

Gratu Amaierako Lana  
Medikuntza Gradua

## Gipuzkoako familia-mediku egoiliarak (BAME) eta lan-munduaren hastapeneko antsietatea

Egilea :  
Haizea García Fernández

Zuzendaria :  
Haritz Esnal Amundarain

© 2021, Haizea García Fernández.

Leioa, 2021eko apirilaren 22a



## LABURPENA

Medikuen espezialitate formazio garaia, Barne Mediku Egoiliarra (BAME), estres eta zaurgarritasun haundiko epe bezala deskribatu izan da zientzia literaturan. Ikerketa honen helburua, Gipuzkoako familia-mediku egoiliarren antsietate-mailak neurtzea izan da. Antsietatearen alderdi kuantitatibo eta kualitatiboak kontutan hartuta ikerketa deskribatzaile eta prospektiboa burutu da. Neurketa hau HADS galdetegi estandarizatuaren bitartez eta ikerketarako sortutako galdetegi kualitatibo baten bitartez egin da. Sintoma hauek formakuntza urtearekin, ospitale-motarekin, generoarekin, depresioarekin eta espezialitate aukeraketarekiko adostasunarekin harremanik ote zuten aztertzeko ere baliatu dugu. Galdetegi hauek 2020-ko urrian eta 2021-eko martxoan (5 hilabeteko tartean) burutu ziren, denbora tarte hortan aldaketarik ote zegoen aztertu nahian. Egoiliarren %50-ak antsietate maila ertain-altuak aurkeztu ditu. Konfiantza maila baxua eta antsietatearen autopertzeptzioa guardia bezperan, guardia bitartean eta larrialdietan deskribatu dira gehienbat. Sintoma fisiko eta kognitiboak guardia bitartean maiztasun haundiagorekin agertu dira eta emozionalak guardia osteko uneetan. Hala ere, ez da aldagaien arteko lotura estatistiko esanguratsurik aurkitu. Hala ere, egoiliarrak ondoeza psikologikoa izateko arrisku populazioa direla konfirmatu dugu. Etorkizunera begira ikerketa gehio behar dira, baheketa eta lanketa egoki bat egin ahal izateko.

## HITZ GAKOAK

Egoiliar, Antsietatea, Familia-mediku, Gipuzkoa

## **ABSTRACT**

The high training of physicians, Internal Resident Physician (MIR), has been described in the scientific literature as a period of great stress and vulnerability. The aim of this study was to measure the anxiety levels of family physicians residing in Gipuzkoa. A descriptive and prospective study was conducted taking into account the quantitative and qualitative aspects of anxiety. This measurement was carried out using the standardized HADS questionnaire and a qualitative questionnaire generated for research. We have also taken the opportunity to analyze whether these symptoms were related to the year of formation, the type of hospital, gender, depression and consensus in the choice of specialties. These questionnaires were conducted in October 2020 and March 2021 (within 5 months), in order to analyze whether there were changes in that time period. 50% of residents have medium-high levels of anxiety. The low level of confidence and self-perception of anxiety have been described mainly on the eve of the guard, during the guard and in emergencies. Physical and cognitive symptoms have appeared during the guard more often and emotional at times after the guard. However, no significant statistical relationship has been found between variables. However, we have confirmed that residents are a population at risk of psychological distress.

## **KEY WORDS**

Resident, anxiety, family doctor, Guipuzcoa

1.	SARRERA.....	1
1.1.	Burnout.....	2
1.1.1.	Burnout-aren etiologia.....	3
1.1.1.1.	Kanpo-faktoreak.....	4
1.1.1.2.	Barne-faktoreak.....	4
1.2.	Antsietatea eta depresioa.....	6
2.	HELBURUAK.....	9
2.1.	Helburu orokorra.....	9
2.2.	Helburu zehatzak.....	9
3.	MATERIALA eta METODOGIA.....	10
3.1.	Lagina.....	10
3.1.1.	Arrisku psikologikoaren aurreko protokoloa.....	11
3.2.	Tresnak.....	12
3.3.	Ikerketaren aldagaiak.....	14
3.4.	Prozedura.....	14
4.	EMAITZAK.....	16
4.1.	Analisi kuantitatiboa.....	16
4.1.1.	Lagina.....	16
4.1.2.	Antsietatea eta depresioa: HADS.....	17
4.1.3.	Antsietatea eta beste aldagaiekiko harremana.....	19
4.1.3.1.	Kontingenti taulak.....	19
4.1.3.2.	Pearson-en Chi-karratua.....	22
4.1.3.3.	T student foga.....	23
4.2.	Analisi kualitatiboa.....	24
4.2.1.	Konfiantza/Segurtasun maila.....	24

4.2.2. Antsietatearen autopertzeptzioa.....	26
4.2.3. Antsietateari aurre egiteko estrategiak.....	27
4.2.4. Antsietatearen sintomak.....	28
4.2.5. Laguntza psikologikoa.....	30
4.2.6. Familia-mediku espezialitate aukeraketa.....	31
4.2.6.1. Hautaketaren zergatia.....	31
4.2.6.2. Hautaketarekiko adostasuna.....	31
4.2.7. BAME formakuntza prozesua.....	32
4.2.8. Galdetegien arteko aldaketak.....	33
5. EZTABAIDA.....	33
5.1. Indarguneak, mugak eta iradokizunak.....	37
6. ONDORIOAK.....	38
7. BIBLIOGRAFIA.....	40
8. ERANSKINAK.....	43



## 1. SARRERA

Ikerketa proiektu hau Euskal Herriko Unibertsitateko Medikuntzako Gradu Amaierako Lanaren testuinguruan egin da. Azkenengo urtean gaixoekin gauzaturiko praktikak medikuntzako formakuntzaren zutabe garrantzitsuen dira. Praktikaldian osasun langileen eguneroko jarduna gertutik ikusi eta bizitzeko aukera izan dugu. Proiektu hau, beraz, bertan sortutako zalantza, kezka, gogoeta eta beharretatik abiatu da, hauek izanda galdetegiak sortzeko bide-orria.

Medikuntza, oro har, ardura handiko lanbidea da. Medikuntzako ikasle izatera heltzeko maila akademiko handia behar da, unibertsitaterako sarbide probek hala eskatzen dutelako. Behin ikasketetan murgilduta, hauek aurrera ateratzeko konstantzia eta diziplina ezinbestekoak dira. Hortaz gain, unibertsitate garaiari amaiera ematerakoan, medikuen espezialitate formazio garaiari hasiera ematen zaio, lau edo bost urtetan zehar, Barne Mediku Egoiliarra (BAME) bilakaturik. Azkenengo hau, formakuntza prozesu bat izan arren, estres eta zaurgarritasun handiko epea ere bada.

Formazio garaiari konplexutasuna ematen diotenak askotariko faktoreak dira. Alde batetik lan mundura ateratzeak dakarren presioa topa dezakegu: erabakiak hartzea, guardietako lanaldi amaigabeak, nekea, arduren handitzea, diziplina anitzeko lantaldeetan parte hartzea, emozionalki eragin handiko egoerak ikustea, dilema etiko edo moralak bizitzea... Bestetik, asistentzia lanak egiteak sortzen duen presioa bera ere badugu, hau da, paziente edo familiekin harremanetan egoteak suposatzen duen karga emozionala. Hauez gain, medikuntza eta osasun zientziak, oro har, zientzia ez zehatzak izanik, askotan ziurgabetasuna sor dezakete. Egoera konplexu hauek guztien kudeaketek estres handia sor dezakete.

Azken urtean BAME-en formakuntza garaiari Covid-19-aren pandemia gehitu zaio. Pandemiak berak belaunaldien arteko osasun-krisi bat sortu duela esan dezakegu, eta mundu osoan, bizitzaren alderdi asko erabat aldatu dituela. Aldaketa horietariko batzuek osasun langileak fokupean jarri ditu; bere sufrimendua, bakardadea,



babesgabezia eta bestelakoak mahai gainean ipiniz. Testuinguru honetan BAME-en egoerak ere okerrera egin duela suposa dezakegu.

Aipatutakoa kontuan izanda eta Nazio Batuen 2030-eko Garapen Iraunkorreko Helburuetan osasun mentala sartu dela oinarritzat hartuz, osasun langileen osasun mentalari erreparatzea beharrezkoa iruditzen zaigu.

### **1.1. BURNOUT**

Medikuen espezialitate formazio garaia aztertzeke xedez, hainbat ikerketa bideratu izan da. Formakuntza prozesu honek etorkizuneko mediku espezialista izateko kompetentziak garatzeko duen garrantziagatik bihurtu da lehen lerroko kezka. Ikerketa horietan, autore desberdinek BAME prozesua garai estresagarri bezala definitzen dute. Formazio garaiko estres honek egoiliarra egoera zaurgarri batean kokatzen duela baieztatuz, zeinak ondoez psikologikoa edukitzera bultzatu dezakeen (1). Blancafort et al. (2)-en arabera aztertutako egoiliarren % 30,1-ak ondoez psikologikoaren irizpideak betetzen zituen. Ondoeza oso modu desberdinetan ikertu da, autore edo lurraldeen arabera, anglosaxoiek adibidez, «neke profesionalaren sindrome» bezala identifikatu dute eta honi burnout terminoa ezarri diote. Gaur egun termino hau oso zabaldua dago zientzia literaturan.

Burnout-ak, hitzez-hitz, “errea” esan nahi du, pazienteekiko harremanak eragindako estres kronikoaren ondorioz agertutako nahaste bezala definitzen da. Maslach (3) autoreak konstruktuko psikologikoa gisa karakterizatu zuen eta hiru dimentsioetan banatu zuen: neke emozionala, despertsonalizazioa eta errealizazio pertsonala.

Neke emozionala lan-eskari izugarriek norbanakoaren energiaren agortzean islatzen da. Despertsonalizazioa eta zinismoa, norbanakoa lanetik urruntzen duen alderdia da; eta eraginkortasun ezaren sentimenduak, norbanakoak gauzatze pertsonalik ez izatearen sentsazioa da (3).

Dimentsio horiek maila ezberdinetan batera agertu daitezke burnout-a konstruktuko jarrai eta heterogeneoa bihurtuz. Hauetatik indikadore baliagarriena neke emozionala kontsideratu izan da, estres kronikoarekin duen lotura handiagatik, batik bat. Kroniko hitzak epe luzeko iraupen kontzeptua du, jarraikortasunari lotua baitago.

Hainbat autorek azpimarratu izan du BAME-ak direla burnout sindromea izateko hautagai lehenetsiak. Espainiako egoiliarren burnout prebalentziaren inguruko datu ezberdinak bildu izan dira: % 69,7 eta % 93 bitartean finkatuz autore batzuen arabera (4), % 49,1-ean 2010-eko Valladolideko ikerketa batean (5), edo % 30-ean 2008-ko Bartzelonako beste ikerketan (2). Espainia mailan ikerketa gutxi egin dira eta hauen arteko aldakortasuna handia da. Horrek, nahaste hau sufritzen dutenen kopuru handi bat diagnostikatu gabe dagoela pentsatzera eraman gaitzake.

Etengabeko neke edo estres kroniko honek maila pertsonalean, sozio-familiarrean, edota lan munduan, eragina izan dezake. Egunero egiten den lanaren kalitatea murriztua ikus daiteke honen ondorioz, baita lanera ez agertzeak areagotu ere (6). Hain justu, azken urteetan, lan munduan duen eraginarengatik jarri da burnout-a lehen lerroan: ausentzia laboralak, asebetetze mailaren jaitsiera (bai profesionalengan, eta bai pazienteengan), adikzioetarako arriskua, eta lanpostu aldaketa edo gehiegizko mugikortasuna areagotzearen ondorioz. Halaber, aipatzekoa da neke-tasa altuak eta osasun mentaleko arazoak edukitzeak gizarte trebetasunengan eragin ezkorra sortzen dutela, zeinak, modu zuzen edo ez-zuzenean, BAME-en lanaldian eragin dezakeen (7).

### **1.1.1. Burnout-aren etiologia**

Azken urteetan, hainbat ikerlarik ondoez psikologiko edo burnout-aren etiologiaren bilaketan dihardu. Bilaketa horretan, barne-faktoreak eta kanpo-faktoreak aztertu dira. Barne-faktore bezala: aldagai soziodemografikoak, langilegoaren nortasunarekin lotutako aldagaiak, ibilbide profesionala... aurkitzen ditugu. Kanpo-faktore bezala, aldiz: lan-giroa, lan-karga, guardia kopurua, ardurak... Noronha et al. (8)-ek egindako ikerketa batean, onkologiako egoiliarretan neke profesionalaren esfera desberdinak neurtu ziren. Inkestatutakoen % 72,2-ak neke pertsonal handia zuela adierazi zuen. Horietatik % 75,9-ak lanarekin lotutako neke handia zuen eta % 21,7-ak pazienteekiko elkarrekintzek eragindako neke handia. Datu hauek ikusita, eta mundu zientifikoak diotenari erreparatuta, faktore anitzeko fenomeno baten aurrean gaudela antzeman dezakegu (**1.Irudia**), hala ere, oraindik asko dago ikertzeko.

#### 1.1.1.1. Kanpo-faktoreak

Kanpo-faktoreei erreferentzia egiten dieten ikerketei erreparatuta Bartzelonako egoiliarren artean egindako ikerketa (2) hartu dezakegu erreferentziatzat. Bertan aldagai ezberdin asko izendatzen dira eragile bezala: lan-karga gehigarria, tutorearen aldetik errekonozimendu falta, guardietako presio asistentziala, atsedeen falta eta lo gutxi egitea, bizitza pertsonalerako denbora falta, ikasteko denbora eza, akats bat izatearen beldurra edo akats bat egin izana...

Faktore hauek denek ondoez psikologikoa zutenen eta ez zuteneen arteko desberdintasuna ezartzen zuten. Hauen artean gehien errepikatu ziren aldagaiak; tutorearen errekonozimendu falta eta laneko kezka etxera eramatea izan ziren. Formakuntza garaian izandako akonpainamendu faltarekin lotura izan dezakeela adierazten dute autoreek (2).

Beste autore batzuek, aldiz, burnout-a guardia kopuruari lotutako nahastea baino ez dela diote (4). Espainia mailako beste ikerketa batean, ordea, neke emozionala erizainekin izandako harremanarekin eta medikazio kronikoaren pautak luzeak ematearekin lotzen dute (9). Bestalde, ospitale handietan ondoez psikologikoa maila altuagoan topatu izan da, ospitale txikiekin alderatuz (2).

Aipatutako aldagaiak arrisku faktore kontsideratuz gero, eta kontuan izanda lan-giroarekin lotura estua dutela, BAME-en formakuntza prozesuaren antolakuntza hobetzeko abiapuntu izan daitezke.

#### 1.1.1.2. Barne-faktoreak

Barne-faktoreen artean datu soziodemografikoak, harreman sozialak, edota nortasunarekin zerikusia duten ikerketak topatzen ditugu. Oro har, ez da harreman esanguratsurik topatu aldagai soziodemografiko eta neke kronikoaren nahastearen artean (2,9). Hala ere, aldagai zehatzei erreparatuta, badaude balizko loturak proposatzen dituzte ikerketak.

BAME urteari erreparatuta, aztertutako burnout-aren hiru aldagaietan: neke pertsonala, lanari lotutako nekea eta pazienteekiko elkarrekintza nekea (8), lehen edo bigarren urteko egoiliarrek puntuazio altuagoak izan zituzten. Honen harira, Ovejas-López et al. (10)-en ikerketan, bigarren urtetik aurrerako egoiliarretan, burnout-aren

prebalentziaren igoera nabarmena aurkitu zuten hirugarren mailan punturik gorenera iritsita, neke emozional eta despertsonalizazio piko bat deskribatuz.

