

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

Family Resident Physicians (MIR) of Gipuzkoa and Anxiety of Initiation to the World of Work

Haizea Garcia Fernandez¹, Haritz Esnal Amundarain^{1,2}, Iñigo Martin Alvarez², Eulalia Mariñelarena Mañeru¹.

¹Euskal Herriko Unibertsitatea

²Osakidetza

Donostiako Ospitale Unibertsitarioa

haizeagf@gmail.com

Laburpena

Medikuen espezialitate-formazio garaia, barneko mediku egoiliarra (BAME), estres eta zaugarritasun handiko epe bezala deskribatu izan da zientzia-literaturan. Ikerketa honen helburua da Gipuzkoako familia-mediku egoiliarren antsietate-mailak neurtzea.

Antsietatearen alderdi kuantitatiboak eta kualitatiboak kontuan hartuta, ikerketa deskribatzaile eta prospektiboa egin da. Neurketa HADS galdetegi estandarizatuaren bitartez eta ikerketarako sortutako galdetegi kualitatibo baten bitartez egin da. Sintoma horiek formakuntza-urtearekin, ospitale-motarekin, generoarekin, depresioarekin eta espezialitatearen aukeraketarekin adostasunarekin harremanik ote duten aztertzeko ere baliatu dugu. Galdetegiak 2020ko urrian eta 2021eko martxoan (5 hilabeteko tartean) egin dira, denbora-tarte horretan aldaketarik ote dagoen aztertu nahian. Egoiliarren % 50ek antsietate-maila ertain/altuak aurkeztu dituzte. Konfiantza-maila baxua eta antsietatearen autopertzepzioaguardiaren bezperan, guardia bitartean eta larrialdietan deskribatu dira gehienbat. Sintoma fisiko eta kognitiboak guardia bitartean maizago agertu dira, eta emozionalak guardia osteko uneetan.

Ez da aldagaien arteko lotura estatistiko esanguratsurik aurkitu. Hala ere, egindako analisi kuantitatiboak eta kualitatiboak kontuan hartuta, egoiliarrek ondoez psikologikoa izateko arrisku-populazioa izan daitezkeela ikusi dugu. Etorkizunera begira ikerketa gehiago behar dira, baheketa eta lanketa egoki bat egin ahal izateko.

Gako-hitzak: Egoiliarra, Antsietatea, Familia-medikua, Gipuzkoa.

Abstract

The high training of physicians, Internal Resident Physicians (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

Haizea Garcia Fernandez, Haritz Esnal, Iñigo Martin Alvarez, Eulalia Mariñelarena

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.

No significant statistical relationship has been found between variables. However, taking into account the quantitative and qualitative analyzes performed, we have seen that residents may be at risk of experiencing psychological distress.

Keywords: Resident, anxiety, family physician, Gipuzkoa.

Bidalia :22/02/19

Onartua: 22/05/17

<http://doi.org/10.26876/Osagaiz.1.2022.370>

1. Sarrera

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, horiek aurrera ateratzeko konstantzia eta diziplina ezinbestekoak dira. Horretaz gain, unibertsitate-garaiari amaiera ematerakoan, medikuen espezialitate-formazio garaiari hasiera ematen zaio, lau edo bost urtetan zehar, barneko mediku egoiliarra (BAME) bilakatuz. Formakuntza-prozesu hori estres eta zaurgarritasun handiko epea da.

Formazio-garaiari konplexutasuna ematen diotenak askotariko faktoreak dira. Alde batetik, lan-mundura ateratzeak dakarren presioa topa dezakegu: erabakiak hartzea, guardietako lanaldi amaigabeak, nekea, ardurak handitzea, diziplina askotako lantaldeetan parte hartzea, emozionalki eragin handikoegoerak ikustea, dilema etiko edo moralak bizitzea... Bestetik, asistentzia-lanak egiteak sortzen duen presioa bera ere badugu, hau da, paziente edo familiekin harremanetan egoteak eragiten duen karga emozionala. Horiez gain, medikuntza eta osasun-zientziak, orohar, zientzia ez-zehatzak izanik, askotan ziurgabetasuna sor dezakete. Egoera konplexu horienguztien kudeaketak estres handiasor dezake, horregatik beharrezkoa iruditzen zaigu osasun-langileen osasun mentalari erreparatzea.

Medikuen espezialitate-formazio garaia aztertzeko xedez, hainbat ikerketa bideratu izan da. Formakuntza-prozesu hori etorkizuneko mediku espezialista izateko kompetentziak garatzeko duen garrantziagatik bihurtu da lehen lerroko kezka. Ikerketa horietan, hainbat autorek garai estresagarribezala definitzen dute BAME prozesua eta formazio-garaiko estres horrek egoiliarra egoera zaurgarri batean kokatzen duela baieztatu, zeinak ondoez psikologikoa edukitzera bultzatu dezakeen (1). Blancafort *et al.*-en (2) arabera, aztertutako egoiliarren % 30,1ek ondoez psikologikoaren irizpideak betetzen zituzten.

Asegabetasuna edo ezinegona deskribatzeko garaian hainbat hitz aztertu dira zientzia-literaturan: estresa, burnout-a, depresioa, antsietatea, neke psikikoa edo asegabetasuna bera. Ikerketa honetandepresioaren eta antsietatearen azterketari ekingo diogu.

Antsietatea, orohar, inpotentzia edo beldur-sentimendu gisa deskribatzen da. Sarritan, gaixotasuna kontrol-galeraren sentazioarekin lotuta egoten da, eta heriotzarekin. Orokortutako antsietate-asalduraren diagnostikoa egin ahal izateko, antsietateak eta gehiegizko kezkak gutxienez 6 hilabeteko iraupena izan behar du. Pertsonak zaila izaten du sintomatologia kontrolatzea. Asaldura dagoela bermatzeko pertsonak honako sei sintoma hauetatik hiru edo gehiago izan behar ditu (horietako bat

edo batzuk, gutxienez, 6 hilabeteko iraupenarekin): urduritasuna edo pazientziarik eza, nekagarritasun erraza, kontzentratzeko edo burua zuri izateko zailtasuna, suminkortasuna, muskulutentsioa, edo lo-asaldurak (3).

