talcahuano, Chile. Correo electrónico: agonzalez.745@gmail.com

Cómo citar: Delannays-Hernández, B., Maturana-Soto, S., Pietrantoni-Richter, G., Flores-Rivera, Y., Mesina-Vilugrón, I., & González-Burboa, A. (2020). Calidad de vida y bienestar en estudiantes de medicina de una universidad del sur de Chile. *Revista de Psicología*, 29(1), 1-10.

<http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2020.58055>

Introducción

El término calidad de vida ha pasado a formar parte importante en la comprensión del ser humano desde su aparición en el siglo XX (Meeber, 1993). Este concepto puede ser definido como la “percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones” (Urzúa M. & Caqueo-Urizar, 2012).

La calidad de vida considera dimensiones tales como: la salud física, la salud psicológica (o mental) y el contexto ambiental (o entorno social), incluyendo las relaciones sociales-interpersonales. Netuveli y Blane (2008) definen la salud física como un estado en que el conjunto de los sistemas orgánicos que constituyen a un ser vivo ejerce normalmente todas sus funciones. En tanto, la salud mental puede ser entendida como un estado de bienestar en que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Macaya Sandoval, Pihán Vyhmeister, & Vicente Parada, 2018). Finalmente, el entorno social corresponde al tipo de interacción que establece un sujeto social con otro(s), según ciertas características del contexto y de los efectos percibidos sobre este, dependiendo de los roles y actividades desarrolladas (Granada, 2001).

Baader M. et al. (2014), al observar los cuadros depresivos, el aumento en las tasas de suicidio, los trastornos metabólicos producto de los cambios en los hábitos alimentarios de estudiantes universitarios, entre otros, señalan que el contexto de la educación superior podría ser un elemento de riesgo para la calidad de vida de los estudiantes universitarios. Al respecto, Ibáñez et al. (2008) reportaron cambios en los hábitos alimentarios de estudiantes de odontología, en específico, la disminución del número de comidas diarias por motivos como la falta de tiempo y dificultades económicas. Los estudiantes reflejaron episodios de cefaleas, gastritis y ansiedad; esta última junto con la depresión son dos de los principales motivos de consulta entre jóvenes universitarios. Otro estudio (Canova-Barríos, Quintana-Honores, & Álvarez-Miño, 2018) encontró que el cambio de domicilio, la menor disponibilidad de tiempo libre para el descanso o actividades de ocio, y el estrés derivado de las

actividades académicas son factores que también pueden incidir negativamente en la calidad de vida de estudiantes de educación superior.

En esta línea, Agudelo Vélez, Casadiegos Garzón y Sánchez Ortiz (2011), buscando identificar características ansiosas y depresivas en estudiantes de psicología, describieron la presencia de ambos cuadros, observando mayor vulnerabilidad por parte de las mujeres a sufrir alguno de ellos.

Al centrarse en el contexto de la carrera de medicina, durante los años de estudio existe una exigencia académica constante y creciente que lleva al estudiante a una adaptación forzada. En este sentido, Román y Hernández (2011), mediante una revisión crítica del denominado “estrés académico”, dieron cuenta de la vulnerabilidad que sufren los estudiantes de primer año de esta carrera. Sumado a esto, Alfaro-Tolosa, Olmos-de-Aguilera, Fuentealba y Céspedes-González (2013) observaron un alto grado de síndrome de burnout, independiente del sexo, en estudiantes de primer a séptimo año. A su vez, Alfonso Águila, Calcines Castillo, Monteagudo de la Guardia y Nieves Achon (2015) encontraron que las demandas académicas percibidas con mayor frecuencia como estresores por los estudiantes de medicina son: sobrecarga de tareas académicas, falta de tiempo para realizar el trabajo académico, exámenes y evaluaciones.

Sin embargo, el rendimiento académico no siempre tiene relación con la cantidad de estrés o la calidad de vida del estudiante. De hecho, el rendimiento académico de estudiantes de medicina estaría asociado al nivel de compromiso con los estudios y no necesariamente con el agotamiento o calidad de vida per se (Gómez H. et al., 2015). Así, se ha observado que la transición de los cursos teóricos a la práctica clínica, vivir fuera de la ciudad sede de la casa de estudios y tener sobrepeso u obesidad, entre otros, son factores que tienen un impacto negativo en la calidad de vida. Por el contrario, los estudiantes físicamente activos tendrían una mejor calidad de vida (Irribarra T. et al., 2018).