Mediku egoiliarren generoari erreparatzen badiogu, emakumezkoak gaixoarenganako harremanaren ondorioz, neke-tasa handiagoa aurkezten dute. Gizonezko egoiliarretan, aldiz, neke pertsonala eta lanaren neke-tasa handiagoa topatzen dugu. Gizonezkoen kasuan, gainera, emakumezkoekin alderatuta (% 32,7) (10), Maslach (3)-en despertsonalizazio maila handiagoak topatu dira (% 51,8).

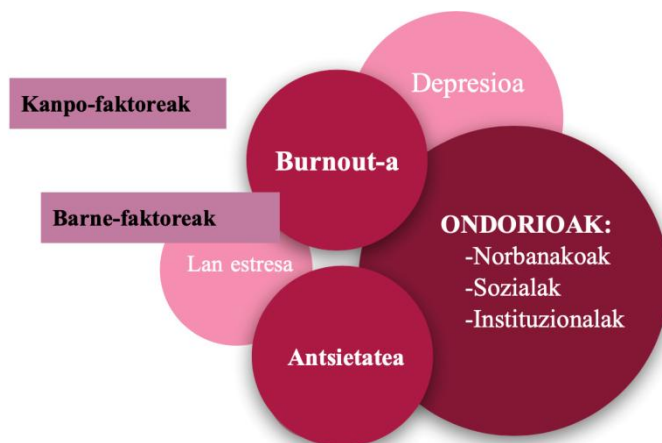
Egoiliarren bizimoduari erreparatuz gero, ez dago tabako, alkohol, edari estimulatzaile eta psikofarmazeutikoen kontsumoa, ez eta, lo-ordu gutxi (“6 ordu”) edo jarduera fisiko gutxi izatearen eta burnout-aren arteko harremanik. Hiru edari estimulatzaile baino gehiago hartuz gero izan ezik (2,10).

Aldiz, dieta zaintzen ez duten egoiliarrek (inoiz ez edo ia inoiz ez) ondoez psikologikoa izateko aukera handiagoa dute beren dieta zaintzen dutela dioten lankideek baino. Aldi berean, sexu-harremanak gogobetegarritzat jotzen dituztenen ondoez psikologikoa ez adierazteko probabilitatea, lau aldiz handiagoa da sexu-harremanak ez-gogobetegarritzat jotzen dituzten egoiliarrekin alderatuz (2).

Giza harremanei erreparatuz gero; familiarekin, bikotekidearekin, lagunekin, osasunarekin edo aisialdiarekin konforme ez daudenen artean, ondoez psikologikoa aurkezten duten egoiliarren ehunekoa handiagoa da. Ondoez psikologikoaren ehunekoa txikiagoa da alderdi horiekin gustura daudenen artean (10). Harrigarria bada ere, ikerketa hauen arabera, aurrekari psikiatrikoak edukitzea, eta tratamendua behar izana, ez dira ondoez psikologikoaren prebalentzia handiagorekin lotzen; baina, osasun mentaleko zerbitzuetan egindako kontsulta kopurua, populazio orokorrekoa baino apur bat handiagoa da (2).

Barne-aldagaien artean, nortasunari erreparatzen dioten ikerketek, detekzio goiztiarra egiten lagundu dezaketen ezaugarriak topatu nahian, neke emozional handiagoa zuten pertsonak deskribatzen saiatu dira. Ikerketek diotenez, burnout-a duten pertsonak ez dira emozionalki egonkorrak, despertsonalizazio markadore altuenak dituzten subjektuak dira ez-egonkorrenak. Era berean, ez ziren hain atseginak, eta ausardia gutxiago zuten.

Bestalde, gainontzeko nortasun-ezaugarri batzuk: adeitasuna, egonkortasuna, arreta jartzea, optimismoa, estrabertsioa... estres kronikoaren aurrean, babesle bezala agertu ziren (11). Garrantzitsua izan daiteke, beraz, antsietate ezaugarriak dituzten pertsonak eta burnout-maila altua dutenen arteko korrelazioa nabarmentzea eta aztertzea.



1.Irudia. Ondorez psikologikoaren kontzeptu eskema.

## 1.2. ANTSIETATEA ETA DEPRESIOA

Asegabetasuna edo ezinegona deskribatzerako garaian hainbat hitz aztertu dira zientzia literaturan: estresa, burnout-a, depresioa, antsietatea, neke psikikoa edo asegabetasuna bera. Behin burnout-aren errebisioa eginda, depresioa eta antsietatearen azterketari ekingo diogu. Bi hauek tratamendua merezi duten buru-nahasteak baitira. Nortasunaren ikerketak abiapuntutzat hartuta, emozionalki ez-egonkorrak diren pertsonak izan dira aztergai.

Populazio orokorra aztertutakoan, 15 urtetik gorako hamar pertsonatik batek baino gehiagok buru osasun-arazoren bat izan du (% 10,8). Espainia mailan, helduen % 6,7-ak antsietate kronikoa aipatzen du, emakumeen % 9,1-ak eta gizonen % 4,3-ak. Depresioa antsietatearen proportzio berean ageri da (% 6,7), bikoitza baino handiagoa izanik emakumeetan (% 9,2) gizonekin alderatuz (% 4) (12).

Antsietatea, oro har, inpotentzia edo beldur sentimendu gisa deskribatzen da. Sarritan, gaixotasun berarekin bizi den kontrol-galeraren sentsazioarekin elkartura egoten da, eta heriotzarekin lotutako sentimenduak eragiten ditu. Antsietate orokorreko nahasmendua oinarri bezala hartuta, antsietatea eta gehiegizko kezka, gutxienez 6 hilabeteko iraupena izan behar du diagnostikoa egin ahal izateko. Pertsonak zaila izaten du sintomatologia kontrolatzea. Nahastea dagoela bermatzeko pertsonak hurrengo sei sintometatik hiru edo gehiago izan behar ditu (horietako bat edo batzuk, gutxienez, 6 hilabeteko baino iraupenarekin): urduritasuna edo pazientzia eza, nekagarritasun erraza, kontzentratzeko edo burua zuri izateko zailtasuna, suminkortasuna, muskulu-tentsioa, edo lo- asaldurak (13).

Aipatu den moduan, BAME prozesua burnout-aren eta buru-osasunaren arazoan (antsietatea eta depresioa) garapenean arrisku faktore bezala agertu daiteke (7). Baieztapen hau kontuan edukita, eta egoilairrengan antsietatea eta depresioa aztertu duten ikerketak aztertuta, prebalentzia desberdinak topatzen ditugu: Peterlini et al. (14)-ek egindako ikerketan, barne-medikuntzako egoiliarren % 26,9-ak antsietate-sintoma maila handiak zituztela ikusi zen, % 55,9-ak maila ertaina eta % 17,2-ak maila apala. Emakume egoiliarrek gizonek baino antsietate eta depresio-maila askoz handiagoa zutela ere ikusi zen ( $p < 0,001$ ). Korrelazio argia aurkituz antsietate eta depresio-egoeren artean ( $R = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ).

Al Atassi et al. (15)-ek egindako ikerketan zirugia maxilofazialeko egoiliarren % 58-ak antsietate-maila ertain/larriak aurkezten zituen, eta inkestatutakoen ia erdiek lorpen pertsonal ertain/baxuen berri eman zuen. Antsietate larria zuten egoiliarrek antsietate txikia zutenek baino % 91-ko probabilitate handiagoa izanda lorpen pertsonal apalen berri emateko. Emakumeek gizonek baino probabilitate handiagoa zuten antsietate larria izateko (% 60-a emakumeetan, % 37-a, gizonetan,  $p < 0,01$ ). Noronha et al. (8)-ek onkologiako egoiliarrekin egindako ikerketan, parte-hartzaileen % 19,3-ak antsietate larria aurkeztu zuen eta % 18,1-ak depresiorako puntuazio ertain/larriak. Neke pertsonal handia eta lanarekin lotutako nekea antsietate eta depresio-maila ertain/larriekin lotzen ditu horrela ( $p < 0,05$ ). Aldiz, ikasturte akademikoaren hasieran eta amaieran antsietate-maila ertaina aurkezten zuten arren, urte bateko ikasketa prozesuan zehar ez zuten aldaketarik adierazi (16).

<p>Peterlini et al. (2002) n=59</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %26,9-ak antsietate maila handiak</li> <li>• %55,9-ak antsietate maila ertainak</li> <li>• %17,2-ak antsietate maila apalak</li> </ul>
<p>Al Atassi et al. (2018) n=238</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• %58-ak antsietate-maila ertain-larriak</li> </ul>
<p>Noronha et al.(2020) n=117</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % 19,3-ak antsietate larria</li> <li>• %18,1-ak depresio ertain-larria</li> </ul>

## 2.Irudia. Antsietatearen ikerketen inguruko prebalentzien sintesia.

Prebalentzia esanguratsu hauek erreferentzi bezala izanda (**2.Irudia**), garrantzitsua da antsietateak kognizioan dituen ondorio kaltegarriak ezagutzea. Antsietateak maila esanguratsuak gainditzen dituenean emozioen kontrol kognitiboa goitik behera murriztu dezakelako, joera kognitiboak okertuz eta funtzio exekutiboak hondatuz. Jarrera sendoa garatzea eta presiopean arrazoizko erabakiak hartzea BAME-en formakuntzaren helburuetako bat bada, erabilgarria litzateke jakitea antsietate moderatuak edo larriak ahalegin horiek zapuzten dituen edo ez; bereziki, egoiliarren formazio hasieran edo formazio prozesuan zehar, ez dagoelako arrisku faktore hauek bahetzeko estrategiarik.

Antsietatearen gailentzea argi dagoen arren, hainbat ikerketek azaleratu dutenaren arabera depresioaren datu kezkarriak ere aurkitzen ditugu BAME-en artean. Antsietate-sintomak depresiotik bereizten zailak izan daitezke, eta biak batera ager daitezke. Depresioa bizitzeko arriskua emakumeen artean 1,5 aldiz handiagoa izan daiteke eta depresio larria 8 aldiz handiagoa (16,17). Aldi berean, depresioarekin lotura estua duten, eta bere buruaz beste egiteko ideien inguruko ikerketek diotenez, medikuntzako ikasleen artean % 1,4 - % 32,3-eko agerpena dute, % 23,24-koa egoiliarren kasuan (18,19).

Oro har, depresioa duten pertsonak modu autokritikoan aztertzen dituzte gertaerak, eta itxaropenik eza, babesik eza, eta hutsaltasun sentimenduak adieraz ditzakete. Gainera, goizean goiz esnatu, egunean zehar aldartea aldatu eta bere buruaz beste egitearen ideiak depresio-nahaste primario batekin lotuta egoten dira. Aldiz,

antsietatea duten pertsonak gehiago arduratzen dira etorkizunean gerta daitekeenaz (18,19).

Gure inguruan, medikuengan, orohar, eta are gehiago, BAME-engan, antsietate-maila altuak egon daitezkeela aurreikusi dezakegu. Bai antsietateak eta bai depresioak medikuaren erabakien akatsen areagotzea, eta formakuntza prozesua alde batera uzteko gogoia handitu dezakeela jakinda, prozesu hauetan sakontzea garrantzitsua izan daiteke. Horrek guztiak zerikusia izan lezake egoiliarren eraginkortasunaren murrizpenarekin, haien buruarekin gustura ez egotearekin eta bere lan-giroarekin.

Gipuzkoan dagoen BAME eskaintza aztertu eta gero, 76 plazetatik 37, familia medikuei zuzenduak dira (Osakidetza, 2020). Ehuneko altua direla kontuan izanda, hauei erreparatzea garrantzitsua iruditu zaigu, eta Gipuzkoako familia mediku egoiliarrak hartu ditugu lagin bezala. Ikerketa honen helburua, beraz, Gipuzkoako familia-mediku egoiliarren antsietate-mailak neurtzea izan da. HADS galdetegiaren bitartez eta ikerketarako sortutako galdetegi kualitatibo baten bitartez. Sintoma hauek formakuntza urtearekin, generoarekin, ospitale-motarekin, espezialitate aukeraketarekiko adostasun maialrekin eta formakuntza denborarekin harremanik ote zuten aztertzeke ere baliatu dugu.

## **2.HELBURUAK**

### **2.1. HELBURU OROKORRA**

Gipuzkoako familia-mediku egoiliarren antsietatearen azterketa kuantitatiboa eta kualitatiboa egitea.

### **2.2. HELBURU ZEHATZAK**

- Antsietatearen eta depresioaren prebalentziak behatu.
- Depresioarekiko diagnostiko diferentziala zehaztu.
- Formazio urte ezberdinen arteko konparaketa gauzatu.
- Ospitale tertziario eta komarkalaren arteko desberdintasunak aztertu.
- Generoen arteko desberdintasunak aztertu.



- Espezialitatearen aukeraketarekiko adostasuna/asebetetzearen eragina aztertu.
- Eraitzen bilakaera aztertu 5 hilabeteren ondoren.

Azken helburu bezala erantzun psikopatologikoak atzematea, ebaluatzea, eta baleude, haiei bide ematea proposatzen dugu. Egoiliarren gogobetetasuna areagotzeko, haien ezinegon subjektiboa murriztea eta etorkizunean giza sufrimendua geldiarazteko balio duten dinamika/tresnak aktibatzea.

### 3. MATERIALA ETA METODOLOGIA

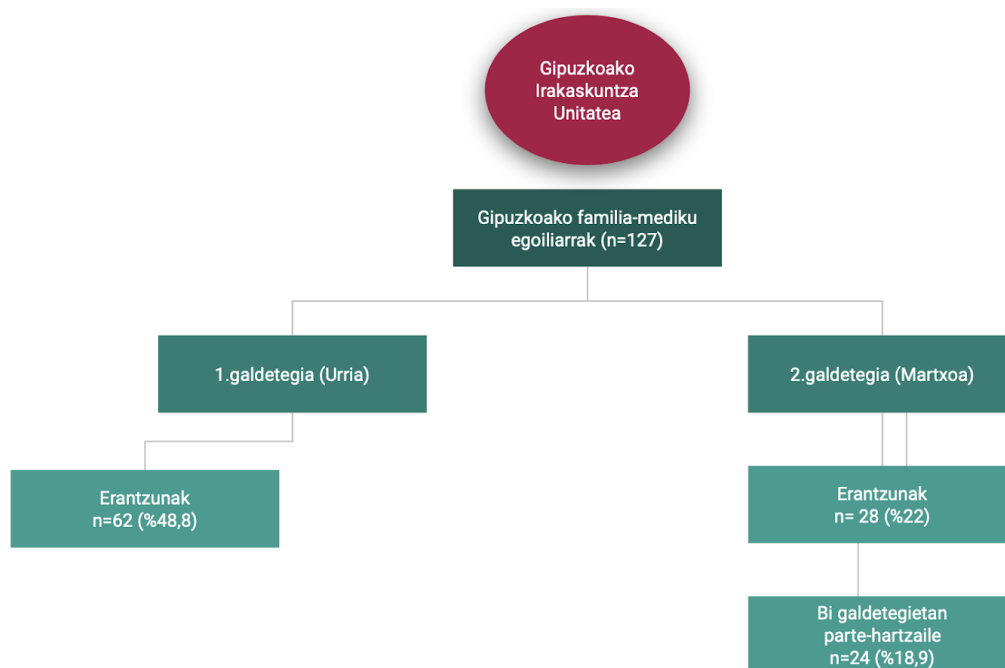
Antsietatearen alderdi kuantitatibo eta kualitatiboak kontuan hartuta ikerketa deskribatzaile eta prospektiboa burutu dugu. Alde batetik, zeharkako inkestak erabili ditugu antsietatearen prebalentzia aztertzeko eta depresioarekiko diagnostiko diferentziala egiteko; Antsietatea aldagai nagusitzat hartuta, generoa, egoiliar urtea eta ospitale-motarekiko harremanak aztertu ditugu. Bestetik, bigarren galdetegi baten bitartez, antsietatearen alderdi kualitatiboak aztertu ditugu; antsietatearen sintomatologia, agerpen egoerak eta espezialitate/formakuntzarekiko harremanak behatuta.