Aipatu den moduan, BAME prozesuaburnout-aren eta buru-osasunaren arazoan (antsietatea eta depresioa) garapenean arrisku faktore bezala ager daiteke (4). Baieztapen hori kontuan edukita, eta egoiliarrengan antsietatea eta depresioa aztertu duten ikerketak aztertuta, prebalentzia desberdinak topatzen ditugu: Peterlini *et al.*-ek (5) egindako ikerketan, barne-medikuntzako egoiliarren % 26,9k antsietate-sintoma maila handiak zituztela ikusi zen, % 55,9k maila ertaina eta % 17,2k maila apala. Emakume egoiliarrek gizonek baino antsietate- eta depresio-maila askoz handiagoa zutela ere ikusi zen ($p < 0,001$). Korrelazio argia aurkituz antsietatearen eta depresio-egoeren artean ($R = 0,65$, $p < 0,001$).

Al Atassi *et al.*-ek (6) egindako ikerketan aurpegi-masailetakoko kirurgiako egoiliarren % 58k antsietate-maila ertain/larriak aurkezten zituzten, eta emakumeek gizonek baino probabilitate handiagoa zuten antsietate larria izateko (% 60 emakumeetan, % 37 gizonetan, $p < 0,01$). Noronha *et al.*-ek (7) onkologiako egoiliarrekin egindako ikerketan, parte-hartzaileen % 19,3k antsietate larria aurkeztu zuten eta % 18,1ek depresiorako puntuazio ertain/larriak.

Prebalentzia esanguratsu horiek guztiak erreferentziatzen hartuta, garrantzitsua da antsietateak kognizio-gaitasunean eragiten dituen ondorio kaltegarriak ezagutzea. Antsietateak maila esanguratsuak gainditzen dituztenean, emozioen kontrol kognitiboa goitik behera murriztu dezake: joera kognitiboak okertu eta funtzio exekutiboak hondatu. Jarrerazendua garatzea eta presiopean arazoizko erabakiak hartzea BAME-en formakuntzaren helburuetako bat bada, erabilgarria litzateke jakitea ea antsietate ertain edo larriak ahalegin horiek zapuzten ote dituen; bereziki, ez dagoelako estrategiarik egoiliarren formazioaren hasieran edo formazio-prozesuan zehar arrisku-faktore horiek bahetzeko.

Antsietatearen gailentzea argi dagoen arren, zenbait ikerketak 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 izatekoa 8 aldiz handiagoa (8,9).

Gure inguruan, medikuengan orohar, eta are gehiago BAME-engan, antsietate-maila altuak egon daitezkeela aurreikus dezakegu. Bai antsietateak eta bai depresioak medikuaren erabakietan akatsak areagotu eta formakuntza-prozesua alde batera uzteko gogo handitu dezaketela jakinda, prozesu horietan sakontzea garrantzitsua izan daiteke. Susmoa dugu horrek guztiak zerikusia izan dezakeela egoiliarren eraginkortasunaren murrizpenarekin, beren buruarekin gustura ez egotearekin eta beren lan-giroarekin.

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

2. Helburuak

2.1. Helburu orokorra

Haizea Garcia Fernandez, Haritz Esnal, Iñigo Martin Alvarez, Eulalia Mariñelarena

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

2.2. Helburu zehatzak

- Antsietatearen eta depresioaren prebalentziak behatzea.
- Depresioarekiko diagnostiko diferentziala zehaztea.
- Formazio-urte ezberdinen arteko konparazioa gauzatzea.
- Hirugarren mailako ospitaleen eta eskualdeko ospitaleen arteko desberdintasunak aztertzea.
- Generoen arteko desberdintasunak aztertzea.
- Espezialitatearen aukeraketarekiko adostasunaren/asebetetzearen eragina aztertzea.
- Emaitzen bilakaera aztertzea 5 hilabeteren ondoren.

Azken helburu bezala, erantzun psikopatologikoak atzematea, ebaluatzea, eta balego, haiei bide ematea proposatzen dugu.

2.3. Lan-hipotesiak

1. BAME-en % 50ek antsietate-maila ertain/altua aurkeztuko dute.
2. Lehen urteko egoiliarrek antsietate-maila altuagoak aurkeztuko dituzte.
3. Hirugarren mailako ospitaleetan antsietate-maila altuagoak agertuko dira.
4. Emakume egoiliarrengan antsietate- eta depresio-maila altuagoak aurkituko dira.
5. Antsietate-maila altua aurkezten dutenengan depresio-maila altuagoak agertuko dira.
6. Espezialitatearen aukeraketarekiko adostasun gutxiago dutenengan antsietate-maila altuagoak espero dira.

3. Material eta metodoak

Antsietatearen alderdi kuantitatiboak eta kualitatiboak kontuan hartuta, ikerketa deskribatzaile eta prospektiboa egin dugu.

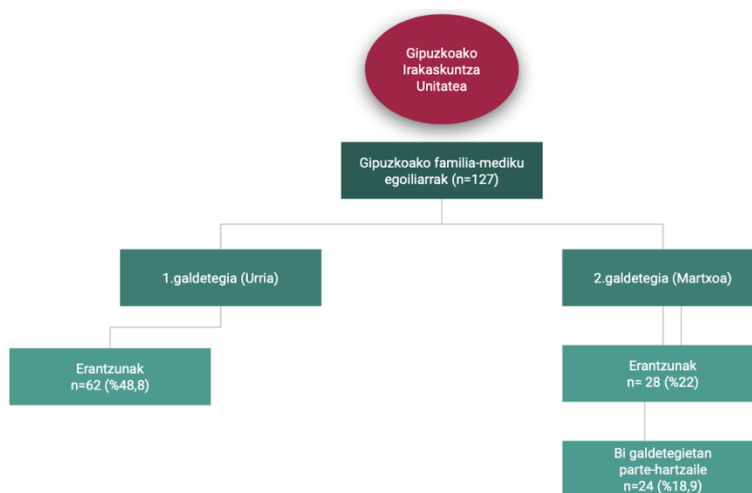
3.1. Lagina

Formazioko 4 urteak eta eskualdeko ospitale zein hirugarren mailakoak kontuan hartuta, Gipuzkoako familia-mediku BAME guztiei egin zaie ikerketan parte hartzeko eskaera (n = 127). Galdetegiaren bidalketa e-mail bitartez egin da. Hautapen-irizpideak honako hauek izan dira: borondatez parte hartzea eta azterketa egin bitartean lanean dauden familia-mediku egoilarrak izatea.