Actualmente, la calidad de vida y, específicamente, la salud mental de los estudiantes de educación superior son un tema de contingencia nacional. Además, es destacable que en su dimensión de salud psicológica la calidad de vida es asimilable al bienestar psicológico, en particular, al bienestar hedónico y su componente la satisfacción vital (satisfacción consigo mismo) y, en cierta

medida, con el eudaimónico (si la vida tiene sentido) (Soler, Aparicio, Díaz, Escolano, & Rodríguez, 2016).

Cabe destacar que la literatura, aunque no de forma concluyente, señala la existencia de diferencias en el nivel de bienestar entre hombres y mujeres, las que podrían ser atribuidas a factores estructurales (acceso a la educación, recursos económicos, políticos y sociales, oportunidades, estructuras de poder), socioculturales (expectativas y normas de la sociedad) y biológicos (fisiología). Al respecto, los hombres tendrían mayores niveles de satisfacción con la vida y afectividad positiva que las mujeres; estas tendrían mayores niveles de afectividad negativa (Batz & Tay, 2018).

Dado lo anteriormente señalado, este estudio buscó caracterizar la percepción de la calidad de vida de estudiantes de la carrera de medicina en la Universidad Andrés Bello, sede Concepción.

Método

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal.

Participantes

Se entrevistó a 159 estudiantes (97 mujeres y 62 hombres), de un total de 207, provenientes de los cuatro niveles de la carrera de Medicina de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción. Estos compartían características similares en el ámbito académico y sus edades oscilaban entre 18 y 25 años (tabla 1).

Los 48 estudiantes (22 mujeres y 26 hombres) que no fueron entrevistados se encontraban ausentes al momento de la aplicación del instrumento o declinaron participar del estudio.

Instrumento

Los datos fueron levantados mediante el cuestionario World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQoL-BREF), que evalúa la calidad de vida percibida por el individuo (WHOQoL Group, 1996).

El cuestionario consta de 26 ítems con respuestas tipo Likert, cuyos puntajes van de 1 a 5 puntos. Los dos primeros ítems evalúan la percepción respecto a la calidad de vida global y al estado de salud. Los 24 siguientes se agrupan en cuatro dimensiones o dominios: (1) salud física, (2) salud psicológica, (3) relaciones interpersonales, y (4) entorno. Para interpretar los resultados se debe obtener el puntaje promedio de cada dominio previamente señalado, teniendo en cuenta que a mayor puntaje existe mayor percepción de calidad de vida. Cada promedio es multiplicado por 4 para hacer a cada dominio comparable con los puntajes del cuestionario WHOQoL100. Cabe señalar que existen tres preguntas en las que se debe invertir el puntaje (ítems 3, 4 y 26). Finalmente, el cuestionario cuenta con una sección para la recopilación de datos generales. Estas preguntas no tienen relación con el puntaje obtenido.

El WHOQoL-BREF fue traducido al español chileno y validado en el año 2011 (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco, & Bunout, 2011), obteniéndose una adecuada fiabilidad del instrumento (α de Cronbach = 0,88) y recomendándose su uso en estudios poblacionales y clínicos.

En el presente estudio también se obtuvieron valores adecuados de fiabilidad del instrumento tanto a nivel global (α de Cronbach = 0,90) como en cada una de sus dimensiones (ver tabla 5). Además, se construyeron baremos correspondientes a los terciles de los puntajes de calidad de vida, total y por dominios, obtenidos en la encuesta (tabla 1).

Tabla 1
Baremos de los puntajes del WHOQoL-BREF: total y por dominios

	Baja	Media	Alta
Total	13,40 o menos	13,50 - 14,60	14,70 o más
Dominios			
Salud Física	12,90 o menos	13,00 - 15,20	15,30 o más
Salud psicológica	12,70 o menos	12,80 - 15,20	15,30 o más
Relaciones interpersonales	14,70 o menos	14,80 - 17,20	17,30 o más
Entorno social	14,50 o menos	14,60 - 15,90	16,00 o más

Se consideró importante incluir la variable “Créditos” por tratarse de un equivalente de la cantidad de asignaturas que cursaba cada estudiante, la que, debido a la reprobación de asignaturas pre-requisito, era distinta en cada nivel de la carrera.