#### 3.1. LAGINA

Formazio 4 urteak eta ospitale komarkal zein tertziarioak kontuan hartuta, Gipuzkoako familia-mediku BAME guztiei egin zaie ikerketan parte hartzeko eskaera (n=127). Galdetegiaren bidalketa email bitartez egin da Familia eta Komunitate medikuntza irakaskuntza-unitatearen Donostiko koordinatzailea den Eulalia Mariñelarena Mañeru-ren eskutik. Hautapen irizpideak honako hauek izan dira: borondatez parte hartzea eta azterketa egin bitartean lanean dauden familia-mediku egoiliarrak izatea.

Lehenengo galdeketaren erantzute tasa % 48,8-koa izan da (62/127). Bigarren aldian % 22-koa (28/127). Orotara 34 parte-hartzaile galdu eta 4 irabazi dira (**3.Irudia**). Ikerketaren parte hartzea borondatezkoa izan da, eta ikerlanaren barruan zegoen edonork nahi edo behar zuenean parte hartzeari uzteko aukera izan du. Parte-hartzaileek ez dute kalterik jasan eta babestuta egon dira une oro. Parte-hartzaileen konfidentziasuna errespetatua izan da “abenduaren 5eko, Datu Pertsonalak

Babesteko eta Eskubide Digitalak Bermatzeko 3/2018 Lege Organikoa” errespetatuz. Ikertzaile nagusiak ez du parte-hartzaileekin inolako loturarik. Subjektuen informazioa datu basera sartzeko kode anonimo bat erabili da.



3.Irudia. Galdetegien erantzute-tasaren diagrama.

### 3.1.1. Arrisku psikologikoaren aurreko protokoloa

Etika komiteak aurreikusitako arrisku psikologikoa kontuan izanda; kontaktu telefono eta email bat ahalbidetu zaie parte-hartzaileei. Behar izatekotan Gradu Amaierako Lanaren zuzendaria den Haritz Esnal Amundarain-ekin kontaktuan jartzeko aukera ere izan dute. Azken honek pertsona horren eskakizuna kudeatzeko ardura hartu zuen.

Horretarako arrisku psikologikoaren balorazio protokolo bat eraiki dugu. Honen arabera ikerketaren inguruko zalantza, eskakizun edo proposamenen bat helaraziz gero, zuzendariak lan-taldeari idatzi eta komunikatzeko ardura hartu zuen. Arazo

edo kezka psikologikoren baten inguruko eskakizun bat izanez gero, ikerketaren lantaldearekin elkarrizketa egiteko aukera emango zaio parte-hartzaileari. Elkarrizketa honen helburua krisi edo larrialdiko egoera baten aurrean ote gaunden baloratzea izango litzateke. Krisi egoera bat afektazio emozional intentso bezala definituta, aurretik diagnostiko bat eduki duen norbaitekin topo egitea esperagarriena litzateke. Aldiz larrialdiko egoera batean ondoez iragankor eta larri baten aurrean aurkituko baginen, berehalako interbentzioa beharrezkoa izango litzateke.

Krisi egoera bat gertatuko balitz, aurretik ezagututako profesionalekin edo osasun mentaleko sarearekin kontaktuan jartzea izango litzateke helburua. Urgentziazko egoera baten aurrean aldiz, inguruko sare soziala alertan jartzea bilatuko litzateke eta psikoterapia zentro desberdinen informazioa eskainiko litzaioke. Behar izatekotan Donostiako Ospitale Unibertsitarioko larrialdietara, edota bere osasun-etxeke larrialdietara bideratuz. Behin laguntza bideratuta, paziente hauen jarraipen estua egingo litzateke. Ikerketan zehar, ez da identifikatu protokolo hau erabiltzea behar zuen egoerarik.

Hala ere, datuen eta ondorioen analisisia egin ostean, egoiliarrei ikerlanaren aurkezpena egin zaie beraiantzat lagungarria izan zitekeelakoan. Aurkezpen hori laguntza eskaintzeko une bezala ere baliatu da.

### 3.2. TRESNAK

Antsietatearen alderdi **kuantitatiboa** HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) eskalaren bitartez neurtua izan da (**1. Eranskina**).

HADS eskala antsietatea eta depresioa inguru ez psikiatrikoan baloratzeko sortu zen eta 12 item-ez osatuta dago. Bere barnean bi azpi-eskala ditu, HADA eta HADD, hurrenez hurren, antsietatea eta depresioa neurtzeko eskalak. Item-en edukiek pazientearen pertzepzio subjektiboari egiten diote erreferentzia, antsietate eta depresio arazoengatik inguruko alderdi psikologikoak aztertuz. Antsietatearen azpi-eskalak antsietate orokortua (tentsioa, kezka, beldurra, izua, erlaxatzeko zailtasunak eta egonezina) ebaluatzen dituen item zehatzak ditu (20). Eskala hauetako item bakoitzak lau erantzun-aukera ditu eta likert eskala baten bidez puntuatzen da 0-3 bitarteko emaitzekin. Puntuazioa osotara 0-21 bitartekoa izan daiteke.

Interpretaziorako ebakitze-puntuak hauek dira: 0 - 7 nahaste falta (antsietate gabea), 8 - 10 zalantzazko kasua (antsietate ertaina), eta 11 edo gehiagoko puntuazioa nahaste mailako antsietatea/depresioa.

Galdetegi hau Zigmond eta Snaith (1983) egileek sortu zuten eta espainiar balidazioa Caro eta Ibañezek (1992) egin zuten (20). Euskarazko bertsioa proiektu honetarako egin da, zehazki. Ez dago balidazio ofizialik (**2.Eranskina**). Oro har, fidagarritasuna eta baliozkotasuna egokiak dira. 0,70-eko baliagarritasun koefizientea du, eta fidagarritasunari dagokionez, azpieskala bakoitzerako Cronbachen alfa koefizientea 0,80-koa da. Galdetegiak barne-trinkotasun handia (0,83 eta 0,85 arteko alfak), retest testaren fidagarritasun handia ( $r=0,75$ ) eta balio konbergente egokia ( $p < 0,05$ ) erakutsi ditu. Gainera, 0,74 eta 0,84 arteko sentikortasun-mailak erakutsi ditu, 0,78-0,80 bitarteko espezifikotasuna erakutsiz (21,22).

Galdetegi **kualitatiboa egiteko**, lan-taldeak sortutako galdetegi bat erabili da. Galdetegi hau bi bloketan banatu dezakegu. Lehenengo blokean, lanarekiko konfiantza/segurtasuna eta antsietatearen inguruan galdetzen duten bi galdera misto ditugu, eskala numerikoa (oso txikitik 1-2-3-4-5 handira) eta galdera irekiarekin uztartuta. Honen jarraian galdera ireki bat jarri dugu, sintoma hauei aurre egiteko estrategien inguruan. Bestalde, antsietatearen sintoma emozionalak, fisikoak eta kognitiboak ebaluatu dira banan-banan, maiztasuna (inoiz ez/noizean behin/askotan) eta agerpen momentua kontuan hartzeko (guardia bezperan, guardia bitartean, guardia ostean, kontsultan, larrialdietan, saio-klinikoetan, beste egoera batean). Hau baloratzeko, eta zein unetan agertzen ziren zehazteko, hiru eskala nominal erabili dira, erantzun anitzeko hiru galdez lagunduta.

Bigarren blokean, laguntza psikologikoa jasotzearen inguruko bi galdera ireki proposatu dira eta familia-mediku espezialitatearen hautaketa/formakuntza prozesuaren inguruko beste 6 galdera ireki. Bai euskaraz, bai gazteleraz egin da galdetegi kualitatiboa (**3. eta 4. Eranskinak**).

Gainontzeko aldagaiak neurtzeko asmoz, datu bilketa zabala egin da: adina, generoa, egoiliar urtea eta erreferentziazko osasun zentroaren aldagaiak kontuan hartuz.

Bigarren galdetegia 5 hilabeteren buruan bidali zaie. Hasierako blokean identifikazioa kodea eta HADS eskala betetzea eskatu diegu. Galdetegi kualitatiboari dagokionez, erosoago izateko xedez eta aldaketen neurketa zehatzagoa egin nahian, eredu laburrago aurkeztu zaie. Aurreko galdetegitik aldaketarik somatu duten galdetu zaie amaieran, baita lagungarria suertatu ote zaien ere (**5. eta 6. Eranskinak**).

### 3.3. IKERKETAREN ALDAGAIK

Ikerketan zehar agertu diren aldagaiak ugari izanik ere, hauek dira aztergaitzat ditugunak:



4. Irudia. Aztertutako aldagaien eskema.

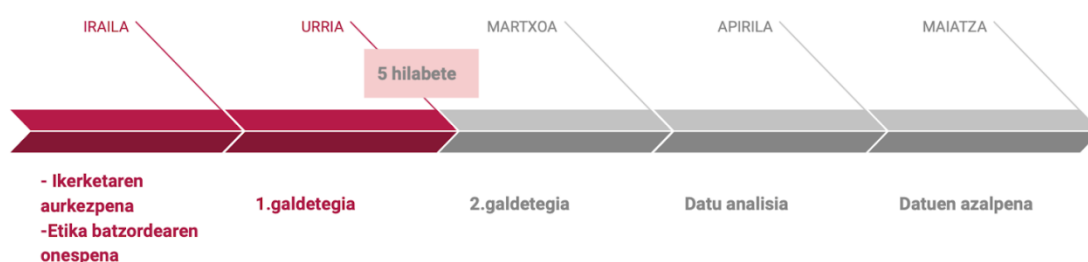
### 3.4. PROZEDURA

Lehen mailako Gipuzkoako familia-mediku BAME-ei ikerketaren nondik norakoak aurrez-aurre aurkeztu zitzaizkien, Donostiako Ospitale Unibertsitarioaren harrera bileretako bat probestuz. Egoera esperimental berdintsua mantendu nahian, bigarren, hirugarren eta laugarren mailako Gipuzkoako familia-mediku BAME-ei bideo bidez egin zaie proiektuaren aurkezpena. Horren ostean, email bitartez luzatu zaie galdetegia betetzeko proposamena testu bidezko azalpen labur batekin. Erreklutamendua, Familia eta Komunitate medikuntza irakaskuntza-unitatearen Donostiako koordinatzailea den Eulalia Mariñelarena Mañeru-k egin du.

2020-ko Urrian eta 2021-ko Martxoan bidali zitzairen galdetegia, eta parte-hartzea bultzatu nahian, hamabost eguneko epean bi aldiz bidali zitzairen emaila. Ikerketaren helburua azaldu eta partaidetza anonimoari buruzko informazioa eman. Galdetegia betetzeko google formularioak erabili dira, laginaren ezaugarriak kontuan edukita ez baitzen ingurune digitalera sartzeko arazorik aurreikusten; Aldi berean, erantzunen berehalako kontrola eskaintzen du.

Laginaren azterketa deskribatzailea joera zentralerako neurrien bidez egin da. HADS testeko puntuazioaren batura kalkulatu da, eta partaideak ebaketa-puntuen arabera sailkatu dira. Antsietatearen prebalentzia beste aldagaiekin (generoa, erreferentziazko ospitalea, egoiliar-urtea eta espezialitate aukerarekiko adostasuna) duen harremana aztertzeko Pearson-en Chi-karratuaren froga estatistikoa baliatu da. Antsietatearen denboran zeharreko bilakaera aztertzeko T Student froga erabilia izan da. Aipatutako azterketa guztiak SPSS programa estatistikoari esker burutu dira eta galdutako baloreak kontutan izan dira. Kasu guztietan p-ren 0,05 balioa baino txikiagoa den esangura onartu da.

Ikerketa amaieran parte-hartzaileei ikerketaren emaitzen berri eman zaie. Ikerketaren emaitzez aparte, bizipenak elkarbanatzeko parada eta laguntza psikologikoaren inguruko aholkularitza jasotzeko aukera izan dute.



#### 5.Irudia. Ikerketa prozesuaren kronograma.

Ikerlan hau EHU-ko erantzukizun zibileko aseguruaren harpidetzapean egin da (zenbakia:82312627) (**7.Eranskina**). Hortaz, lana egiteko onespena eskatuko zaio

CEISH-ri (Gizakiekin erlazionatutako ikerlanen etika batzordea) eta Gipuzkoako Osakidetzako komite etikoari (**8. eta 9. Eranskinak**).

## 4. EMAITZAK

### 4.1. ANALISI KUANTITATIBOA

#### 4.1.1. Lagina

Lehen galdetegiaren lagina 62 pertsonen osatu dute. Adin batzbestekoa 27,21 urtekoa izan da, 25-35 urte bitarteko aldakortasunarekin. Emakumezkoen proportzioa % 85,2-koa izan da (n=52) eta gizonezkoena % 14,8-koa (n=9). Parte-hartzaile batek ez du galdera hau erantzun.

Egoiliar urteari dagokionez, gehiengoa lehenengo urteko egoiliarrak izan dira (% 39,3, n=24), bigarren eta laugarren urtekoetaz segidan (% 24,6, n=15 eta % 23, n=14, hurrenez hurren). Parte hartze txikiena hirugarren mailako egoiliarrek izan dute (%13,1 n=8). Egoiliarren gehiengoa Donostiako Ospitale Unibertsitarioa du erreferentziatzat (% 77,4), ia portzentai berdinetan mantenduz Mendaro, Zumarraga eta Bidasoa-ko ospitaleak (% 6-8) (**1.Taula**).

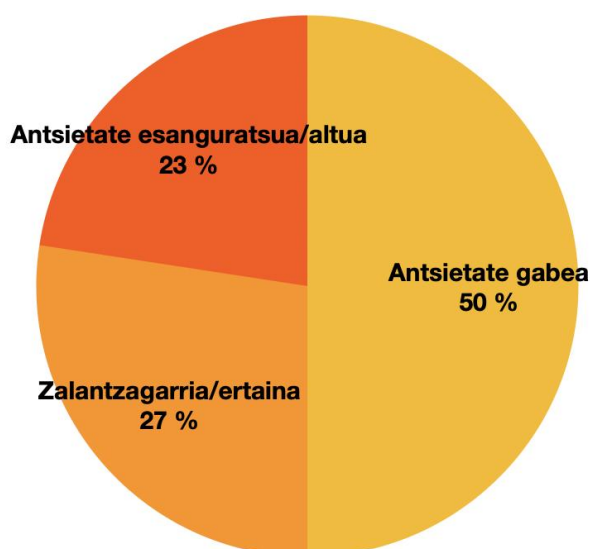
1.Taula. Laginaren maiztasun taula (1.galdetegia).

		Kontaketa	N-aren %
Erreferentziazko ospitalea	DONOSTIA	48	77,4%
	BESTEAK	14	22,6%
	Guztira	62	100,0%
Egoiliar urtea	E1	24	39,3%
	E2	15	24,6%
	E3	8	13,1%
	E4	14	23,0%
	Guztira	61	100,0%
Generoa	EMAKUMEZKOA	52	85,2%
	GIZONEZKOA	9	14,8%
	Guztira	61	100,0%

Bigarren galdetegiaren lagina 28 pertsonen osatu dute. Horietariko lau parte-hartzaile berriak ziren, beraz bi galdetegiak erantzun zituzten 24 pertsona ditugu osotara.