Lehenengo galdeketa erantzute-tasa % 48,8 izan da (62/127). Bigarren aldian % 22 (28/127). Orotara 34 parte-hartzaile galdu eta 4 irabazi dira (**1. irudia**). Ikerketan parte hartzea borondatezkoa izan da, eta ikerlanaren barruan zegoen edonork nahi edo behar zuenean parte hartzeari uzteko aukera izan du. Parte-hartzaileen konfidentziasuna errespetatua izan da “abendua 5eko, Datu Pertsonalak Babesteko eta Eskubide Digitalak Bermatzeko 3/2018 Lege Organikoa” errespetatuz.

Etika Batzordeak aurreikusitako arrisku psikologikoa kontuan izanda, kontaktu-telefono eta e-mail bat ahalbidetu zaie parte-hartzaileei. Aldi berean arrisku psikologikoaren balorazio-protokolo bat eraiki dugu.

1.irudia. Galdetegien erantzute-tasaren diagrama.



3.2. Tresnak

Antsietatearen alderdi **kuantitatiboa** HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) eskalaren bitartez neurtua izan da (**1. eranskina**). Bere barnean bi azpieskala ditu, HADA eta HADD, hurrenez hurrenez, antsietatea eta depresioa neurtzeko eskalak. Eskala horietako 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 ebaketa-puntuak hauek dira: 0 - 7 asaldura falta (antsietate gabea), 8 - 10 zalantzarikoa (antsietate ertaina), eta 11 edo gehiagoko puntuazioa asaldura-mailako antsietatea/depresioa.

Galdetegi hori Zigmond eta Snaith (1983) egileek sortu zuten eta espainiar balidazioa Caro eta Ibañezek (1992) egin zuten (10). Euskarazko bertsioa proiektu honetarako egin da, zehazki. Ez dago balidazio ofizialik (**2. eranskina**). Oro har, fidagarritasuna eta baliozkotasuna egokiak dira. 0,70eko baliagarritasun-koefizientea du, eta fidagarritasunari dagokionez, azpieskala bakoitzerako Cronbach-en alfa koefizientea 0,80koa da. Galdetegiak barne-trinkotasun handia (0,83 eta 0,85 arteko alfa), 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 espezifikotasunarekin(11,12).

Galdetegi **kualitatiboa egiteko**, lantaldeak sortutako galdetegi bat erabili da. Galdera irekiak, galdera nominalak eta galdera mistoak (irekiak eta numerikoak uztartuta) erabili dira. Bai euskaraz, bai gazteleraz egin da (**3. eta 4. eranskinak**).

Gainerako aldagaiak neurtzeko asmoz, datu-bilketa zabala egin da, adina, generoa, egoiliar-urtea eta erreferentziako osasun-zentroaren aldagaiak kontuan hartuz.

Bigarren galdetegi 5 hilabeteren buruan bidali zaie. Hasierako blokean identifikazio-kodea eta HADS eskala betetzea eskatu diegu. Galdetegi kualitatiboari dagokionez, eredu laburrago bat aurkeztu zaie (**5. eta 6. eranskinak**).

3.3. Prozedura

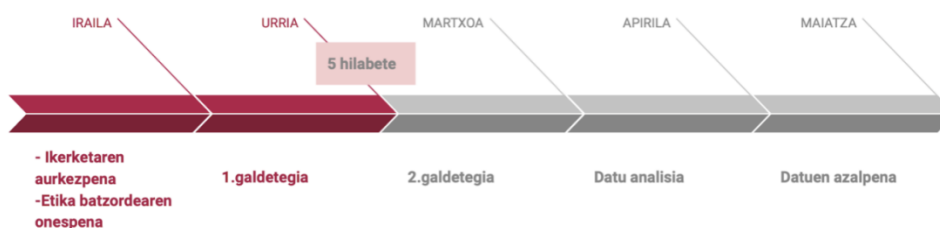
Lehen mailako Gipuzkoako familia-mediku BAME-ei ikerketaren nondik norakoak aurrez aurre aurkeztu zitzaizkien, Donostiako Ospitale Unibertsitarioaren harrera-bileretako bat baliatuz. Egoera esperimendal berdintsua mantendu nahian, bigarren, hirugarren eta laugarren mailako Gipuzkoako

familia-mediku BAME-ei bideo bidez egin zaie proiektuaren aurkezpena. Horren ostean, azalpen labur batekin, galdetegiaren parte hartzeko gonbidapena luzatu zaie. 2020ko urrian eta 2021eko martxoan bidali zitzaizkien galdetegiak (**2. irudia**). Erreklutamendua, Familiaeta Komunitate Medikuntzako Irakaskuntza Unitatearen Donostiako koordinatzaileak egin du.

Laginarekin azterketa deskribatzailea joera zentralerako neurrien bidez egin da. HADS testeko puntuazioaren batura kalkulatu da, eta partaideak ebaketa-puntuaren arabera sailkatu dira. Antsietatearen prebalentziak beste aldagaiekin (generoa, erreferentziako ospitalea, egoiliar-urtea eta espezialitatearen aukerarekiko adostasuna) duen harremana aztertzeko Pearson-en khi karratuaren proba estatistikoa baliatu da. Antsietatearen denboran zeharrek bilakaera aztertzeko Student-en t proba erabili da. Aipatutako azterketa guztiak SPSS programa estatistikoa erabiliz burutu dira eta galdutako balioak kontuan izan dira. Kasu guztietan p-ren 0,05 balioa baino txikiagoa den esangura onartu da.