Análisis de datos

Para explorar los datos se utilizaron medidas de frecuencia (absolutas y relativas) y medidas de resumen (media, desviación estándar y terciles). Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de los datos cuantitativos.

Para comparar una variable cuantitativa en dos grupos, se utilizó la prueba de U de Mann Whitney y en tres o más grupos la prueba de Kruskal Wallis. Para comparar dos variables cualitativas, se utilizó el test Exacto de Fisher. Además, se establecieron correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Finalmente, se realizó un análisis de fiabilidad global y por dimensiones del WHOQoL-BREF mediante la estimación del coeficiente α de Cronbach.

Los datos fueron procesados con el software

IBM Statistics SPSS v.22. La significancia estadística se estableció con un valor $p \leq 0,05$.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad Andrés Bello, Chile.

Resultados

El promedio de edad de los participantes fue de 21,34 años ($DE = 2,80$) y en su mayoría fueron mujeres (61,01%; $n = 97$). El 64,15% ($n = 102$) tenía residencia fija en la provincia y solo 8,81% ($n = 14$) compatibilizaba el trabajo con los estudios. Además, 20,75% ($n = 33$) señaló utilizar transporte particular para asistir a clases.

Respecto al ámbito académico, los estudiantes en promedio cursaban 30,17 ($DE = 7,03$) créditos al año y, en su mayoría, tenían un promedio ponderado acumulado de notas entre 5,00 a 5,90 (77,99%; $n = 124$).

En la tabla 2 se presenta el detalle de la información descrita, estratificada por nivel de estudios en la carrera de Medicina.

Tabla 2
Características sociodemográficas y académicas según año de estudio en la carrera de Medicina

	Total	Primer año	Segundo año	Tercer año	Cuarto año
<i>Sociodemográficas</i>					
Edad, <i>media</i> \pm <i>DE</i>	21,34 \pm 2,80	20,11 \pm 4,48	21,07 \pm 2,03	21,45 \pm 1,29	23,19 \pm 2,95
Sexo, <i>n</i> (%)					
Mujer	97 (61,01)	13 (48,15)	49 (66,22)	20 (64,52)	15 (55,56)
Hombre	62 (38,99)	14 (51,85)	25 (33,78)	11 (35,48)	12 (44,44)
Residencia en la provincia, <i>n</i> (%)					
Fija	102 (64,15)	14 (51,85)	43 (58,11)	24 (77,42)	21 (77,78)
Transitoria	57 (35,85)	13 (48,15)	31 (41,89)	7 (22,58)	6 (22,22)
Trabajo, <i>n</i> (%)					
Sí	14 (8,81)	0 (0,00)	9 (12,16)	2 (6,45)	3 (11,11)
No	145 (91,19)	27 (100,00)	65 (87,84)	29 (93,55)	24 (88,89)
Transporte, <i>n</i> (%)					
Particular	33 (20,75)	2 (7,41)	16 (21,62)	6 (19,35)	9 (33,33)
Público	126 (79,25)	25 (92,59)	58 (78,38)	25 (80,65)	18 (66,67)
<i>Académicas</i>					
Créditos, <i>media</i> \pm <i>DE</i>	30,17 \pm 7,03	31,04 \pm 5,03	26,73 \pm 6,21	29,26 \pm 3,81	41,00 \pm 0,00
PPA, <i>n</i> (%)					
De 4,00 a 4,90	6 (3,77)	0 (0,00)	5 (6,76)	0 (0,00)	1 (3,70)
De 5,00 a 5,90	124 (77,99)	17 (62,96)	55 (74,32)	28 (90,32)	24 (88,89)
Mayor o igual a 6,00	29 (18,24)	10 (37,04)	14 (18,92)	3 (9,68)	2 (7,41)

Nota. PPA = Promedio ponderado acumulado.