#### 4.1.2. Antsietatea eta depresioa: HADS

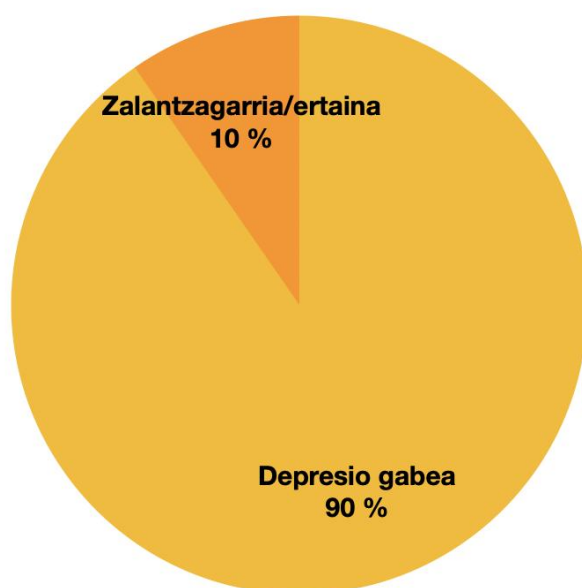
Galdetegiaren lehenengo faseari dagokionez eta antsietatearen eskalari erreferentzia eginez (HADA), laginaren 14 pertsonen (% 23ak) antsietate-maila esanguratsuek lortu dituzte eta 17 pertsonen (% 27-a) maila ertain edo zalantzarriak. Laginaren %50-ak (n=31) antsietate-maila ertain/altuak adierazten ditu. Antsietate-mailaren batzbestekoa 7,93 puntukoa (DE=3,040) izan da (**2.Taula**). Puntuazioen aldakortasuna 2-16 bitartekoa da.



6.Irudia.Antsietatearen prebalentzia diagrama (1.galdetegia).

HADD azpieskalari dagokionez maila baxuagoak aurkitu dira, 6 pertsonen (% 10-a) sintomatologia maila ertaina aurkeztu dute, 3,69 puntuko batzbesteko orokorrarekin. Puntuazioen aldakortasuna 0-9 bitartekoa izan da.





7.Irudia.Depresioaren prebalentzia diagrama (1.galdetegia).

Aipagarria da, 5 pertsonen bi eskaletan maila ertain edo esanguratsuak izan dituztela, bai antsietate alorrean eta bai depresio alorrean.

Galdetegiaren bigarren faseari dagokionez 5 pertsonen (% 21-a) lortu dituzte antsietate-maila esanguratsuak eta 6 pertsonen maila ertain edo zalantzarriak (% 25-a). Antsietate-mailaren batzbestekoa 7,75-koa izan da ( $DE=2,786$ )(2.Taula). HADA alderdiari dagokionez maila baxuagoak aurkitu dira, soilik 3 pertsonen (% 12,5-a) aurkeztu dute sintomatologia maila ertain bat, 4,45 puntuko batzbestekoarekin. Depresioan balore altuak eman duten pertsonen, antsietate-maila altua zuten ere bai.

2.Taula. Laginaren estatistikoak (HADA).

Laginaren estatistikoak				
	N	Batzbestekoa	Desbiderapen estandarra	Errore batzbesteko estandarra
HADA 1.galdetegia	62	7,94	3,040	,386
HADA 2.galdetegia	24	7,75	2,786	,569

### 4.1.3. Antsietatea eta beste aldagaiekiko harremana

#### 4.1.3.1. Kontingentzi taulak

Egoiliar urtearen kontingentzia taula aztertuta (**3.Taula**), argi ikus dezakegu, 4.mailako eta 1.mailako egoiliarrak antsietate altuko ehuneko altuenak dituztela (% 35,7 eta % 25, hurrenez hurren). Taula orokorrean ehuneko altuena antsietaterik gabeko bigarren mailako egoiliarretan topatzen dugu (% 66,7-koa).

#### 3.Taula. Antsietatea-Egoiliar urtea.

Taula gurutzatua HADA (1) eta Egoiliar urtea

			Egoiliar urtea				Guztira
			E1	E2	E3	E4	
HADA 1	Antsietaterik ez	Kontaketa	12	10	3	5	30
		% Egoiliar urtearen barruan	50,0%	66,7%	37,5%	35,7%	49,2%
	Antsietate ertaina	Kontaketa	6	3	4	4	17
		% Egoiliar urtearen barruan	25,0%	20,0%	50,0%	28,6%	27,9%
	Antsietate altua	Kontaketa	6	2	1	5	14
		% Egoiliar urtearen barruan	25,0%	13,3%	12,5%	35,7%	23,0%
Guztira	Kontaketa	24	15	8	14	61	
	% Egoiliar urtearen barruan	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Erreferentziazko ospitaleen datuak aztertuta, ehuneko antzekoak topatzen ditugu antsietate-maila altuetan, % 22,9-koa Donostiako Ospitale Unibertsitarioa erreferentziazat dutenengan eta % 21,4-ekoa Mendaro, Bidasoa eta Zumarragoko ospitalea erreferentziazat dituztenengan. Taula orokorra ikusita ehunekorik altuena antsietarik ez duten hospitale txikiko egoiliarrengan aurkitzen dugu (**4.Taula**).

## 4.Taula. Antsietatea-Erreferentziako ospitalea.

Taula gurutzatua HADA (1) eta Erreferentziako ospitalea

			Erreferentziako ospitalea		Guztira
			DONOSTIA	BESTEAK	
HADA 1	Antsietaterik ez	Kontaketa	23	8	31
		% Erreferentziako ospitalearen barruan	47,9%	57,1%	50,0%
	Antsietate ertaina	Kontaketa	14	3	17
		% Erreferentziako ospitalearen barruan	29,2%	21,4%	27,4%
	Antsietate altua	Kontaketa	11	3	14
		% Erreferentziako ospitalearen barruan	22,9%	21,4%	22,6%
Guztira	Kontaketa	48	14	62	
	% Erreferentziako ospitalearen barruan	100,0%	100,0%	100,0%	

Generoaren aldagaia aztertuta, antsietate maila altuetan gizonezko eta emakumezko ehuneko antzekoak topatzen ditugu (% 22,2 eta % 23,1, hurrenez hurren). Taulako ehuneko altuenari erreparatuz gero, antsietaterik gabeko gizonezkoetan aurkitzen dugu (% 55,6-koa) (**5.Taula**).

## 5.Taula. Antsietatea-Generoa.

Taula gurutzatuak HADA (1) eta Generoa

			Generoa		Guztira
			EMAKUMEZKOA	GIZONEZKOA	
HADA 1	Antsietaterik ez	Kontaketa	25	5	30
		% Generoaren barruan	48,1%	55,6%	49,2%
	Antsietate ertaina	Kontaketa	15	2	17
		% Generoaren barruan	28,8%	22,2%	27,9%
	Antsietate altua	Kontaketa	12	2	14
		% Generoaren barruan	23,1%	22,2%	23,0%
Guztira	Kontaketa	52	9	61	
	% Generoaren barruan	100,0%	100,0%	100,0%	

Depresioa eta antsietatearen arteko harremana aztertzerakoan, depresio gradu ertaina aurkeztu dutenen artean, % 50-ak antsietate altua ere adierazi duela ikusten dugu. Ehunekorik altuena antsietaterik eta depresiorik ez duten egoiliarrengan topatuz (% 53,6) (**6.Taula**).

6.Taula. Antsietatea-Depresioa.

Taula gurutzatua HADA (1) eta HADD (1)

		HADD 1		Guztira	
		Depresiorik ez	Depresio gradu ertaina		
HADA 1	Antsietaterik ez	Kontaketa	30	1	31
		% HADD 1-en barruan	53,6%	16,7%	50,0%
	Antsietate ertaina	Kontaketa	15	2	17
		% HADD 1-en barruan	26,8%	33,3%	27,4%
	Antsietate altua	Kontaketa	11	3	14
		% HADD 1-en barruan	19,6%	50,0%	22,6%
Guztira	Kontaketa	56	6	62	
	% HADD 1-en barruan	100,0%	100,0%	100,0%	

Espezialitatearen aukeraketaren erabakia aztertzerakoan portzentai altuenak antsietate altua eta erabaki zalntzagarria, antsietaterik ez eta aukeraketarekiko baikorrak eta antsietaterik ez eta erabakiarekiko desadostasuna aurkezten dutenenngan topatzen dugu, %50-ekoa izan da kasu guztietan (**7.Taula**).

## 7.Taula. Antsietatea-Espezialitate aukeraketarekiko adostasuna.

Taula gurutzatua HADA (1) eta Espezialitate aukeraketarekiko adostasuna

			Aukeraketarekiko adostasuna			Guztira
			BAI	EZ	ZALANTZAN	
HADA 1	Antsietaterik ez	Kontaketa	25	3	1	29
		% Aukeraketarekiko adostasunaren barruan	50,0%	50,0%	25,0%	48,3%
	Antsietate ertaina	Kontaketa	14	2	1	17
		% Aukeraketarekiko adostasunaren barruan	28,0%	33,3%	25,0%	28,3%
	Antsietate altua	Kontaketa	11	1	2	14
		% Aukeraketarekiko adostasunaren barruan	22,0%	16,7%	50,0%	23,3%
Guztira	Kontaketa	50	6	4	60	
	% Aukeraketarekiko adostasunaren barruan	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

## 4.1.3.2. Pearson-en Chi-karratua

Behin taula gurutzatuen begi-bistako datuak aztertuta, antsietatea eta gainontzeko aldagaien arteko harreman estatistikoa aztertzeko Pearson-en Chi-karratuaren froga erabili da. Aldagai kategoriekoetan erabilitako froga da. Hipotesi nuluan aldagaien arteko independentzia dagoela onartzen da, ordezeko hipotesi bezala aldagaien arteko harremana dagoela onartuta. Hortaz, aldagaien arteko harremana dagoela bermatzeko  $p < 0,05$  -eko esanguratsutasun maila onartuko da soilik.

Aztertutako aldagaiaen artean **ez da harreman esanguratsurik topatu**, kasu guztietan  $p$  baloreak finkatutako akatsa baino altuagoak dira (**8.Taula**):

- Antsietatea /generoaren arteko harremana dagoenik ezin dugu onartu ( $\chi^2= 0,210$ ,  $p=0,900$ ).
- Antsietatea/egoiliar urtearen arteko harremana dagoenik ezin dugu onartu ( $\chi^2= 5,509$ ,  $p=0,480$ ).
- Antsietatea/ospitale-motaren arteko harremana dagoenik ezin dugu onartu ( $\chi^2= 0,432$ ,  $p=0,806$ ).
- Antsietatea eta espezialitatearen aukeraketarekiko adostasunaren arteko harremana dagoenik ezin dugu onartu ( $\chi^2= 1,925$ ,  $p=0,750$ ).

- Antsietatea eta depresioaren arteko harremana dagoenik ezin dugu onartu ( $\chi^2= 3,773$ ,  $p=0,152$ ).

8.Taula. Chi-karratu frogaren sintesi taula (10.Eranskina).

HADA (1)	Pearson-en Chi-karratua	ag	Esangura maila
Generoa	0,210	2	0,900
Egoiliar urtea	5,509	6	0,480
Erreferentziazko ospitalea	0,432	2	0,806
Espezialitate aukeraketarekiko adostasuna	1,925	4	0,750
Depresioa	3,773	3	0,152

#### 4.1.3.3. T student froga

HADS galdetegiaren antsietate emaitzak 5 hilabeteko tartearekin konparatzeko asmoz Binakako laginen T student froga erabili da. Bertan bi galdetegiak erantzun dituzten subjektuen emaitzen batzbestekoak ( $n=24$ ) alderatu dira formakuntza aurrera joan ahala desberdintasun esanguratsuak dauden aztertu ahal izateko.

Datuetan (**9.Taula**) ikus daitekeenez, antsietate mailaren batzbestekoaren jeitsiera bat agertzen da 5 hilabeteren ostean. Baina hori esanguratsua den jakin ahal izateko froga gehiago behar ditugu.

9.Taula. Binakako laginen batzbesteko estatistikoak.

		Binakako laginen estatistikak			
		Batzbestekoa	N	Desbiderapen tipikoa	Errore estandarraren batzbestekoa
1. pareta	HADA 1.galdetegia	8,17	24	3,226	,658
	HADA 2.galdetegia	7,75	24	2,786	,569

Azkenengo taula honetan azaltzen diren datuekin(**10.Taula**), ezin dugu hipotesi nulua baztertu, hau da, ezin dugu bi batzbestekoen arteko desberdintasun esanguratsua dagoenik baieztatu. Alde batetik,  $p > 0,05$ -eko baloreak dituelako eta konfiantza tartearen barnean  $[-0,731-1,564]$  zeroa aurkitzen delako. Hortaz, ezin dugu baieztatu 5 hilabeteko antsietatearen neurketen batzbestekoen arteko desberdintasun esanguratsurik dagoenik.

10.Taula. T Student frogaren taula.

		Binakako laginen froga							
		Binakako desberdintasunak			Diferentziaren %95-eko konfiantza-tartea		t	ag	Esangura-maila (aldebikoa)
		Batzbestekoa	Desbiderapen tipikoa	Errore estandarraren batzbestekoa	Behe-mailakoa	Goi-mailakoa			
1. pareta	HADA 1.galdetegia - HADA 2.galdetegia	,417	2,717	,555	-,731	1,564	,751	23	,460

## 4.2. ANALISI KUALITATIBOA

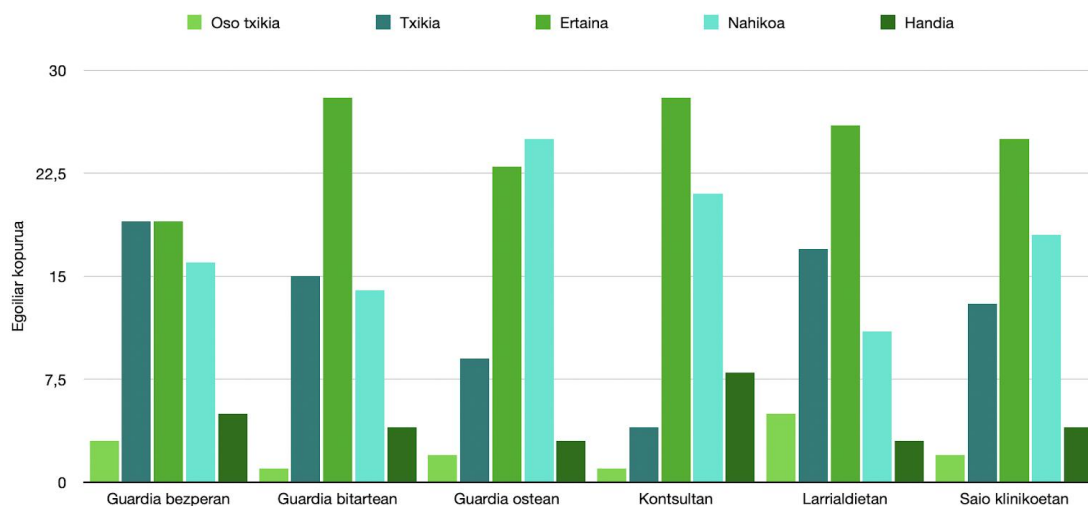
### 4.2.1. Konfiantza/Segurtasun maila

Egoiliarren egunerokotasuneko egoera desberdinetan (guardia bezpera, guardia bitartean, guardia ostean, kontsultan, larrialdietan eta saio klinikoetan) sentitzen duten konfiantza edo segurtasun mailaren inguruan galdetu zaie galdetegi kualitatiboan.

Orokorrean konfiantza/segurtasun maila txiki-ertainak gailentzen dira egoera hauetan: guardia bezperan, guardia bitartean eta larrialdietan (**8.Irudia**).

Konfiantza/segurtasun maila altuagoak (maila ertain/nahikoak) aurkituz guardia ostean, kontsultan edo saio klinikoetan. Orokorrean hartuta konfiantza maila ertain-altuenak kontsultan agertu dira.

#### 8.Irudia.Konfiantza/Segurtasun maila.



Bigarren galdetegian, emaitza nahiko antzekoak aurkitu dira esparru honetan. Konfiantza maila ertainak egoera guztietan aurkitu dira, kontsultan izan ezik, non maila altuago bat gailentzen da. Orokorrean hartuta konfiantza maila ertain-altuenak kontsultan agertu dira.

Egoera hauen inguruko deskribapen edo azalpen garatuago bat emateko aukera eman zaie. Erantzuna garatu dutenen artean, konfiantza/segurtasun maila txiki-ertainak jakintza mailarekin edo esperientzia faltarekin lotzen dituzte, formakuntzaren prozesuaren hasieran aurkitzen baitira batzuk, 1.mailako egoiliarrak hain zuzen.