Ikerlan hau EHUko erantzukizun zibileko aseguruaren harpidetzapean egin da (zenbakia:82312627) (**7. eranskina**). Hortaz, lana egiteko onespina eskatuko zaio GIEBri (Gizakiekin lotutako Ikerketetarako Etika Batzordea) eta Gipuzkoako Osakidetzako Etika Batzordeari (**8. eta 9. eranskinak**).

2.irudia. Ikerketa-prozesuaren kronograma



4. Emaitzak

4.1. Analisi kuantitatiboa

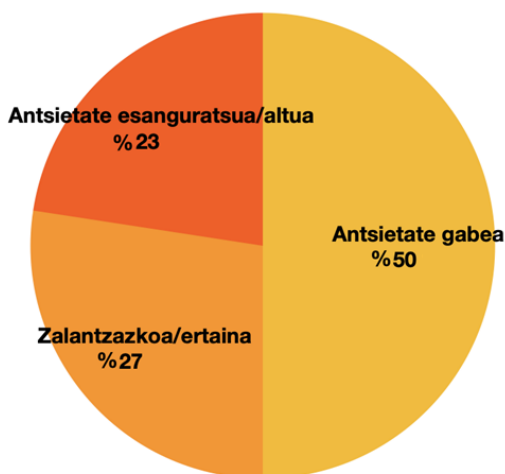
Lehen galdetegiaren lagina 62 pertsonak osatu dute. Batez besteko adina 27,21 urtekoa izan da, 25-35 urte bitarteko aldakortasunarekin. Emakumezkoen proportzioa % 85,2 izan da (n = 52) eta gizonezkoena % 14,8 (n = 9). Parte-hartzaile batek ez dio galdera honi erantzun.

Egoiliar-urteari dagokionez, gehiengoaren lehenengo urteko egoiliarrak izan dira (% 39,3, n = 24), bigarren eta laugarren urtekoak segidan (% 24,6, n = 15 eta % 23, n = 14, hurrenez hurren). Parte-hartze txikiena hirugarren mailako egoiliarrek izan dute (% 13,1, n = 8). Egoiliarren gehiengoak Donostiako Ospitale Unibertsitarioa du erreferentziatzat (% 77,4), ia portzentajebera mantendu dute Mendara, Zumarraga eta Bidasoako ospitaleek (% 6-8).

Bigarren galdetegiaren lagina 28 pertsonak osatu dute. Horietariko lau parte-hartzaile berriak ziren, berazbi galdetegiari erantzun dieten 24 pertsona ditugu osotara.

Galdetegiaren lehenengo faseari dagokionez eta antsietatearen eskalari erreferentzia eginez (HADA), lagineko 14 pertsonak (% 23) antsietate-maila esanguratsuak erakutsi dituzte eta 17 pertsonak (% 27) maila ertain edo zalantzarikoa (**3. irudia**). Laginarekin % 50ek (n = 31) antsietate-maila ertain/altuakadierazten ditu.

3. irudia.Antsietatearen prebalentzia-diagrama (1.galdetegia).



HADD azpieskalari dagokionez,maila baxuagoak aurkitu dira: 6 pertsonak (% 10) sintomatologia-maila ertaina aurkeztu dute. Aipagarria da, 5 pertsonak bi eskaletan maila ertain edo esanguratsuak izan dituztela,bai antsietatearen alorrean eta bai depresioaren alorrean.

Galdetegiaren bigarren faseari dagokionez,5 pertsonak (% 21)lortu dituzte antsietate-maila esanguratsuak eta 6 pertsonak maila ertain edo zalantzarriak (% 25). HADD alderdiari dagokionez, maila baxuagoak aurkitu dira, soilik 3 pertsonak (% 12,5) aurkeztu dute sintomatologia-maila ertain bat.

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

1. taula. Antsietatea - Egoiliar-urtea.

Taula gurutzatua HADA (1) eta Egoiliar urtea

			Egoiliar urtea				
			E1	E2	E3	E4	Guztira
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%	

Erreferentziako ospitaleen datuak aztertuta, ehuneko antzekoak topatzen ditugu antsietate-maila altuetan, % 22,9 Donostiako Ospitale Unibertsitarioa erreferentziatzat dutenengan eta % 21,4 Mendaro, Bidasoa eta Zumarragako ospitaleak erreferentziatzat dituztenengan. Taula orokorra ikusita ehunekorik altuena antsietaterik ez duten ospitale txikiko egoiliarrengan aurkitzen dugu (**2. taula**).

2. taula. Antsietatea – Erreferentziazko ospitalea.**Taula gurutzatua HADA (1) eta Erreferentziazko ospitalea**

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

Generoaren aldagaia aztertuta, antsietate-maila altuetan gizonetzkoen eta emakumezkoen ehuneko antzekoak topatzen ditugu (% 22,2 eta % 23,1, hurrenez hurren). Taulako ehuneko altuenari erreparatuz gero, antsietaterik gabeko gizonetzkoetan aurkitzen dugu (% 55,6) (**3. taula**).

3. taula. Antsietatea-Generoa.**Taula gurutzatuak HADA (1) eta Generoa**

HADA 1			Generoa		Guztira
			EMAKUMEZKOA	GIZONEZKOA	
	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%

Depresioaren eta antsietatearen arteko harremana aztertzerakoan, depresio-gradu ertaina aurkeztu dutenen artean, % 50ek antsietate altua ere adierazi dutela ikusten dugu. Ehunekorik altuena antsietaterik eta depresiorik ez duten egoiliarrengan topatu dugu (% 53,6) (**4. taula**).

4. taula. Antsietatea-Depresioa.

Taula gurutzatua HADA (1) eta HADD (1)

HADA 1			HADD 1		Guztira
			Depresiorik ez	Depresio gradu ertaina	
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 ehunekoa % 50 izan da kasu guztietan. Hortaz, ehuneko altuenak antsietate altua eta erabaki zalantzakoa, antsietaterik ez eta aukeraketarekiko baikorrak, eta antsietaterik ez eta erabakiarekiko desadostasuna aurkezten dutenen aretan topatzen ditugu (**5. taula**).