En relación con la percepción general de calidad de vida (tabla 3), la mayor parte de los estudiantes eligió la opción *bastante bien* (45,57%; $n = 72$) seguida de la opción *aceptable* (26,58%, $n = 42$). En cuanto a la percepción general de salud predominaron las opciones *aceptable* (36,08%; n

= 57) y *satisfecho/a* (31,01%; $n = 49$). Al comparar la percepción general de calidad de vida y salud entre los distintos niveles de la carrera de Medicina, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3

Puntajes por dominio del WHOQoL-BREF según año de estudio en la carrera de Medicina

	Total	Primer año	Segundo año	Tercer año	Cuarto año	Valor p^*
<i>Preguntas de percepción general¹</i>						
Calidad de vida, n (%)						
Muy mal	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,59
Mal	7 (4,43)	1 (3,70)	2 (2,70)	1 (3,23)	3 (11,54)	
Aceptable	42 (26,58)	7 (25,93)	18 (24,32)	12 (38,71)	5 (19,23)	
Bastante bien	72 (45,57)	11 (40,74)	38 (51,35)	11 (35,48)	12 (46,15)	
Muy bien	37 (23,42)	8 (29,63)	16 (21,62)	7 (22,58)	6 (23,08)	
Salud, n (%)						
Muy insatisfecho/a	2 (1,27)	0 (0,00)	1 (1,35)	1 (3,23)	0 (0,00)	0,17
Insatisfecho/a	21 (13,29)	0 (0,00)	11 (14,86)	7 (22,58)	3 (11,54)	
Aceptable	57 (36,08)	11 (40,74)	28 (37,84)	9 (29,03)	9 (34,62)	
Satisfecho/a	49 (31,01)	8 (29,63)	22 (29,73)	7 (22,58)	12 (46,15)	
Bastante satisfecho/a	29 (18,35)	8 (29,63)	12 (16,22)	7 (22,58)	2 (7,69)	
<i>Dominios²</i>						
Salud física, <i>media</i> \pm <i>DE</i>	14,21 \pm 2,52	14,81 \pm 2,66	14,23 \pm 2,59	14,19 \pm 2,41	13,53 \pm 2,82	0,29
Salud psicológica, <i>media</i> \pm <i>DE</i>	13,97 \pm 2,77	14,15 \pm 3,07	13,85 \pm 2,73	13,72 \pm 2,82	14,42 \pm 2,60	0,64
Relaciones interpersonales, <i>media</i> \pm <i>DE</i>	15,35 \pm 3,14	16,15 \pm 2,52	15,11 \pm 2,88	14,58 \pm 3,97	16,10 \pm 3,18	0,22
Entorno social, <i>media</i> \pm <i>DE</i>	14,98 \pm 2,34	15,43 \pm 2,43	15,19 \pm 2,28	14,21 \pm 2,68	14,83 \pm 1,82	0,14

Nota. * $p \leq 0,05$. ¹ Test exacto de Fisher; ² Prueba de Kruskal-Wallis.

En este mismo sentido, al comparar los puntajes promedio de las dimensiones del WHOQoL-BREF no se encontraron diferencias significativas; sin embargo, en primer, tercer y cuarto año la dimensión *relaciones interpersonales* presentó puntajes más altos que las otras dimensiones, con valores de 16,15 ($DE = 2,52$), 14,58 ($DE = 3,97$) y 16,10 ($DE = 3,18$), respectivamente.

Por otra parte, al analizar las percepciones generales de calidad de vida y salud según sexo (tabla 4), el 52,08% ($n = 50$) de las mujeres señaló que su calidad de vida estaba *bastante bien*, seguido del 26,04% ($n = 25$) que la percibió como *aceptable*. Solo el 18,75% ($n = 18$) optó por la

opción *muy bien*, mientras que el 3,13% ($n = 3$) percibió que su calidad de vida estaba *mal*. En el caso de los hombres el 35,48% ($n = 22$) respondió *bastante bien*, el 30,65% ($n = 19$) *muy bien*, el 27,42% ($n = 17$) *aceptable*, y solo el 6,45% ($n = 4$) *mal*.