Beste batzuek adjuntoekiko edo lan-taldeaarekiko harremanean kokatzen dute konfiantza/segurtasun falta; “ingurukoek esaten/pentsatzen dutenaren”, “diagnostikoaren egokitasunaren” edo “iritzi desberdintasunaren” beldurrean zentratuz. Aldi berean, beste momentu gako batzuk aipatzen dituzte, non errespetua eta urduritasuna paper garrantzitsua hartzen duten: “jarrera autoritarioak”, “gehiago



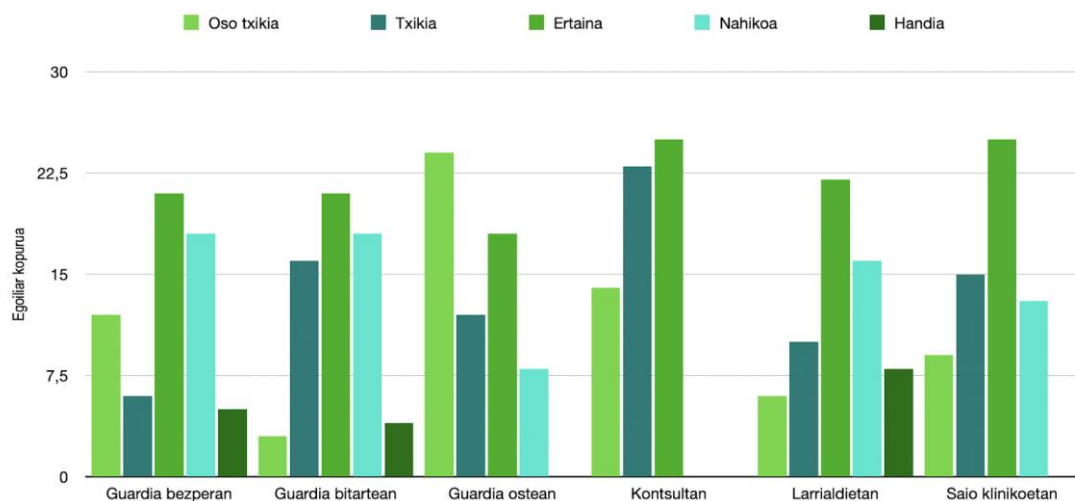
dakien norbaitekin kasuak edo erabakiak komentatu behar izatea”, “galderak egiteko ez-jakintasuna”. Egoera berriei eta paziente kopuru/lan-karga handiari ere egiten diote erreferentzia, gehienbat urgentzietako egoeretan zentratuz. Antsietatea, beldurra, pandemia, ez-jakintasuna eta ziurgabetasunaren kontzeptuak ere aipatu dira konfiantza/segurtasunari lotuak.

#### 4.2.2. Antsietatearen autopertzeptzioa

Aurretik aipatutako egoeretan (guardia bezpera, guardia bitartean, guardia ostean, kontsultan, larrialdietan eta saio klinikoetan) pertzibitutako antsietatearen inguruan galdetu zaie oraingoan.

Guardia bezperan, guardia bitartean eta larrialdietan antsietate-maila ertain-nahikoak agertu dira (**9.Irudia**). Kontsultan eta saio klinikoetan antsietate-maila txiki-ertainak topatuz. Guardia ostean aldiz, polarizatutako emaitzak aurkitzen ditugu, maila oso txikiak eta ertainak gailentzen baitira. Baina datuak modu orokorrean aztertuta, maila ertain-atuenak larrialdietan aurkitzen ditugu.

#### 9.Irudia.Antsietatearen pertzeptzioa.



Bigarren galdetegiari dagokionez, antzeko emaitzak topatzen ditugu. Antsietate-maila ertainak guardia bezperan, guardia bitartean, larrialdietan eta saio klinikoetan

aurkitzen ditugu. Maila txiki edo oso txikiak topatuz guardia osteko egoeretan edo kontsultetan. Datuak modu orokorrean aztertuta, maila ertain-atuenak larrialdietan aurkitu dira.

Egoera hauen inguruko deskribapen garatuago bat emateko aukera eman zaie ere bai. Antsietatea eta beldurraren agerpena guardiaren bezperan deskribatu dute askok. Beste batzuek aldiz, guardian bertako erritmoari leporatzen diote sintomatologia, “erritmoa jaistean emozio guzti horien azaleratzea” deskribatuz. Sintoma hauen kontzientzia falta aipatzen dute ere bai.

Aldi berean, azkenengo guardiatik pasatako denbora aipatzen dute antsietatearen agerpenaren arrisku faktore bezala. Zenbat eta denbora gehiago pasa guardia bat eta bestearen artean bezperako antsietate horren aurrerapena bizi baitute batzuk, 2-3 eguneko iraupena duen antsietatea deskribatuz. Bestalde guardia osteko segurtasun falta edo antsietatea “guardia nolako izan den”-aren arabera deskribatzen dute; “pazienteeekin nola ikusi duten bere burua”, edo lankideen konparaketan “gehiago dakitenaren sentsazioak”, “gehio lan egin dutenaren sentsazioak” baldintzatuta. Saio klinikoei dagokionez, jendearen aurrean hitz egiteko beldurra aipatzen dute ere.

Azkenengo urteko egoiliarrek kontsulta aurretiko antsietatearen inguruan hitz egiten dute, denboraren kudeaketa ezegokiaren beldurrari erreparatuz bereziki. Covid-19 egoera ere aipatzen dute batzuk, lan-karga handiari erreferentzia eginez eta pandemiaren ondoriozko formakuntzaren bigarren mailako posizioa aipatuz.

Hala ere, antsietatea funtzionala bezala deskribatzen duen jendea ere badago, akatsen aurrean alertan egoteko modu bezala ikusten dutenak alegia.

#### **4.2.3. Antsietateari aurre egiteko estrategiak**

Deskribatutako antsietate honen aurrean dituzten tresnak edo trikimailuen inguruan galdetu zaie. Bai guardia bezperan eta bai guardia ostean kirola egitearen ideia (korrika, yoga...) gailendu da. Honen ostean medikuntzarekin zerikusia ez duten beste aktibitateak aipatu dituzte, hala nola, lagunekin/familiarekin egon, “egoera antzekoan bizi den jendearekin hitz egin”, serieak/pelikulak ikusi, irakurri, inkestak bete, bideojokoetan aritu, sukaldatu, musika entzun edo musika jo, erosketak egin, poesia idatzi, mozorrotu-clown egin.

Neurri higieniko-dietetiko bezala ohera goiz joan, errutina bat jarraitu, belar lasaiagarriak-infusioak hartu eta erlaxazio ariketak (mindfulness, meditazioa...) aipatu dira. Pertsona batek medikazioa aipatzen du (lorazepam), noizbehinkako lagungarri bezala.

Gutxi batzuk ikastea aipatzen dute, antsietate edo konfiantza galera horri aurre egiteko estrategia bezala. Mekanismo kognitiboei dagokionez pentsamenduen ebitazioa edo pentsamenduaren razionalizazioa aipatzen dituzte.

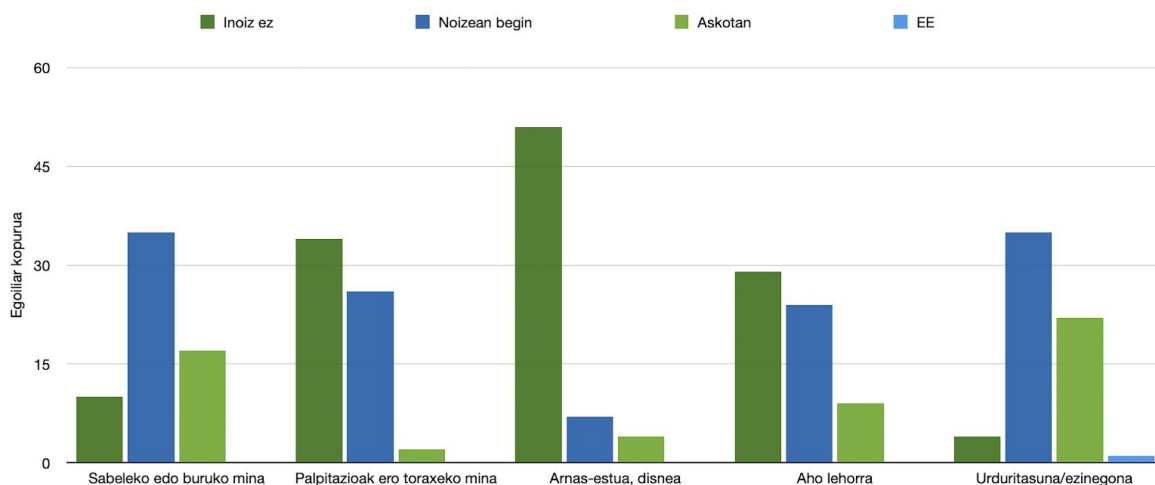
Momentuan bertako estrategiei begira: arnasa sakon hartu, lasaitu, hotzean pentsatu gertatutakoaren inguruan eta naturarekin kontaktua bilatzearen (leihoen bitartez edo kalera ateraz) ideiak apaitu dira. Guardia osterako planak antolatzen dituztela diote batzuk, motibazio funtzioa burutzeko helburuarekin.

#### 4.2.4. Antsietatearen sintomak

Antsietatearen sintoma zehatzen inguruan galdetu zaie honen ondoren. Sintoma fisikoak, kognitiboak eta emozionalak desberdinduz.

**Sintoma fisikoei** dagokionez sabel edo buruko mina eta urduritasuna/ezinegona izan dira gehien agertu diren sintomak (**10.Irudia**). Laginaren gehiengoak noizean behin edo askotan pairatu dituela adierazi baitzuen. Arnas-estua edo disnea aldiz, gutxien pertzibitutako sintoma izan da.

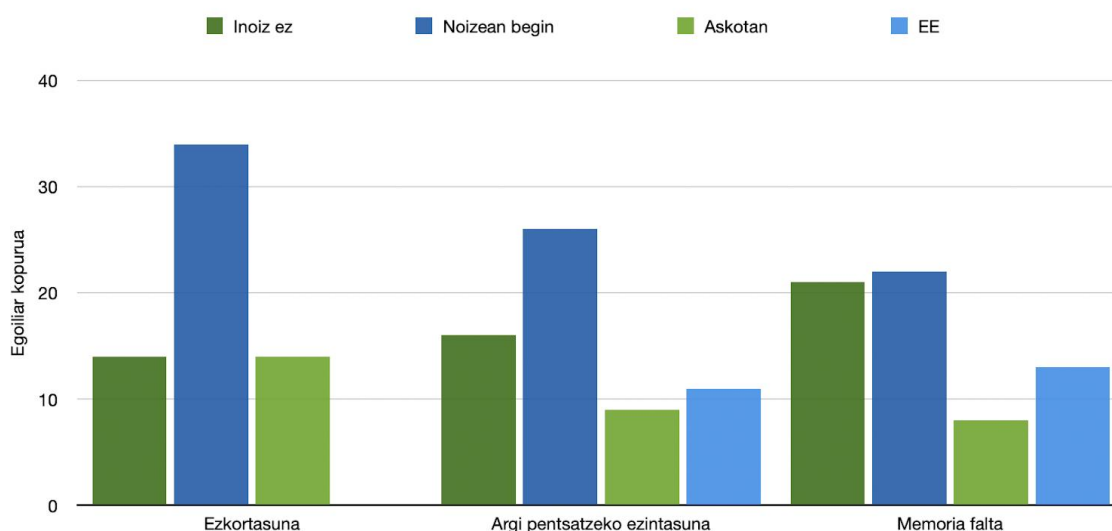
#### 10.Irudia. Antsietatearen sintoma Fisikoak.



Sintoma fisiko hauek zein egoeretan (guardia bezpera, guardia bitartean, guardia ostean, kontsultan, larrialdietan eta saio klinikoetan) agertzen diren galdetzerakoan, % 71-ak guardia bitartean somatu dituela adierazi du. Horren ondoren guardia bezpera eta larrialdiak gailenduz. Maiztasun baxuena kontsultan agertu da. Modu irekian bi pertsonak pandemiaren hasieraren ondorioz garatutako sintomatologia bezala deskribatu dute.

**Sintoma kognitiboei** dagokionez, gehien agertzen den sintoma ezkortasuna da, “noizean behin” izan da gehien aukeratutako erantzuna (**11.Irudia**). Jarraian argi pentsatzeko ezintasuna eta memoria falta agertuz.

#### 11.Irudia. Antsietatearen sintoma kognitiboak.

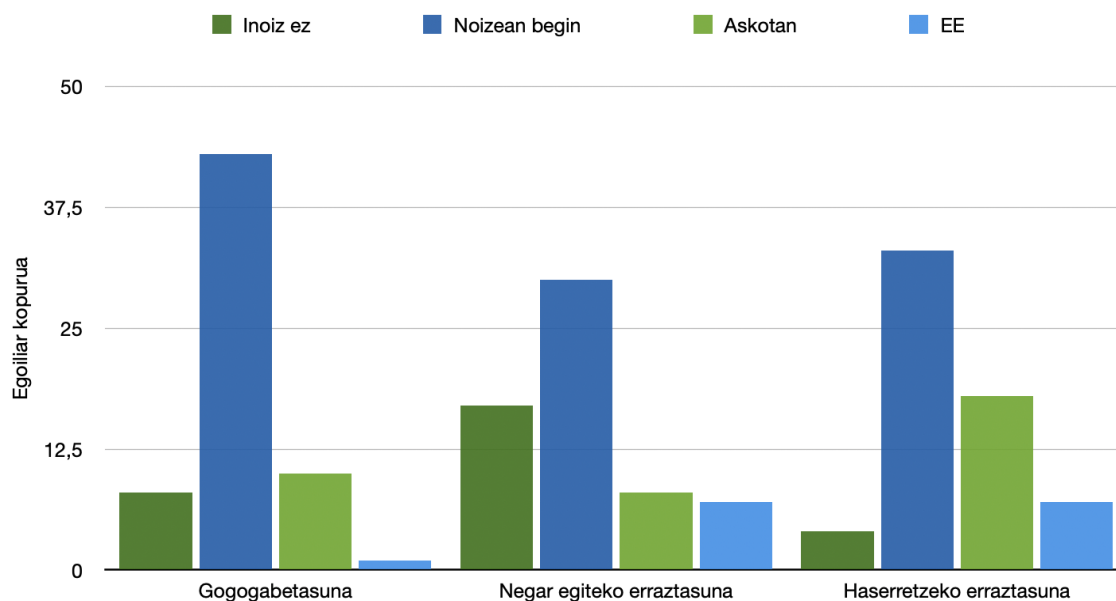


Zein egoeratan agertzen diren galdetuz gero, guardia bitarteko egoera izan da gehien errepikatutako egoera, laginaren % 72-ak horrela zehaztuta. Honen jarraian guardia bezpera eta larrialdiak agertzen dira. Gutxien aipatutako egoerak kontsultak eta saio-klinikoak izan dira. Modu irekian pandemiaren hasieraren ondorioz garatutako sintomatologia bezala deskribatu du ere pertsona batek.

Antsietatearen **sintoma emozionalen** inguruan galdetuta, egoiliarren gehiengoak gogogabetasuna azpimarratu du sintoma nagusitzat, noizean behin sentitzen dutela

adieraziz (**12.Irudia**). Haserretzeko erraztasuna eta negar egiteko erraztasuna maiztasun gutxiagorekin agertu dira.

#### 12.Irudia. Antsietatearen sintoma emozionalak.



Agerpen egoerei erreparatuta, % 58-ak guardia ostean agertzen direla adierazi dute. Honen ostean guardia bitarteko eta guardia bezperako egoerak aipatuz. Gutxien aipatutakoak kontsulta eta saio-klinikoak izan dira. Modu irekian egoera pertsonalari lotutako sintomatologia bezala eta pandemiari lotutako sintomatologia bezala deskribatu dira ere.