5. taula. Antsietatea-Espezialitatearen aukeraketarekiko adostasuna.

Taula gurutzatua HADA (1) eta Espezialitate aukeraketarekiko adostasuna

HADA 1			Aukeraketarekiko adostasuna			Guztira
			BAI	EZ	ZALANTZAN	
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%

Behin taula gurutzatuen begi-bistako datuak aztertuta, antsietatearen eta gainerako aldagaien arteko harreman estatistikoa aztertzeko Pearson-en khi karratuaren proba erabili da. Aldagaien arteko harremana dagoela bermatzeko $p < 0,05$ eko esanguratsutasun-maila onartuko da soilik.

Aztertutako aldagaien artean **ez da harreman esanguratsurik topatu**, kasu guztietan p balioak finkatutako akatsa baino altuagoak dira (**6. taula**):

6. taula. Khi karratuaren probarensintesi-taula.

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

HADS galdetegiaren antsietatearen emaitzak 5 hilabeteko tartearekin konparatzeko asmoz “binakako laginen Student-en tproba” erabili da. Bertan bi galdetegi erantzun dieten subjektuen emaitzen batezbestekoak (n = 24) alderatu dira.

Datuetan (**7. taula**) ikus daitekeenez, antsietate-mailaren batezbestekoaren jaitsiera bat agertzen da 5 hilabeteren ostean. Hala ere, ezin dugu bi batezbestekoen arteko desberdintasun esanguratsua dagoenik baieztatu. Alde batetik, $p > 0,05$ eko balioak dituelako eta, bestetik, konfiantza-tartearen barnean $[-0,731-1,564]$ zeroa aurkitzen delako (**8. taula**). Beraz, ezin dugu baieztatu 5 hilabeteko antsietatearen neurketen batezbestekoen arteko desberdintasun esanguratsurik dagoenik.

7. taula. Binakako laginen batezbesteko estatistikoak.

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

8.Taula. Student-en probaren taula.

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

4.2. Analisi kualitatiboa

Egoiliarrei egunerokotasuneko egoera desberdinetan (guardiaren bezperan, guardia bitartean, guardia ostean, kontsultan, larrialdietan eta saioklinikoetan) sentitzen duten konfiantza- edo segurtasun-mailaren inguruan galdetu zaie. Orokorrean konfiantza- eta segurtasun-maila

txiki/ertainak gailentzen dira egoera hauetan:guardiaren bezperan, guardia bitartean eta larrialdietan.

Aurretik aipatutako egoeretan hautemandako antsietatearen inguruan ere galdetu zaie. Guardiaren bezperan, guardia bitartean eta larrialdietan antsietate-maila ertain/nahikoak agertu dira.Deskribatutako antsietate horren aurrean dituzten tresna edo trikimailuen inguruan galdetzean, bai guardiaren bezperan eta bai guardia ostean kirola egitearen ideia (korrika, yoga...) gailendu da.

Antsietatearen sintoma zehatzen inguruan galdetu zaie ondoren. Sintoma fisikoeidagokienez, sabeleko edo buruko mina eta urduritasuna/ezinegona izan dira gehien agertu diren sintomak. Sintoma fisiko horiek zer egoeratan agertzen diren galdetzean, % 71k guardia bitartean sumatu dituztela adierazi dute. Sintoma kognitiboeidagokienez, gehien agertzen den sintoma ezkortasuna da. Zer egoeratan agertzen diren galdetuz gero, guardia bitarteko egoera izan da gehien errepikatutako egoera, laginaren % 72k horrela zehaztuta. Antsietatearen sintoma emozionalen inguruan galdetuta, egoiliarren gehiengoak gogogabetasuna azpimarratu du sintoma nagusizat. Agerpen-egoerei erreparatuta, % 58k guardia ostean agertzen direla adierazi dute. Bigarren galdetegian, emaitza nahiko antzekoak aurkitu dira.

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, % 71k ezetz erantzun dute. Aldiz, laguntza psikologikoa jasotzeko/eskatzeko prest egongo ote ziren galdetzean % 82k baiezkoa eman dute. Bigarren galdetegian, erantzun-joera berdina mantendu dira.

Galdetegiaren amaieran, espezialitatearen inguruan galdetu zaie. Espezialitatearen aukeraketaren inguruan galdetzean, espezialitate orokorra eta transbertsala izatearen ideia izan da gehien errepikatutakoa. Egindako espezialitatearen aukeraketarekin ados dauden galdetzeko orduan, % 84k baietz erantzun dute eta % 13k“ez guztiz” erantzun dute.Espezialitatea uzteko tentazioen inguruan galdetzean, % 74k familia-medikuntza uzteko ideiarik ez dutela erantzun dute.

Galdetegia amaitzeko eta espezialitatearen inguruko galderari lotuta, BAME formakuntza-prozesuaren inguruan galdetu zaie. Alde batetik, formakuntza-prozesuarekin konforme zeuden aztertu da. % 61ek “ez guztiz” edo ezezko erantzunak eman dituzte eta % 35 BAME formakuntza-prozesuarekin ados aurkeztu dira.

5. Eztatanda

Azterlan honen emaitzak ikusita honakoa baiezta dezakegu: **biztanleria orokorraren antsietate- eta depresio-mailak gaitzen** dituen biztanleria batean aurrean gaude. Gipuzkoako familia-mediku egoiliarren % 23k antsietate-maila esanguratsu edo altuak dituzte eta % 10ek depresio-maila zalantzakoa edo ertainak aurkeztu dituzte. Espainiako biztanleria orokorreko datuekin alderatzen badugu, % 6,7k antsietatea eta % 6,7k depresioa aitortzen dute. Euskal Autonomia Erkidegoari erreparatzen badiogu, ordea, egoiliarren adin-tartean (15-45 urte), antsietate eta depresioaren sintomen prebalentzia % 7,8 - % 10 tartean aurkitzen dugu (13, 14).