En cuanto a la percepción de salud, la mayor parte de las mujeres consideró que esta era *aceptable* (42,71%; $n = 41$), en contraste con los hombres que mayormente dijeron sentirse *satisfechos* con ella (37,10%; $n = 23$).

Al comparar los resultados obtenidos según sexo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 4
Puntajes por dominio del cuestionario WHOQoL-BREF según sexo

	Total	Mujer	Hombre	Valor p^*
<i>Preguntas de percepción general¹</i>				
Calidad de vida, n (%)				
Muy mal	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0,14
Mal	7 (4,43)	3 (3,13)	4 (6,45)	
Aceptable	42 (26,58)	25 (26,04)	17 (27,42)	
Bastante bien	72 (45,57)	50 (52,08)	22 (35,48)	
Muy bien	37 (23,42)	18 (18,75)	19 (30,65)	
Salud, n (%)				
Muy insatisfecho/a	2 (1,27)	1 (1,04)	1 (1,61)	0,26
Insatisfecho/a	21 (13,29)	13 (13,54)	8 (12,90)	
Aceptable	57 (36,08)	41 (42,71)	16 (25,81)	
Satisfecho/a	49 (31,01)	26 (27,08)	23 (37,10)	
Bastante satisfecho/a	29 (18,35)	15 (15,63)	14 (22,58)	
<i>Dominios²</i>				
Salud física, <i>media</i> \pm <i>DE</i>	14,21 \pm 2,52	13,76 \pm 2,39	14,90 \pm 2,58	0,01
Salud psicológica, <i>media</i> \pm <i>DE</i>	13,97 \pm 2,77	13,58 \pm 2,42	14,58 \pm 3,17	0,01
Relaciones interpersonales, <i>media</i> \pm <i>DE</i>	15,35 \pm 3,14	15,21 \pm 2,86	15,57 \pm 3,55	0,22
Entorno social, <i>media</i> \pm <i>DE</i>	14,98 \pm 2,34	14,64 \pm 2,24	15,50 \pm 2,40	0,03

Nota. * $p \leq 0,05$. ¹Test Exacto de Fisher, ²Prueba U de Mann-Whitney.

Cabe destacar que al comparar los puntajes promedio por dimensión entre mujeres y hombres, se observó que estos últimos obtuvieron de forma significativa puntajes más altos que las mujeres en salud física ($p = 0,01$), salud psicológica ($p = 0,01$)

y en la relación con su entorno social ($p = 0,03$).

Finalmente, al correlacionar las dimensiones del WHOQoL-BREF con los créditos académicos de los estudiantes, no se encontraron resultados estadísticamente significativos (tabla 5).

Tabla 5
Correlaciones de puntajes por dominio del cuestionario WHOQoL-BREF y créditos académicos

	Salud física	Salud psicológica	Relaciones interpersonales	Entorno social	Créditos
Salud física	1				
Salud psicológica	0,58*	1			
Relaciones interpersonales	0,39*	0,54*	1		
Entorno social	0,48*	0,52*	0,41*	1	
Créditos	-0,13	0,06	0,04	-0,09	1
α de Cronbach	0,76	0,81	0,62	0,75	-

Nota. * $p \leq 0,01$ (Rho de Spearman).

Discusión

Este trabajo buscó caracterizar la percepción de la calidad de vida de estudiantes del área de la salud, en específico de la carrera de Medicina de la Universidad Andrés Bello, sede Concepción. Su principal hallazgo fue que la mayoría de los estudiantes percibía positivamente su calidad de vida; no obstante, una gran parte de ellos no estaba satisfecho con su salud, lo cual, como señalan Ibáñez et al. (2008), es esperable al considerar los

cambios conductuales y de estilo de vida observados al ingresar a la educación superior.