Bigarren galdetegian, maiztasunaren aldetik emaitza antzekoak topatu dira hiru sintomatologia bloketan eta sintomen agerpen egoeren inguruan hurrenkera antzekoa ere.

#### 4.2.5. Laguntza psikologikoa

Behin laginaren ezaugarriak eta antsietate-mailak, sintomak eta egoerak aztertuta. Laguntza psikologikoa jasotzearen prestutasunaren inguruan galdetu zaie egoiliarrei. Laguntza eskatzeko beharrik sentitu duten galdetu ondoren % 71-ak ezetz erantzun

du. Aldiz, laguntza psikologikoa jasotzeko/eskatzeko prest egongo ote ziren galdetzerakoan % 82-ak baiezkoa eman du. Bigarren galdetegian, erantzun tendentzia berdinak mantendu dira.

Modu irekian azalpen gehiago eman duten pertsonen artean, lanarekin lotzen ez ziren gaiak lantzeko beharko zutela aipatu dute batzuk edo laguntza jasotzen dutela iada. Pandemian murgilduta psikologo elkargoarekin kontaktuan jartzea pentsatu zuela aipatzen du egoiliar batek. Azkenik Defribing teknika eta Mindfulness saioak aholkatzen dituzten bi egoiliar daude.

#### **4.2.6. Familia-mediku espezialitate aukeraketa**

##### 4.2.6.1. Hautaketaren zergatia

Galdetegiaren amaieran, espezialitatearen inguruan galdetu zaie. Aukeraketaren zergatia eta erabakiaren inguruko adostasun maila aztertzeko helburuz.

Espezialitate aukeraketaren inguruan galdetzean, espezialitate orokorra eta transbertsala izatearen ideia izan da gehien erreplikaturako. Aldi berean pazienteekiko gertutasuna eta tratamenduaren osotasuna (kontextu soziala, psikologikoa...) aipatu dira, longitudinaltasunarekin batera.

Larrialdietan lan egiteko bide bezala ikusten dute askok. Beste batzuek prebentzioa lantzeko aukera bezala eta komunitate medikuntza burutzeko bide bezala.

Ehuneko txiki batek, notak emandako aukeraketa bezala aipatzen du, lan eskaintza ugariako espezialitate bezala edo etxetik gertu geratzeko modu bezala.

##### 4.2.6.2 Hautaketarekiko adostasuna

Egindako espezialitate aukeraketarekin ados dauden galdetzerako orduan, % 84-a baietz erantzun du eta % 13-ak “ez guztiz”-eko erantzunak eman ditu. Espezialitatea uzteko tentazioen inguruan galdetzerakoan, % 74-ak familia-medikuntza uzteko ideiarik ez dutela erantzun dute. Baiezkoen artean salbuespen-egoera eta pandemia aipatzen ditu zergati bezala egoiliar batek.

Behin hau jakinda, espezialitatez aldatzeko asoa duten galdetu zaie. % 69-ak ezetz erantzun du, % 13-a baiezkoa eman du eta % 11-a zalantzak aurkeztu ditu.

#### 4.2.7. BAME formakuntza prozesua

Galdetegia amaitzeko eta espezialitatearen inguruko galderei lotuta, BAME formakuntza prozesuaren inguruan galdetu zaie.

Albe batetik, formakuntza prozesuarekin konforme zeuden aztertu da. % 61-ak “ez guztiz” edo ezezko erantzunak eman ditu eta %35-a BAME formakuntza prozesuarekin ados aurkeztu da.

Galdera irekiaren bidez detaile gehiago jaso dira sentrazio hauen inguruan. Gehiengoak pandemia eta honi lotutako formakuntza prozesua alde batera utzi izandakoaren sentrazioa arrazoi nagusitzat ematen dute. Aldi berean urgentzien inguruko formazio falta edo programa informatikoaren inguruko formazio falta (lehen guardia aurretik) aipatzen dute. Bi pertsona ospitaleko formakuntzarekiko ez-konforme agertuz.

Bukatzeko zer hobetuko zuten galdetu zaie eta hauek izan ziren ateratako ideia nagusiak:

Medikuntza orokorrari dagozkioen arloetako formazioa sakontzea, hala nola, larrialdiak, emergentziak, etxeko ospitalizazioa, zerbitzu sozialak, anbulantziak, herri txikietako landa artapena.

Medikuntza arlo espezialitatuetako formazio errotazioak lehen-mailako artapenari egokitu. Familia-mediku baten eskura egon beharko luketen ezagutzak barneratu eta ezagutzeko. Teknika eta gaitasun nagusiak bereganatzea medikuntza arlo espezifikoko horienganako autonomia areagotzeko: Kirurgia-txikia, infiltrazioak, jostura, bendajeak, ekografiak... Esku-hartze aktiboagoa izan.

Lan irteerei egokitutako formakuntza bideratua. Formazio programa beharren arabera egokitzeko malgutasuna; gaitasun orokorrez gain, gaitasun espezifikoak sakontzeko aukera izan dezaten.

BAME formakuntza prozesuari dagozkien saio klinikoak dinamikoagoak, entrebista-klinikoa sakontzea, burnout-a aztertzea, aurrez balio izan ez duten esperientziak ez errepikatzea.

Pandemia garaiari zuzenki lotutako hainbat hobekuntza puntu ere aipatu dira. Besteak beste formakuntzak presentzialak izatea eta kontsulta telefonikoak murriztea artapen klinikoa hobetzeko.

#### **4.2.8. Galdetegiaren arteko aldaketak**

Bigarren galdetegian, bien arteko denbora-tartean desberdintasunik topatu ote duten galdetu zaie. Ohituren aldaketaren bat burutu duten jakin nahian bereziki.

% 37,5-ak berdin somatzen du bere burua, % 37,5-ak hobera aldatu izanaren sentsazioa du eta % 25-ak okerrera aldatu izanaren sentsazioa du. Ohitura aldaketen inguruan galdetu zaienean, egoera edo sentsazioez konszienteago izateko baliagarria izan zaienaren sentsazioa aipatzen dute. Baita kideekin beldur eta ardurak konpartitzeko komunikazio bideak lantzeko baliabide bezala ere. Batzuk ziurrago sentitzen dira orokorrean eta beste batzuk kirola edo denbora librean hobeto antolatuta dutela aipatzen dute.

Galdetegiaren inguruan zuzenean galdetu zaie, baliagarria izan zaien edo ez aztertzeko. % 66-ak baietz erantzun du eta % 33-ak ezetz.

### **5. EZTABAIDA**

Azterlan honen emaitzak ikusita honakoa baieztatu dezakegu: **populazio orokorraren antsietate eta depresio mailak gaitzen** dituen populazio batean aurrean gaude. Gipuzkoako familia-mediku egoiliarren % 23-ak antsietate maila esanguratsu edo altuak ditu eta % 10-ak depresio maila zalantzarri edo ertainak aurkeztu ditu. Espainiako populazio orokorreko datuekin alderatzen badugu, % 6,7-ak antsietatea eta % 6,7-ak depresioa aitortzen ditu. Euskal Autonomi Erkidegoari erreparatzen badiogu, ordea, egoiliarren adin tartearen barnean (15-45 urte), antsietate eta depresioaren sintomen prebalentzia % 7,8 - % 10-eko tartean aurkitzen dugu (12, 23).

Honek denak gure lehen hipotesia egiazkotzat jotzera eramaten gaitu. Egoiliarren % 50-ak antsietate maila ertain-altuak aurkeztu izanak, aurreko ikerketen emaitzetara hurbiltzen gaitu (14,15). Hala ere, egoiliarren antsietatearen inguruko ikerketa gutxi aurkitzen ditugunez, ikerketen arteko konparaketak egitea zaila da, are gehiago,



familia-mediku egoiliarretan. Kontuan izanda, gainera, dauden ikerketen artean antsietatea neurtzeko galdetegi edo tresna desberdinak erabili dituztela ia ezinezkoa bilakatzen da.

Datu hauek ulertu nahian ezinbestekoa da azalaraztea; medikuntzako ikasleen perfekziorako ohitura, autokritikarako joera eta ezaugarri obsesiboekiko joera. Medikuntzako ikasleak unibertsitate garaiko formazioa egiten ari diren bitartean aldagai nagusienak kontrolpean izaten dituzte, hala nola, ikasi beharreko teoria kopurua, prestakuntzarako behar dituzten orduak, ikasgelan jasotakoa eta azterketetan eskatutakoaren arteko oreka... Kontrolpeko egoera irmo batetik, kontrolpean ez duten egoera batera igarotzeak (eta ardura handiko erabakiak, deskantsu falta, lanaldi amaigabeak, etab. lotuz gero) antsietatea eta burnout-a izateko arrisku populazio izan daitekeela errazki pentsa daiteke.

Lan munduaren hastapenean beraien esku ez dauden aldagai asko daude. Haien burua ingurune berri batean aurkitzen dute eta arrotza egiten zaie. Aldagai berri ugari topatzen dituzte bere kontroletik at daudenak gehienetan, hala nola; gaixoekiko harremana, gainontzeko profesionalenganako harremana, egoera ezberdinetara egokitu beharra... Bidean erreferentziazko pertsonak topatzen dituzte eta ideal edo helburu bat/batzuk irudikatzen dutela irudika dezakegu. Ideal bezala pertsona gogorra, ordu asko lanean ematen dituenak, akatsik egiten ez duena, emozioak erreprimitzeko gai dena, ongi hitz egiteko abilezia duena, harreman osasuntsuak garatzen dituenak, eta formakuntza aktiboa mantentzen duena izan daiteke (15). Ideal edo helburu hauetarako bidean desmotibazioa, porrotaren sentazioa, edo/eta autoestimua baxua agertu daiteke, denboraren joanean, antsietate edo depresioa bilakatu daitekeena. Idealizazioa eta autoexigentzia eskutik joan daitezkeela irudikatu dezakegu, beraz.

Antsietate egoera patologiko hori ongi aztertzeke hainbat aldagaien azterketa egin nahi izan dugu, lotura zuzenik topatuko balitz identifikatu eta horrengan zuzenean eragiteko asmoz. Hala ere, zientzia literaturan ikusi den bezala, **ez da topatu benetako lotura estatistikoa duen aldagairik.**

Banan-banan; egoiliar urtea, erreferentziazko ospitalea, generoa, depresio maila eta espezialitate aukeraketarekiko adostasunak antsietatearekin harremanik ote duen aztertu dugu.

Bigarren hipotesiari heltzen badiogu, lehen urteko egoiliarrek antsietate maila altuagoak aurkeztea espero genuen. Egoiliar urteari erreferentzia egiten dioten ikerketek lehen bi urteetako egoiliarrek neke eta ondoez psikologiko altuagoa dutela adierazten dutelako (8,10). Gipuzkoako familia-mediku egoiliarrei erreparatuta, lehen urteko (% 25) eta laugarren urteko (% 35,7) egoiliarrak aurkeztu dituzte antsietate maila altuenak.

Datu hauek ulertu nahian, lanpostu batean hasteak edo rol berri bat hartzeak antsietate-maila handiagoa dakarrela dioten ikerketen azalpenei erreparatu diegu (24,25). Aldaketa momentu hau, lehen mailako egoiliarretan aurrez irudikatu dugun arren, laugarren mailako egoiliarren kasua antzera aztertu dezakegu. Lan munduratzeko berria baitute haiek ere. Medikuntza adjuntua izateko amildegiaurrean aurkitzen dira eta etorkizunaren ziurgabetasunak izan dezakeen pisuari aurre egin behar diote.

Honen harira, BAME formakuntza aurrera joan ahala, prebalentzia jaitsi egiten zela ikusi zuten ikerketek abiatuta (15), 5 hilabeteko tartean antsietate mailen neurketa egitea erabaki dugu. Dena den, datuak ikusita, formakuntza aurrera joan ahala (5 hilabetez zehar) ez da batazbestekoen arteko desberdintasun esanguratsurik topatu. Bi galdetegiak erantzun zituzten 24 pertsonen artean desberdintasun esanguratsurik ez dugu atzeman.

Hirugarren hipotesi bezala ospitale handietan (Donostiako Ospitale Unibertsitarioa) antsietate maila handiagoak espero genituen komarkal edo txikietan baino (2). Baina, bai kontingentzia taulei erreparatuz, eta bai korrelazio estatistikoei erreparatuz ere, ezin dugu baieztatu horrelako harremana dagoenik, nahiz eta proportzioan ospitale txikietan antsietate baxuko egoiliar ehuneko altuagoa aurkitu. Honek ospitale txikietakoko lasaitasun edo formakuntza pertsonalizatuaren alde egingo luke.

Laugarren hipotesiari helduz, emakume egoiliarretan antsietate eta depresio maila altuagoa aurkitzea espero genuen. Ikerketen artean adostasunik aurkitu ez dugun arren (9,10,15,26), populazio orokorrean antsietate-nahaste eta nahaste-depresibo gehiago ematen direla kontuan izanda, zentzuzkoa iruditzen zitzaigun hori bera

topatzea. Prebalentzia aldetik nahiko proportzionalak (% 23,1 emakumezkoak eta % 22,2 gizonezkoak) direla esan dezakegu, nahiz eta antsietate mailarik gabeko ehuneko handiena gizonezkoetan topatu. Azkenengo datu honek generoen arteko desberdintasunen inguruan pentsatzera garamatza. Azken finean, ezin dugu jakin emakumeek sintoma gehiago aurkezten dituzten, edo hauek informatzeko eta ezagutzeko gaitasun gehiago dituzten. Beraz, aurreko autoreek zioten bezala, ezin da arrisku gehiago dutenaren baieztapenik egin (15).

Bostgarren hipotesiari heltzen badiogu, antsietate maila altua duten egoiliarrengan depresio maila altua topatzea espero genuen. Baina, berriz ere, ez dugu harreman esanguratsurik topatu bi aldagaien artean. Hala ere, depresio maila ertaina aurkeztu dutenen erdiak antsietate maila altua aurkeztu du.

Seigarren hipotesi bezala, espezialitate aukeraketarekiko adostasun gutxiago dutenenen artean antsietate gehiago agertuko zela onartu genuen. Estatistikoki esangurarik gabeko harreman bat topatu arren, espezialitatearen inguruko zalantzak zituzten egoiliarren %50-ak antsietate altua aurkeztu du, eta aukeraketarekin ados zeudenen %50-ak antsietate gabeko egoiliarrak izan dira (10).

Alderdi kualitatiboaren azterketari begiratzen badiogu; guardia bezperan, guardia bitartean eta larrialdietan aurkitu ditugu **konfiantza eta segurtasun maila** baxuenak. Aldi berean, egoera horietan agertu dira **antsietate maila** altuenak. Aurreko ikerketekin konparatuz aldaera txiki bat atzeman dugu, zeinatan antsietate-maila handiagoa izango luketen guardietan eta larrialdietan, eta ez hainbeste, aurretik edo ondoren (27).

Antsietatearen sintoma zehatzen inguruan galdetu zaienean, guardiak iraun bitartean, **sintoma fisiko eta kognitiboak** gailendu dira, **sintoma emozionalak**, aldiz, guardia osteko egoeretan agertzen dira.

Neke eta antsietate kontzeptuei erreparatuz gero, gure emaitza kualitatiboak aurreko ikerketekin bat datoz. Familia-medikuek denbora falta edo plangintza falta faktore estresagarri bezala aipatzen dituzte, urgentzietako lanen gainkarga eta gainbegiratze faltarekin batera. Askotan neke edo estres egoerek harreman interpersoneletan duten eragina azpirratu zuten (4).

Beste ikerketetan egoiliarrek satisfakzioa honako hauekin lotzen zuten: denbora librearekin, ordutegi flexibleekin, denboraren gestioaren autonomiarekin, ikasteko aukerekin, etorkizuneko irtenbide profesionalekin, gestio argiarekin, lan prozesuaren feedback-arekin, ahotsa edukitzearekin, tolerantzia eta irekigune kulturarekin eta soldata onarekin (26). Ideia hauek Gipuzkoako egoiliarrek egindako hobekuntza iradokizunekin bat datoz.