Horrek denak gure lehen hipotesia egiazkotzat jotzera garamatza. Egoiliarren % 50ek antsietate-maila ertain/altuak aurkeztu izanak aurreko ikerketen emaitzetara hurbiltzen gaitu (5,6). Hala ere, egoiliarren antsietatearen inguruko ikerketa gutxi aurkitu ditugunez, ikerketen arteko konparazioak 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 perfekzioarako ohitura, autokritikarako eta ezaugarri obsesiboekiko joera. Medikuntzako ikasleek unibertsitate-garaiko formazioa egiten ari diren bitartean aldagai nagusiak kontrolpean izaten dituzte, hala nola ikasi

beharreko teoria kopurua, prestakuntzarako behar dituzten orduak, ikasgelan jasotakoaren eta azterketetan eskatutakoaren arteko oreka... Kontrolpeko egoera irmo batetik, kontrolpean ez duten egoera batera igarotzen direnez (eta ardura handiko erabakiak, deskantsu falta, lanaldi amaigabeak, etab.), antsietatea eta burnout-a izateko arrisku-populazioa izan daitezkeela errazki pentsarazten digute.

Lan-munduaren hastapenean haien esku ez dauden aldagai asko daude. Beren burua ingurune berri batean aurkitzen dute eta arrotza egiten zaie. Bidean erreferentziatzeko pertsonak topatzen dituzte eta ideal edo helburu bat/batzuk irudikatzen jotzen dutela irudika dezakegu. Ideal bezala pertsona gogorra, ordu asko lanean ematen dituen, akatsik egiten ez duena, emozioak erreprimitzeko gai dena, ongi hitz egiteko abilezia duena, harreman osasungarriak garatzen dituen, eta formakuntza aktiboa mantentzen duena izan daiteke (6). Ideal edo helburu horietarako bidean motibaziorik eza, porrotaren sententzia edo/eta autoestimua baxua ager daiteke, denboraren joanean, antsietate edo depresio bilaka daitekeena. Idealizazioa eta autoexigentzia eskutik joan daitezkeela irudika dezakegu, beraz.

Antsietate-egoera patologiko hori ongi aztertze hainbat aldagairen 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.**

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 (7,15). Gipuzkoako familia-mediku egoiliarrei erreparatuta, lehen urteko (% 25) eta laugarren urteko (% 35,7) egoiliarrek aurkeztu dituzte antsietate-maila altuenak.

Datu hauek ulertu nahian, lanpostu batean hasteak edo rol berri bat hartzeak antsietate-maila handiagoa dakarrela dioten ikerketen azalpeni erreparatu diegu (16,17). Aldaketa-momentu hori, lehen mailako egoiliarretan aurrez irudikatu dugun arren, laugarren mailako egoiliarren kasuan antzera azter dezakegu. Lan-munduratzeko berria baitute haiek ere. Medikuek albokoa izateko amildegiaurrean aurkitzen dira eta etorkizunaren ziurgabetasunak izan dezakeen pisuari aurre egin behar diote.

Horren harira, BAME formakuntza aurrera joan ahala, prebalentzia jaitsi egiten zela ikusi zuten ikerketetatik abiatuta (6), 5 hilabeteko tartean antsietate-mailen neurketa egitea erabaki dugu. Dena den, datuak ikusita, formakuntza aurrera joan ahala (5 hilabetean zehar) ez da batezbestekoen arteko desberdintasun esanguratsurik topatu.

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

Laugarren hipotesiari helduta, emakume egoiliarretan antsietate- eta depresio-maila altuagoa aurkitzea espero genuen. Ikerketen artean adostasunik aurkitu ez dugun arren (6,15,18,19), populazio orokorrean antsietate-asaldura eta asalduradepresibo 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 horrek generoen arteko desberdintasunen inguruan pentsatzera garamatza. Azken finean, ezin dugu jakin emakumeek sintoma gehiago aurkezten dituzten, edo horiek informatzeko eta ezagutzeko gaitasun gehiago dituzten. Beraz, aurreko autoreek zioten bezala, ezin da arrisku gehiago dutelako baieztapenik egin (6).



Bosgarren 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 erdiek antsietate-maila altua aurkeztu dute.

Seigarren hipotesi bezala, espezialitatearen aukeraketarekiko adostasun gutxiago dutenen artean antsietate gehiago agertuko zela onartu genuen. Estatistikoki esangurarik gabeko harreman bat topatu arren, espezialitatearen inguruko zalantzak zituzten egoiliarren %50ek antsietate altua aurkeztu dute, eta aukeraketarekin ados zeudenen %50 antsietate gabeko egoiliarak izan dira (15).

Alderdi kualitatiboaren azterketari begiratzen badiogu; guardiaren 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, zeinean antsietate-maila handiagoa izango luketen guardietan eta larrialdietan, eta ez hainbeste, aurretik edo ondoren (20).

Antsietatearen sintoma zehatzen inguruan galdetu zaienean, guardiak iraun bitartean, **sintoma fisiko eta kognitiboak** gailendu dira; **sintoma emozionalak**, aldiz, guardia osteko egoeretan agertzen dira. Hortaz, gure emaitza kualitatiboak aurreko ikerketekin bat datoz. Familia-medikuek denbora falta edo plangintza falta faktore estresagarri bezala aipatzen dituzte, larrialdietako lanen gainkarga eta gainbegiratze faltarekin batera (21).

Azterlan honen indargune nagusia da, maiz, ospitale-ingurunean antsietatearen azterketan erabiltzen den tresna balidatua erabili dugula, HADS (22). Aldi berean, aipagarria iruditzen zaigu lagin oso konkretu batera heltzeko gai izan garela eta haien egoera hobeto ezagutzeko aukera izan dugula.

Lanaren mugei dagokienez, subjektuen antsietate-mailaren 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 zehartasunaren menpe aurkitzen baitira. Bestalde, erantzuna eman dutenen tasa baxua eta parte-hartzaileen galera aipagarria da. Galera horien zergatia edo erantzunik ezaren zergatia jakitea interesgarria suerta daiteke, are gehiago, desiragarritasun soziala ez dugulako neurtu.