Se observó que los hombres tenían una mejor percepción de salud física y psicológica que las mujeres, lo que concuerda con los resultados de Agudelo Vélez et al. (2011), quienes señalan que las mujeres tienden a puntuar más alto en índices de depresión y ansiedad, afectando de forma negativa su percepción respecto a la propia salud, y de Iribarra T. et al. (2018), que en su estudio encontraron que las mujeres tenían puntajes más bajos

en el dominio de salud física, especialmente en lo que respecta a capacidad de trabajo, energía, dependencia de medicamentos y dolor. Por otra parte, socialmente la expresividad emocional aún sigue siendo más aceptable en las mujeres, por lo que en ellas la disposición a mostrar su afectividad, tanto positiva como negativa, es mayor que en hombres (Batz & Tay, 2018). No obstante, también existe literatura que concluye que las mujeres jóvenes viven con mayor frecuencia experiencias, tales como, felicidad, risa, entretenimiento y sensación de descanso durante el día en comparación con los hombres jóvenes (Fortin, Helliwell, & Wang, 2015).

Por otra parte, los hombres mostraron valores más altos en la percepción de su entorno social que las mujeres. Esto, según Zamudio Sánchez, Ayala Carrillo y Arana Ovalle (2014), podría ser consecuencia de los diferentes protagonismos que a lo largo de la historia se le han atribuido a cada sexo respecto a la modificación de los entornos en los que se desenvuelven. En este sentido, se coincide también con lo planteado por Batz y Tay (2018) respecto a la influencia que los factores estructurales y socioculturales han tenido históricamente sobre las mujeres, materializada en oportunidades limitadas para satisfacer necesidades básicas y psicológicas, y en la obligación de asumir roles de género masculinos como una forma de conducirse en ambientes laborales cuyas culturas han sido establecidas por hombres.

Pese a que se suponía un elemento relevante, no se encontró relación entre el número de créditos cursados por el estudiantado y los componentes de la calidad de vida evaluados. Según lo señalado por Gamero Maldonado (2013), quien plantea que la vocación está ligada a la felicidad y que un mayor nivel de esta se asocia a una mejor percepción de calidad de vida. Lo anterior podría ser entendido al considerar que el aumento de la carga académica va aparejado a un incremento en horas de práctica clínica, por lo cual el estudiante se va relacionando cada vez más con el mundo laboral, forma equipos de trabajo con estudiantes de otras carreras y toma contacto con sus futuros pacientes. Por otra parte, Díaz Martín (2010) señala la existencia de mecanismos de adaptación al estrés que pueden desarrollar los estudiantes a medida que cursan los años de carrera. En este sentido, Morales Rodríguez y Chávez López (2019) plantean que mientras los estudiantes avanzan en su

formación profesional, generan mejores estrategias para afrontar el estrés, demostrando mayor confianza en sí mismos y capacidad de enfrentar las exigencias de la vida universitaria.

En cuanto al rendimiento académico, los hallazgos de este estudio también coinciden con los resultados descritos por Gómez H. et al. (2015), quienes señalan que el rendimiento académico se relaciona más con el nivel de compromiso del estudiante que con su nivel de estrés o calidad de vida. Esto fue evidenciable en la gran mayoría de los encuestados.

Como limitación de este trabajo se apunta su carácter transversal, entendiéndose que un seguimiento longitudinal sería ideal para describir con mayor precisión la calidad de vida de los estudiantes a lo largo de los distintos años de educación superior. Además, no fue posible acceder a la totalidad de la población dados algunos elementos de contexto y la disposición a participar en el estudio.

Finalmente resulta importante destacar que, como también se ha reportado en trabajos similares, la calidad de vida en dominios como la salud física, la salud psicológica y el entorno social se ve influenciada por el hecho de ser hombre o mujer, por tanto, se vuelve fundamental considerar esta variable en la construcción de los contextos académicos de la educación superior de Chile.

Referencias

- Agudelo Vélez, D. M., Casadiegos Garzón, C. P., & Sánchez Ortiz, D. L. (2011). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
Recuperado de <https://bit.ly/2CXXd7I>
- Alfaro-Tolosa, P., Olmos-de-Aguilera, R., Fuentealba, M., & Céspedes-González, E. (2013). Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de una escuela de medicina de Chile. *CIMEL*, 18(2), 23-26.
<https://bit.ly/3fZm8WY>
- Alfonso Águila, B., Calcines Castillo, M., Monteagudo de la Guardia, R., & Nieves Achon, Z. (2015). Estrés académico. *Revista Edumecentro*, 7(2), 163-178.
Recuperado de <https://bit.ly/3hvDN95>
- Baader M., T., Rojas C., C., Molina F., J. L., Gotelli V., M., Alamo P., C., Fierro F., C., ... Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 52(3), 167-176.