Antsietateari aurre egiteko estrategien inguruko ikerketetan, egoiliarrek gure laginan agertzen diren ideia antzekoak ematen zituzten. Neke kronikoaren aurreko estrategia bezala egoiliarren  $\frac{3}{4}$ -ak familia, lagun edo beste egoiliarrekin hitz egitea aipatzen zuen. Neke maila altuagoa zutenek kirola edo “biziraupenerako aktitude” estrategiak aipatzen zuten irtenbide moduan (26). Kirol gutxi egitearen eta lo ordu gutxi egitearen ondoez psikologikoaren arteko harremana ikusi zen (10).

### **5.1. INDARGUNEAK, MUGAK ETA IRADOKIZUNAK**

Azterlan honen **indargune** nagusia da, maiz, ospitale-inguruneko antsietatearen azterketan erabiltzen den tresna balidatua erabili dugula, HADS (28)-a. Aldi berean, aipagarria iruditzen zaigu lagin oso konkretu batera heltzeko gai izan garela eta berain egoera hobeto ezagutzeko aukera izan dugula.

Lanaren **mugei** dagokionean, subjektuen antsietate-maila-ren neurketa autotxostenetan oinarritu da, eta, beraz, emaitza horiek tentuz hartu behar ditugu. Erantzuten duen jendea kezka edo sintoma gehiago/gutxiago duen jendea izan daiteke, erantzun boluntarioaren zehertasunaren menpe aurkitzen baitira. Bestalde, erantzuna eman dutenen tasa baxua eta parte-hartzaileen galera aipagarria da. Galera hauen zergatia edo erantzute ezaren zergatia jakitea interesgarria suertatu daiteke, are gehiago, desiragarritasun soziala ez dugulako neurtu.

Lehen aipatu dugun moduan, zientzia literaturan galdetegi desberdinen erabilpenak datuen konparaketa zailtzen du. Gure kasuan, balidatu gabeko galdetegiak erabili ditugu, bai HADS-a euskaratu dugulako, bai galdetegi kualitatiboa guk sortutakoa delako.

Egoiliar gehienak lan karga handiko ospital batean formakuntza jaso izanak ere eragina izan dezake datuen interpretazioan. Azkenik, ezin dugu ahaztu, datu-bilketa

Covid-19 pandemia-garaian egin dugula, eta horrek areagotze bat ekar zezakeela egoiliarren antsietate-mailan (29).

Etorkizunari begira, hobekuntza bideratu dezaketen hainbat datu aipagarri identifikatu direnez, ikerketa gehiago, eta berauen egokitzapenak, egitea ongi legoke. Antsietatearen ikerketa sustatzean, antsietatea pairatzeko aukera duten Familia eta Medikuntza Komunitateko egoiliarrengan baheketa eta honen osteko lanketa bultzatuko litzateke.

Alde batetik, luzetarako ikerketa eta ikerketa prospektibo gehiago behar dira espezialitate medikuetan gehiago zentratuz. Ikerketen ehuneko handi bat kirurgia espezialitateei begira egina dago, hainbat ikerketek familia-medikuengan antsietate maila altuagoa dela baieztatzen duten arren (10).

Bestetik, ikerketaren sustatzeak egoiliarren osasun mentala zaintzea ahalbideratuko luke. Antsietateak pazienteengan, preskripzioetan, eta baita erresidentzia orokorrean ere(erabaki oldarkorrak edo beldurraren/emozioen pean, kognizio akatsak...) izan dezakeen eragina aztertuz (30). Horrela babes faktoreak identifikatu eta prebentzioa garatu ahal izango litakete.

Amaitzeko, laginaren % 71-ak ez du laguntza psikologikoaren beharrik sentitu, baina % 82-ak laguntza jasotzeko prest egongo litzatekela baieztatu du. Honek, irisgarritasun handiko neurriak pentsatzera eraman gaitu:

- Estresa eta antsietatearen inguruko formakuntza praktikoa eman egoiliarrei: aurre-egite estrategiak landu.
- Egoiliarren onespeneekin, BAME formazio programa eraldatu (ordu eta guardia gutxiago, psikologiako zerbitzuaren orientazioa jaso, barne- deribazio sistema eraiki...)

## 6. ONDORIOAK

Medikuntza eta osasun arloari zuzenean lotutako eguneroko jarduna, arduratsua eta korapilatsua da edonorentzat. Pisu haundiko erabakiak eta lan-karga gogorak izateak osasun langileak burnout-a izateko arrisku populazio bezela identifikatzen ditu, kasu honetan medikuntza barne egoiliarrek.

Honenbestez, BAME prozesuak ezinegon emozionala sortzen duenaren nozioa berresten da. Antsietate maila ertain-altuak topatzen ditugu egoiliarren % 50-ean. Gertaera konprometituen edo egoera arriskutsuen aurrean erne egoteko aukera ematen duen eta egokitze-mekanismo naturala izan daitekeen antsietatea, gehiegizko izu, larridura edo ezinegona bilakatu daitekeela baieztatuz.

Aztertutako populazioaren laginean ez da muturreko erantzunik topatu, baina arrisku populazioa izanik, ez legoke soberan kasu hauek garaiz identifikatu eta bideratzeko prozesuak martxan jarriko balira. Hala ere, ikerketa lan gehiago behar dira antsietatearen eragina pazienteengan esanguratsua den egiaztatzeko. Era berean, formakuntza edo lan-egoeraren eragina sakonago aztertzea ona izango litzateke.

Aztertutako aldagaiek ez dute antsietatearekin harreman esanguratsurik aurkeztu, hortaz, ezin dugu kausa-efekturik definitu. Hala ere, jorratu eta hobetu daitezkeen arlo ezberdinak ikusi direnez, formazio prozesuen etengabeko hobekuntzan dihardutenentzat datu baliagarriak izango direla pentsatzen dugu (**13.Irudia**). Emaitzek aditzera ematen dute ikasle hauek beren prestakuntzarekin jarraitu ahal izateko eta behar duten arreta jaso dezaten detekzio-estrategiak sortu behar direla.

### 13.Irudia. Antsietate-maila jeistearan hobekuntza diagrama.



## 7. ERREFERENTZIA BIBLIOGRAFIKOAK

1. Dabrow S, Russell S, Ackley K, Anderson E, Fabri PJ. Combating the stress of residency: one school's approach. *Acad.Med.* 2006; 81:436-439.
2. Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes de Cataluña. Barcelona, Fundación Galatea: Barcelona, 2008.
3. Maslach C, Jackson S, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. Manual 3 ra ed. Palo Alto: Consulting Pshychologist Press;1996.
4. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró Ò. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp.* 2010;210:209-15.
5. González Silva Y, Isidro García G, López Izquierdo R, Hernández Gajate, M. Burnout en médicos residentes de dos áreas de salud de una misma ciudad. *Rev Clin Esp.* 2015; 215(6): 361–362.
6. Olivar Castrillón C, González Moran S, Martínez Suárez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Asturias. *Aten. Primaria.* 1999;24:352-9.
7. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med.* 2015; 20:353.
8. Noronha J, Malik A, Bindhulakshmi P, Karimundackal G. Oncology Residency-a Burning Issue, Results of a Questionnaire-Based Survey on Psychological Well-being of Oncology Residents. *Indian J Surg Oncol.* 2020 Sep;11(3):387-393.
9. Matía Cubillo A C, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo J J, Pereda Riguera M J, González Castro M L, González Sanz A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten. Primaria.* 2012;44(9): 532–539.
10. Ovejas-López A, Izquierdo F, Rodríguez-Barragán M, Rodríguez-Benítez J, Garcia-Batanero M, Alonso-Martínez M, et al. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten. Primaria.* 2020; 52(9): 608–616.
11. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten.Primaria.* 2001; 27(7): 459–468.

12. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Barcelona: Masson; 2013.
14. Peterlini M, Tibério IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ.* 2002 Jan;36(1):66-72.
15. Al Atassi H, Shapiro MC, Rao SR, Dean J, Salama A. Oral and Maxillofacial Surgery Resident Perception of Personal Achievement and Anxiety: A Cross-Sectional Analysis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2018 Dec;76(12):2532-2539.
16. O'Donnell M, Noad R, Boohan M, et al. Foundation programme impact on junior doctor personality and anxiety in Northern Ireland. *Ulster Med J.* 2012;81:19–25.
17. Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatr.* 1987;144(12): 1561-6.
18. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students. *JAMA.* 2010; 304 (11): 1181-1190.
19. Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal Thoughts Among Medical Residents with Burnout. *Arch Suicide Res.* 2008; 12: 344-346.
20. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67:361.
21. Herrera Navarrete B, Galindo Vázquez O, Lerma Talamantes A. Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. *Psicología y Salud.* 2018; 28(1):121-130.
22. Tejero A, Guimerá E M, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.* 1986; 13(5): 233-238.
23. Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca de 2018 (ESCAV 18).
24. McCullough J, Van Hamel C. Anxiety among newly-qualified doctors: An eight-year analysis. *Medical Teacher.* 2019; 42(1): 52-57.



25. Rudman A, Gustavsson J. Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies*. 2011; 48(3): 292-306.
26. Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA*. 2004;292(23):2880–2889.
27. González-Cabrera JM, Fernández-Prada M, Iribar C, Molina-Ruano R, Salinero-Bachiller M, Peinado JM. Acute Stress and Anxiety in Medical Residents on the Emergency Department Duty. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(3):506.
28. Mykletun A, Stordal E, Dahl AA. Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *Br J Psychiatry*. 2001;179:540-544.
29. Sauer KS, Jungmann SM, Witthöft M. Emotional and Behavioral Consequences of the COVID-19 Pandemic: The Role of Health Anxiety, Intolerance of Uncertainty, and Distress (In)Tolerance. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):7241.
30. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336(7642): 488–49.

## 8. ERANSKINAK

### *1.Eranskina*

#### **HADS-Hospital Anxiety and Depression Scale**

##### **A.1.Me siento tenso/a o nervioso/a:**

- 3.Casi todo el día
- 2.Gran parte del día
- 1.De vez en cuando
- 0.Nunca

##### **D.1.Sigo disfrutando de las cosas como siempre:**

- 0.Ciertamente,igual que antes
- 1.No tanto como antes
- 2.Solamente un poco
- 3.Ya no disfruto con nada

##### **A.2.Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:**

- 3.Sí,y muy intenso
- 2.Sí,pero no muy intenso
- 1.Sí,pero no me preocupa
- 0.No siento nada de eso

##### **D.2.Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:**

- 0.Igual que siempre
- 1.Actualmente,algo menos
- 2.Actualmente,mucho menos
- 3.Actualmente,en absoluto

##### **A.3.Tengo la cabeza llena de preocupaciones:**

- 3.Casi todo el día
- 2.Gran parte del día
- 1.De vez en cuando
- 0.Nunca

##### **D.3.Me siento alegre:**

- 3.Nunca
- 2.Muy pocas veces

1.En algunas ocasiones

0.Gran parte del día

**A.4.Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:**

0.Siempre

1.A menudo

2.Raras veces

3.Nunca

**D.4.Me siento lento/a y torpe:**

3.Gran parte del día

2.A menudo

1.A veces

0.Nunca

**A.5.Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:**

0.Nunca

1.Sólo en algunas ocasiones

2.A menudo

3.Muy a menudo

**D.5.He perdido el interés por mi aspecto personal:**

3.Completamente

2.No me cuido como debería hacerlo

1.Es posible que no me cuide como debiera

0.Me cuido como siempre lo he hecho

**A.6.Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:**

3.Realmente mucho

2.Bastante

1.No mucho

0.En absoluto

**D.6.Espero las cosas con ilusión:**

0.Como siempre

1.Algo menos que antes

2.Mucho menos que antes

3.En absoluto

**A.7.Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:**

3.Muy a menudo

2.Con cierta frecuencia

1.Raramente

0.Nunca

**D.7.Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:**

0.A menudo

1.Algunas veces

2.Pocas veces

3.Casi nunca

2.*Eranskina*

**ADOE- Ansietate eta Depresioaren Ospitale-Eskala**

**1. Urduri edo larritua sentitzen naiz:**

-(3) Ia egun guztian zehar

-(2) Egunaren zati handi batean zehar

-(1) Noizean behin

-(0) Inoiz ez

**2. Eguneroko gauzez gozaten jarraitzen dut:**

-(0) Lehen bezain beste

-(1) Ez lehen bezain bat

-(2) Pixka bat baino ez

-(3) Ez dut ezerekin gozaten

**3. Zerbait txarra gertatuko denaren beldur naiz:**

-(3) Bai, beldur handia dut

-(2) Bai, baina ez da beldur handia

-(1) Bai, baina ez nau kezkatzen

-(0) Ez dut horrelakorik sentitzen

**4.Barre egiteko gai naiz baita gauzen alderdi ona ikustekoa ere:**

- (0) Bai, beti bezala
- (1) Gaur egun zerbait gutxiago
- (2) Gaur egun askoz gutxiago
- (3) Gaur egun batere ez

**5.Burua kezkez gainezka dut:**

- (3) Ia egun guztian zehar
- (2) Egunaren zati handi batean zehar
- (1) Noizean behin
- (0) Inoiz ez

**6.Pozik sentitzen naiz:**

- (3) Inoiz ez
- (2) Oso gutxitan
- (1) Batzuetan
- (0) Eguneko momentu gehienetan

**7.Eserita soseguan eta lasai egoteko gai naiz:**

- (0) Beti
- (1) Noizean behin
- (2) Gutxitan
- (3) Inoiz ez

**8. Mntso eta baldar sentitzen naiz:**

- (3) Ia egun guztian zehar
- (2) Egunaren zati handi batean zehar
- (1) Noizean behin
- (0) Inoiz ez

**9. Saelean urduritasun eta inurridura sentsazio desatsegina sentitzen dut:**

- (0) Inoiz ez
- (1) Egoera batzuetan baino ez
- (2) Askotan
- (3) Oso maiz

**10. Nire itxurari ez diot axola handiarekin erreparatzen:**

- (3) Erabat ados
- (2) Nire burua ez dut behar bezala zaintzen
- (1) Agian ez dut nire burua behar bezala zaintzen
- (0) Nire burua beti bezain beste zaintzen dut

**11. Urduri sumatzen dut nire burua; Ezin diot mugitzeari utzi:**

- (3) Oso maiz
- (2) Askotan
- (1) Ez askotan
- (0) Inoiz ez

**12. Gauzak ilusioz hartzen ditut:**

- (0) Beti bezala
- (1) Lehen baino gutxiago
- (2) Lehen baino askoz gutxiago
- (3) Inoiz ez

**13. Bat-bateko beldur edo larritasun sentrazioak ditut:**

- (3) Oso maiz
- (2) Askotan
- (1) Ez askotan
- (0) Inoiz ez

**14. Liburu on bat, irrati saio edo telebista saio on batekin gozatzeko gai naiz:**

- (0) Ia beti
- (1) Askotan
- (2) Gutxitan
- (3) Ia inoiz

*3. Eranskina***Galdetegi kualitatiboa (gazteleraz)**

- 1) ¿Qué grado de **confianza/seguridad** sientes en estas situaciones?

- +Víspera de guardia      muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Durante la guardia      muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Después de la guardia    muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Consulta                  muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Urgencias                  muy baja1-2-3-4-5 alta
- + Sesiones clínicas        muy baja 1-2-3-4-5 alta

\*Describe, si quieres, algo entorno a cada una de ellas.

2) ¿Sientes **ansiedad** en estas situaciones?

- +Víspera de guardia      muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Durante la guardia      muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Después de la guardia    muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Consulta                  muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Urgencias                  muy baja1-2-3-4-5 alta
- + Sesiones clínicas        muy baja 1-2-3-4-5 alta

\*Describe, si quieres, algo entorno a cada una de ellas.

3) ¿Qué sueles hacer para **hacer frente** a situaciones de gran ansiedad? (Enumera 2-3 estrategias. Por ejemplo, suelo hacer deporte para calmar la ansiedad previa a la víspera de la guardia)

4) ¿Has sentido algún **síntoma físico** de los que presentamos a continuación?