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

Azkenik, ezin dugu ahaztu, datu-bilketa Covid-19aren pandemia-garaian egin dugula, eta horrek areagotze bat ekar zezakeela egoiliarren antsietate-mailan (23).

Etorkizunari begira, hobekuntza bideratu dezaketen hainbat datu aipagarri identifikatu direnez, ikerketa gehiago, eta haien egokitzapenak, egitea ongi legoke. Adibidez, ikerketa-lagin handiago batekin errepikatzeko aukera interesgarria litzateke. Gure ikerketan erabilitako laginak % 10eko errore-maila ($n = 56$) izan duela onartuta, gutxienez 96 egoiliarren partaidetza beharrezkoa litzateke errore-maila hori % 5era murrizteko (% 95eko fidagarritasunarekin, $\sigma = 2$ izanik).

6. Ondorioak

Medikuntza eta osasun-arloari zuzenean lotutako eguneroko jarduna arduratsua eta korapilatsua da edonorentzat. Pisu handiko erabakiak hartu behar izateak eta lan-karga gogorak izateak osasun-langileak burnout-a izateko arrisku-populazio bezala identifikatzen ditu, kasu honetan barneko

Haizea Garcia Fernandez, Haritz Esnal, Iñigo Martin Alvarez, Eulalia Mariñelarena

mediku egoiliarrak. Horrenbestez, BAME prozesuak ezinegon emozionala sortzen duelako nozioa berresten da. Antsietate-maila ertain/altuak topatzen ditugu egoiliarren % 50ean.

Aztertutako populazioaren laginean ez da muturreko erantzunik topatu, baina aurreko ikerketetan ikusi diren joeren zertzeladak ikusgarriak dira oraingoan ere. Egoiliarren diskurtsoetan, guardiek edo larrialdiekantsietatean duten pisuaazaleratu da. Lan-gainkargak edo erreferentziatzeko ereduaren eragina zeinen handiakizan daitezkeen hitzetan jarri da eta ahultasun-uneei argitasun apur bat eman zaie.

Hori guztiakontuan edukita, ez legoke soberantzeman litezkeen asaldura psikologikoak garaiz identifikatu eta bideratzeko prozesuak martxan jarriko balira etorkizunean. Baheketa-sistemak ezarri eta BAME prozesuan zehar egoera hauei aurre egiteko estrategien tailerrak edo hitz egiteko uneak/guneak ahalbidetuz. Aldi berean, ikerketa-lan gehiago behar direla uste dugu, antsietatearen eragina pazientearekiko tratuan esanguratsua den egiaztatzeke, batik bat.

7. Eskerrak

Lan hau Medikuntza Gradu Gradu Amaierako Lanetik eratorria da. Hortaz eskerrak eman nahi dizkiot lan hau burutzea posible egin duen Haritz Esnal Amundaraini, momentu oro emandako arreta eta feedbackarengatik, gertutasunarengatik eta eskainitako laguntzarengatik. Eta ezin ahaztu, ezkutuagotik baina beren laguntza eman didaten Iñigo Martin Alvarez psikologo eta medikua, eta Eulalia Mariñelarena Mañeru egoiliarrenganako bidea errazteagatik.

8. 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; 2008. 26 or.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. argit. Barcelona: Masson; 2013. 155-235 or.
4. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med.* 2015; 20:353-62.
5. Peterlini M, Tibério IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ.* 2002; 36(1): 66-72.
6. 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;76(12): 2532-2539.
7. 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; 11(3):387-393.
8. O'Donnell M, Noad R, Boohan M, Carragher A. Foundation programme impact on junior doctor personality and anxiety in Northern Ireland. *Ulster Med J.* 2012; 81:19-25.
9. 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.
10. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983; 67:361-70.
11. 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.
12. 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.
13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. 4-10 or.
14. Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca de 2018 (ESCAV 18). 14-15 or.

- 15.Ovejas-López A, Izquierdo F, Rodríguez-Barragán M, Rodríguez-Benítez J, García-Batanero M, Alonso-Martínez M, Alonso-Masanas C. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten. Primaria*. 2020; 52(9):608–616.
- 16.McCullough J, Van Hamel C. Anxiety among newly-qualified doctors: An eight-year analysis. *Medical Teacher*. 2019; 42(1):52-57.
- 17.Rudman A, Gustavsson J. Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48(3): 292-306.
- 18.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.
- 19.Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA*. 2004;292(23):2880–2889.
- 20.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.
- 21.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.
- 22.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.
- 23.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.

9. Eranskinak

HADSHospital 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 Antsietate 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 bezainbeste
- (1) Ez lehen bezainbat
- (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. Mantso eta baldar sentitzen naiz:

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

9. Sabelean 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 bezainbeste 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 sentsazioak 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 (gaztekeraz)

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.

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.

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?

Haizea Garcia Fernandez, Haritz Esnal, Iñigo Martin Alvarez, Eulalia Mariñelarena

-¿Estas de acuerdo con tu proceso formativo?

-¿Qué mejorarías?

4. eranskina

Galdetegi kualitatiboa (euskaraz)

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

+Guardiaren 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?

+Guardiaren 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. Adibidez, 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

Arnasestua, disnea inoiz ez/noizean behin/askotan

Aho lehorra inoiz ez/noizean behin/askotan

Urduritasuna/ Ezinegona inoiz ez/noizean behin/askotan

-Zein egoeratan? (markatu nahi bezainbeste)

+Guardiaren 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 bezainbeste)

+Guardiaren 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 bezainbeste)

- +Guardiaren 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 (gaztelera):

1. Código 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 en torno 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 |

Haizea Garcia Fernandez, Haritz Esnal, Iñigo Martin Alvarez, Eulalia Mariñelarena

+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 en torno 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

¿En cuál de estas situaciones? (puedes marcar más 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

¿En cuál de estas situaciones? (puedes marcar más 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

- ¿En cuál de estas situaciones? (puedes marcar más 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 galdetgia (euskaraz):

1. Identifikazio-kodea

2. HADS/ADOE eskala

3. KUALITATIBOA

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

+Guardiaren 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 albokoekin edukitako iritzi ezberdinengatik...