- <http://doi.org/cpgt>
- Batz, C. & Tay, L. (2018). Gender differences in subjective well-being. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, Utah: DEF Publishers.
- Canova-Barrios, C., Quintana-Honores, M., & Álvarez-Miño, L. (2018). Estilos de vida y su implicación en la salud de los estudiantes universitarios de las ciencias de la salud: una revisión sistemática. *Revista Científica*, 23(2), 98-126.
<https://bit.ly/2WLoG3B>
- Díaz Martín, Y. (2010). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de medicina. *Humanidades Médicas*, 10(1), 1-17
Recuperado de <https://bit.ly/39rZwfc>
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejon, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. & (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 579-586.
- Fortin, N., Helliwell, J. F., & Wang, S. (2015). How does subjective well-being vary around the world by gender and age? In J. F. Helliwell, R. Layard, & J. Sachs (Eds.), *World happiness report 2015*. New York, New York: Sustainable Development Solutions Network.
Recuperado de <https://bit.ly/3g11F4b>
- Gamero Maldonado, H. Y. (2013). La satisfacción laboral como dimensión de la felicidad. *Ciencia & Trabajo*, 15(47), 94-102.
<http://doi.org/d4w8>
- Gómez H., P., Pérez V., C., Parra P., P., Ortiz M., L., Matus B., O., McColl C., P., ... Meyer K., A. (2015). Relación entre el bienestar y el rendimiento académico en alumnos de primer año de medicina. *Revista Médica de Chile*, 143(7), 930-937.
<http://doi.org/ggwhg9>
- Granada, H. (2001). El ambiente social. *Investigación & Desarrollo*, 9(1), 388-407.
<https://bit.ly/2CXVK1c>
- Ibáñez, E., Thomas, Y., Bicity, A., Barrera, J., Martínez, J., & Gerena, R. (2008). Cambios de hábitos alimentarios de los estudiantes de odontología de la Fundación Universitaria San Martín de Bogotá, Colombia. *Nova-Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*, 6(9), 27-34.
- Iribarra T., L., Mery I., P., Lira S., M. J., Campos D., M., González L., F., & Irrázaval D., S. (2018). ¿Cómo es la calidad de vida reportada por los estudiantes de Medicina? *Revista Médica de Chile*, 146(11), 1294-1303.
<http://doi.org/d4xj>
- Macaya Sandoval, X. C., Pihán Vyhmeister, R., & Vicente Parada, B. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215-232.
Recuperado de <https://bit.ly/2OOxAsN>
- Meeber, G. A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(1), 32-38.
<http://doi.org/cx7>
- Morales Rodríguez, M. & Chávez López, J. K. (2019). Satisfacción académica en estudiantes de nivel superior: variables escolares y personales asociadas. *Revista Electrónica sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*, 6(12), 1-21.
Recuperado de <https://bit.ly/32MCGOm>
- Netuveli, G. & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113-126.
<https://doi.org/10.1093/bmb/ldn003>
- Román Collazo, C. A. & Hernández Rodríguez, Y. (2011). El estrés académico: una revisión crítica del concepto desde las ciencias de la educación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 1-14.
Recuperado de <https://bit.ly/30ECxdb>
- Soler, J. L., Aparicio, L., Díaz, O., Escolano, E., & Rodríguez A. (Coords). (2016). *Inteligencia emocional y bienestar II. Reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones*. Zaragoza, España: Ediciones Universidad de San Jorge.
- Urzúa M., A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71.
<http://doi.org/dzvx>
- WHOQoL Group. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zamudio Sánchez, F. J., Ayala-Carrillo, M. R., & Arana Ovalle, R. I. (2014). Mujeres y hombres: desigualdades de género en el contexto mexicano. *Estudios Sociales*, 22(44), 251-279.
Recuperado de <https://bit.ly/2WSsAHI>

Fecha de recepción: 11 de diciembre de 2019

Fecha de aceptación: 16 de abril de 2020