- Dolor de tripa o cabeza      nunca/alguna vez/muchas veces
- Palpitaciones o dolor torácico    nunca/alguna vez/muchas veces
- Disnea                          nunca/alguna vez/muchas veces
- Sequedad de boca            nunca/alguna vez/muchas veces
- Nerviosismo                  nunca/alguna vez/muchas veces

-¿En cuál de estas situaciones? (puedes marcar mas de una)

- +Víspera de guardia
- +Durante la guardia

- +Después de la guardia
- +Consulta
- +Urgencias
- + Sesiones clínicas
- +Otras:

5) ¿Has sentido algún **síntoma cognitivo** de los que presentamos a continuación?

- Sentimientos negativos (por ejemplo, pensando en la guardia del próximo día)
- nunca/alguna vez/muchas veces
- Dificultad para pensar con claridad      nunca/alguna vez/muchas veces
- Falta de memoria      nunca/alguna vez/muchas veces

-¿En cuál de estas situaciones? (puedes marcar mas de una)

- +Víspera de guardia
- +Durante la guardia
- +Después de la guardia
- +Consulta
- +Urgencias
- + Sesiones clínicas
- +Otras:

6) ¿Has sentido algún **síntoma emocional** de los que presentamos a continuación?

- Hacer cosas sin ganas      nunca/alguna vez/muchas veces
- Facilidad para llorar      nunca/alguna vez/muchas veces
- Facilidad para enfadarte      nunca/alguna vez/muchas veces

-¿En cuál de estas situaciones? (puedes marcar mas de una)

- +Víspera de guardia



- +Durante la guardia
- +Después de la guardia
- +Consulta
- +Urgencias
- + Sesiones clínicas
- +Otras:

7) ¿Has sentido la necesidad de recibir **ayuda psicológica** siendo MIR?

¿Estarías dispuesto/a a pedir/recibir ayuda psicológica?

8) ¿Porque elegiste la **especialidad de medicina de familia**?

-¿Estas conforme con la decisión que tomaste?

-¿Has tenido tentaciones de dejarlo?

-¿Si pudieras, cambiarías de especialidad?

-¿Estas de acuerdo con tu proceso formativo?

-¿Qué mejorarías?

#### *4.Eranskina*

#### **Galdetegi kualitatiboa (euskeraz)**

1. Zer nolako **konfiantza/segurtasuna** sentitzen duzu egoera hauetan?

- +Guardia bezperan      oso txikia 1-2-3-4-5 handia
- +Guardia bitartean      oso txikia 1-2-3-4-5 handia
- +Guardia ostean      oso txikia 1-2-3-4-5 handia
- +Kontsultan      oso txikia 1-2-3-4-5 handia
- +Larrialdietan      oso txikia 1-2-3-4-5 handia
- +Saio klinikoetan      oso txikia 1-2-3-4-5 handia

\*Deskribatu, nahi baduzu, zerbait egoera bakoitzaren inguruan.

2. **Antsietatea** sentitzen duzu egoera hauetan?

+Guardia bezperan oso txikia 1-2-3-4-5 handia

+Guardia bitartean oso txikia 1-2-3-4-5 handia

+Guardia ostean oso txikia 1-2-3-4-5 handia

+Kontsultan oso txikia 1-2-3-4-5 handia

+Larrialdietan oso txikia 1-2-3-4-5 handia

+Saio klinikoetan oso txikia 1-2-3-4-5 handia

\*Deskribatu, nahi baduzu, zerbait egoera bakoitzaren inguruan.

3) Zer egiten duzu antsietate handiko egoerei **aurre egiteko**? (Izendatu 2-3 estrategia. Adi bidez, guardia aurreko antsietatea baretzeko, nik kirola egin izan ohi dut.)

4) Jarraian aipatzen diren **sintoma fisikorik** sentitu izan duzu?

Sabeleko edo buruko mina inoiz ez/noizean behin/askotan

Palpitazioak edo toraxeko mina inoiz ez/noizean behin/askotan

Arnas-estua, disnea inoiz ez/noizean behin/askotan

Aho lehorra inoiz ez/noizean behin/askotan

Urduritasuna/ Ezinegona inoiz ez/noizean behin/askotan

Zein egoeratan? (markatu nahi bezain beste)

+Guardia bezperan

+Guardia bitartean

+Guardia ostean

+Kontsultan

+Larrialdietan

+Saio-klinikoetan

+Beste egoera batean: (zehaztu)

5) Jarraian aipatzen diren **sintoma kognitiborik** sentitu duzu?

+Ezkortasuna (Adibidez, hurrengo eguneko guardian pentsatuz gero)

inoiz ez/noizean behin/askotan

+Argi pentsatzeko ezintasuna inoiz ez/noizean behin/askotan

+Memoria falta inoiz ez/noizean behin/askotan

Zein egoeratan? (markatu nahi bezain beste)

+Guardia bezperan

+Guardia bitartean

+Guardia ostean

+Kontsultan

+Larrialdietan

+Saio-klinikoetan

+Beste egoera batean: (zehaztu)

6) Jarraian aipatzen diren **sintoma emozionalik** sentitu duzu?

+Gogogabetasuna inoiz ez/noizean behin/askotan

+Negar egiteko erraztasuna inoiz ez/noizean behin/askotan

+Haserretzeko erraztasuna inoiz ez/noizean behin/askotan

Zein egoeratan? (markatu nahi bezain beste)

+Guardia bezperan

+Guardia bitartean

+Guardia ostean

+Kontsultan

+Larrialdietan

+Saio-klinikoetan

+Beste egoera batean: (zehaztu)

7) **Laguntza psikologikoaren** beharrik sentitu duzu BAME izanda?

Laguntza psikologikoa jasotzeko/eskatzeko prest egongo zinateke?

8) Zergatik hautatu zenuen **familia-mediku espezialitatea**?

Egindako aukeraketarekin gustura zaude?

Inoiz izan duzu uzteko tentaziorik?

Ahal izatekotan espezialitatea aldatuko zenuke?

Konforme zaude zure formakuntza prozesuarekin?

Zer hobetuko zenuke?

*5.Eranskina*

**Bigarren galdetegia** (gazteleraz):

Segundo pase de cuestionario:

1.Codigo de identificación

2. HADS

3.CUESTIONARIO CUALITATIVO

1) ¿Qué grado de **confianza/seguridad** sientes en estas situaciones?

+Víspera de guardia            muy baja 1-2-3-4-5 alta

+Durante la guardia            muy baja 1-2-3-4-5 alta

+Después de la guardia        muy baja 1-2-3-4-5 alta

+Consulta                        muy baja 1-2-3-4-5 alta

+Urgencias                        muy baja 1-2-3-4-5 alta

+ Sesiones clínicas            muy baja 1-2-3-4-5 alta

\*Describe, si quieres, algo entorno a cada una de ellas. Ejemplos:  
Desconfianza/inseguridad debido a demasiada carga de trabajo, incertidumbre,  
diferencias de opinión con adjuntos/as...

2) ¿Sientes **ansiedad** en estas situaciones?

- +Víspera de guardia      muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Durante la guardia      muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Después de la guardia    muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Consulta                  muy baja 1-2-3-4-5 alta
- +Urgencias                  muy baja 1-2-3-4-5 alta
- + Sesiones clínicas        muy baja 1-2-3-4-5 alta

\*Describe, si quieres, algo entorno a cada una de ellas. Ejemplos: Ansiedad debido a demasiada carga de trabajo, largo periodo sin guardias, mala gestión de tiempo...

3) ¿Has sentido algún **síntoma físico** de los que presentamos a continuación?

- Dolor de tripa o cabeza      nunca/alguna vez/muchas veces
- Palpitaciones o dolor torácico    nunca/alguna vez/muchas veces
- Disnea                          nunca/alguna vez/muchas veces
- Sequedad de boca            nunca/alguna vez/muchas veces
- Nerviosismo                  nunca/alguna vez/muchas veces

3.1 ¿En cuál de estas situaciones? (puedes marcar mas de una)

- +Víspera de guardia
- +Durante la guardia
- +Después de la guardia
- +Consulta
- +Urgencias
- + Sesiones clínicas
- +Otras:

4) ¿Has sentido algún **síntoma cognitivo** de los que presentamos a continuación?

Sentimientos negativos (por ejemplo, pensando en la guardia del próximo día)

nunca/alguna vez/muchas veces

Dificultad para pensar con claridad      nunca/alguna vez/muchas veces

Falta de memoria      nunca/alguna vez/muchas veces

4.1 ¿En cuál de estas situaciones? (puedes marcar mas de una)

+Víspera de guardia

+Durante la guardia

+Después de la guardia

+Consulta

+Urgencias

+ Sesiones clínicas

+Otras:

5) ¿Has sentido algún **síntoma emocional** de los que presentamos a continuación?

Hacer cosas sin ganas      nunca/alguna vez/muchas veces

Facilidad para llorar      nunca/alguna vez/muchas veces

Facilidad para enfadarte      nunca/alguna vez/muchas veces

5.1 ¿En cuál de estas situaciones? (puedes marcar mas de una)

+Víspera de guardia

+Durante la guardia

+Después de la guardia

+Consulta

+Urgencias

+ Sesiones clínicas

+Otras:

6) ¿Has sentido la necesidad de recibir **ayuda psicológica** siendo MIR?

- SI
- NO
- TAL VEZ
- Otros:

6.1 ¿Estarías dispuesto/a a pedir/recibir ayuda psicológica?

- SI
- NO
- TAL VEZ
- Otros:

7) ¿Has notado algún cambio desde que rellenaste el anterior cuestionario?

- A MEJOR
- A PEOR
- IGUAL
- Otros:

7.1 Si has hecho algún cambio en tus rutinas, descríbelo a continuación:

8) ¿Este cuestionario te ha sido útil para gestionar mejor algún problema?

- SI
- NO
- Otros:

*6.Eranskina*

**Bigarren galdetegia** (euskeraz):

1. Identifikazio kodea

2. HADS/ADOE eskala

3. KUALITATIBOA

1. Zer nolako **konfiantza/segurtasuna** sentitzen duzu egoera hauetan?

+Guardia bezperan	oso txikia 1-2-3-4-5 handia
+Guardia bitartean	oso txikia 1-2-3-4-5 handia
+Guardia ostean	oso txikia 1-2-3-4-5 handia
+Kontsultan	oso txikia 1-2-3-4-5 handia
+Larrialdietan	oso txikia 1-2-3-4-5 handia
+Saio klinikoetan	oso txikia 1-2-3-4-5 handia

\*Deskribatu, nahi baduzu, zerbait egoera bakoitzaren inguruan. Adibidez: Mesfidantza/segurtasun eza lan-karga handiarengatik, ziurgabetasunarengatik, mediku ondokoekin edukitako iritzi ezberdinengatik...

2. **Antsietatea** sentitzen duzu egoera hauetan?

+Guardia bezperan	oso txikia 1-2-3-4-5 handia
+Guardia bitartean	oso txikia 1-2-3-4-5 handia
+Guardia ostean	oso txikia 1-2-3-4-5 handia
+Kontsultan	oso txikia 1-2-3-4-5 handia
+Larrialdietan	oso txikia 1-2-3-4-5 handia
+Saio klinikoetan	oso txikia 1-2-3-4-5 handia



\*Deskribatu, nahi baduzu, zerbait egoera bakoitzaren inguruan. Adibidez: antsietatea lan-karga handia dagoenean, guardia gabeko epe luze baten ostean, denboraren kudeketa txarrarengatik...

3) Jarraian aipatzen diren **sintoma fisikorik** sentitu izan duzu?

Sabeleko edo buruko mina      inoiz ez/noizean behin/askotan  
 Palpitazioak edo toraxeko mina      inoiz ez/noizean behin/askotan  
 Arnas-estua, disnea      inoiz ez/noizean behin/askotan  
 Aho lehorra      inoiz ez/noizean behin/askotan  
 Urduritasuna/ Ezinegona      inoiz ez/noizean behin/askotan

3.1 Zein egoeratan? (markatu nahi bezain beste)

+Guardia bezperan  
 +Guardia bitartean  
 +Guardia ostean  
 +Kontsultan  
 +Larrialdietan  
 +Saio-klinikoetan  
 +Beste egoera batean: (zehaztu)

4) Jarraian aipatzen diren **sintoma kognitiborik** sentitu duzu?

+Ezkortasuna (Adibidez, hurrengo eguneko guardian pentsatuz gero)  
     inoiz ez/noizean behin/askotan  
 +Argi pentsatzeko ezintasuna      inoiz ez/noizean behin/askotan  
 +Memoria falta      inoiz ez/noizean behin/askotan

4.1 Zein egoeratan? (markatu nahi bezain beste)

+Guardia bezperan

- +Guardia bitartean
- +Guardia ostean
- +Kontsultan
- +Larrialdietan
- +Saio-klinikoetan
- +Beste egoera batean: (zehaztu)

5) Jarraian aipatzen diren **sintoma emozionalik** sentitu duzu?

- +Gogogabetasuna            inoiz ez/noizean behin/askotan
- +Negar egiteko erraztasuna    inoiz ez/noizean behin/askotan
- +Haserretzeko erraztasuna    inoiz ez/noizean behin/askotan

5.1 Zein egoeratan? (markatu nahi bezain beste)

- +Guardia bezperan
- +Guardia bitartean
- +Guardia ostean
- +Kontsultan
- +Larrialdietan
- +Saio-klinikoetan
- +Beste egoera batean: (zehaztu)

6) **Laguntza psikologikoaren** beharrik sentitu duzu BAME izanda?

- BAI
- EZ
- AGIAN
- Beste bat:

6.1 Laguntza psikologikoa jasotzeko/eskatzeko prest egongo zinateke?

7) Aurreko galdetegitik aldaketarik somatu al dezu?

- Hobera
- Okerrera
- Berdin
- Beste bat:

7.1 Zure ohituretan zerbait aldatu badezu, hemen deskribatu:

8) Galdetegi honek arazoak bideratzeko lagungarria izan zaizu?

- BAI
- EZ
- Beste bat:

## 10.eranskina

**Chi-karratuaren froga (Antsietatea-Egoiliar urtea)**

	Balioa	ag	Esangura asintotikoa (aldebikoa)
Pearson-en Chi-karratua	5,509 <sup>a</sup>	6	,480
Egiantz-arrazoia	5,296	6	,506
Elkarketa lineala	,899	1	,343
Baliozko kasuen N-a	61		

a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,84.

**Chi-karratuaren froga (Antsietatea-Errefentziatzko ospitalea)**

	Balioa	ag	Esangura asintotikoa (aldebikoa)
Pearson-en Chi-karratua	,432 <sup>a</sup>	2	,806
Egiantz-arrazoia	,440	2	,802
Elkarketa lineala	,188	1	,664
Baliozko kasuen N-a	62		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,16.

**Chi-karratuaren froga (Antsietatea-Generoa)**

	Balioa	ag	Esangura asintotikoa (aldebikoa)
Pearson-en Chi-karratua	,210 <sup>a</sup>	2	,900
Egiantz-arrazoia	,215	2	,898
Elkarketa lineala	,080	1	,777
Baliozko kasuen N-a	61		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,07.

**Chi-karratuaren froga (Antsietatea-Depresioa)**

	Balioa	ag	Esangura asintotikoa (aldebikoa)
Pearson-en Chi-karratua	3,773 <sup>a</sup>	2	,152
Egiantz-arrazoia	3,725	2	,155
Elkarketa lineala	3,708	1	,054
Baliozko kasuen N-a	62		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,35.

**Chi-karratuaren froga (Antsietatea-Aukeraketarekiko adostasuna)**

	Balioa	ag	Esangura asintotikoa (aldebikoa)
Pearson-en Chi-karratua	1,925 <sup>a</sup>	4	,750
Egiantz-arrazoia	1,730	4	,785
Elkarketa lineala	,983	1	,321
Baliozko kasuen N-a	60		

a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,93.