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

+Guardiaren 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

Haizea Garcia Fernandez, Haritz Esnal, Iñigo Martin Alvarez, Eulalia Mariñelarena

*Deskribatu, nahi baduzu, zerbait egoera bakoitzaren inguruan. Adibidez: antsietatea lan-karga handia dagoenean, guardia gabeko epe luze baten ostean, denboraren kudeaketa 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
Arnasestua, disnea	inoiz ez/noizean behin/askotan
Aho lehorra	inoiz ez/noizean behin/askotan
Urduritasuna/ Ezinegona	inoiz ez/noizean behin/askotan

-Zein egoeratan? (markatu nahi bezainbeste)

- +Guardiaren 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

- Zein egoeratan? (markatu nahi bezainbeste)

- +Guardiaren 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

-Zein egoeratan? (markatu nahi bezainbeste)

- +Guardiaren 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 sumatu al duzu?

-Hobera

-Okerrera

-Berdin

-Beste bat:

7.1. Zure ohituretan zerbait aldatu baduzu, hemen deskribatu:

8) Galdetegi hau arazoak bideratzeko lagungarria izan zaizu?

-BAI

-EZ

-Beste bat:

7. eranskina



NAZIOARTEKO
BIKANTASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL

IKERKETA SAILEKO ERREKTOREORDETZA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

José Luis Martín González, Vicerrector de Investigación de la UPV/EHU, en nombre y representación de la misma, en virtud de las competencias que tiene atribuidas en el marco de lo establecido en la resolución de la Rectora de la UPV/EHU (BOPV de 23 de enero de 2017),

CERTIFICA

Que la UPV/EHU tiene suscrita una póliza de seguro de responsabilidad civil nº 82312627 por la que, a los efectos de la responsabilidad civil derivada de las actividades de investigación, quedan expresamente incluidas como aseguradas las personas pertenecientes al personal docente investigador (PDI) y al personal de administración de servicios (PAS) en el ejercicio de sus actividades profesionales por cuenta de la UPV/EHU. También se incluye el personal en prácticas y en formación, así como los que trabajen bajo control y dependencia de la universidad y las que sean objeto de aseguramiento del daño expreso en base a los acuerdos y convenios suscritos con la UPV/EHU que así lo contemplan.

Queda expresamente cubierta la responsabilidad civil imputable a la UPV/EHU de las actividades de investigación evaluadas y con informe favorable de los comités de ética para la investigación (CEISH, CEEA y CEIAB), quedando excluidos los ensayos clínicos¹ (LIB 14/2007 y RD1090/2015) y las investigaciones con OMGs que no sean estrictamente de utilización confinada (Ley 9/2003 de 25 de abril).

Leioa, 3 de octubre de 2019

José Luis Martín González
Vicerrector de Investigación

¹ ENSAYO CLÍNICO

Un estudio clínico que cumpla cualquiera de las siguientes condiciones:

Se asigna de antemano al sujeto de ensayo a una **estrategia terapéutica determinada**, que **no forma parte de la práctica clínica habitual** del Estado miembro implicado.

La decisión de prescribir los **medicamentos en investigación** se toma junto con la de incluir al sujeto en el estudio clínico.

Se aplican **procedimientos de diagnóstico o seguimiento** a los sujetos de ensayo que **van más allá de la práctica clínica habitual**.

ENSAYO CLÍNICO DE BAJO NIVEL DE INTERVENCIÓN

Un ensayo clínico que cumpla todas las condiciones siguientes:

Los **medicamentos en investigación**, excluidos los placebos, están **autorizados**.

Según el protocolo del ensayo clínico:

Los medicamentos en investigación se **utilizan de conformidad con los términos de la autorización** de comercialización, o

El uso de los medicamentos en investigación se **basa en pruebas y está respaldado por datos científicos publicados sobre la seguridad y eficacia** de dichos medicamentos en investigación en alguno de los Estados miembros implicados.

Los procedimientos complementarios de diagnóstico o seguimiento **entrañan un riesgo** o carga adicional para la seguridad de los sujetos que es **mínimo comparado con el de la práctica clínica habitual** en alguno de los Estados miembros implicados.

vrinvestigacion@ehu.es
<https://www.ehu.eus/es/web/ikerkuntza>

BIZKAIKO CAMPUSA
CAMPUS DE BIZKAIA
Sarriena Auzoa, 2/g
48940 LEIOA



OSI-Donostialde

El CEI del Área Sanitaria de Gipuzkoa ha evaluado la solicitud del Dr. Haritz Esnal Amundarain, como Tutor del Trabajo Fin de Grado de Medicina de la alumna Haizea García Fernández estudiante de 6º de Medicina, en calidad de autora del Trabajo Fin de Grado durante el curso académico 2020/2021 y titulado:

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

Y Resuelve:

Aprobarla, dado el compromiso expresado de que se respetará la “Ley Orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales” que proporcionará la información de manera anonimizada y garantiza los derechos de privacidad de sus pacientes de acuerdo al marco legal vigente.

Además los datos del estudio serán almacenados electrónicamente de acuerdo con las leyes vigentes de Protección de Datos.

Por lo que firma la presente Declaración en San Sebastián, a 28 de Septiembre de 2020

Firmado:



Fdo.: Jose Ignacio Emparanza



Donostia Ospitalea
Hospital Donostia

Este CEI no ha accedido ni ha evaluado el protocolo del estudio. Esta aprobación sólo es válida para el fin que expresa este documento: tutorización que garantiza la protección de datos personales y derechos digitales.

9. eranskina



NAZIOARTEKO
BIKAINITASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL

IKERKETA SAILEKO ERREKTOREORDETZA
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

**GIZAKIEKIN ETA HAUEN LAGIN ETA DATUEKIN
EGINDAKO IKERKETEI BURUZKO ETIKA
BATZORDEAREN (GIEB-UPV/EHU) TXOSTENA**

M^a Jesús Marcos Muñoz andreak, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitateko (UPV/EHU) GIEBeko idazkari gisa,

ZIURTATZEN DU

Ezen gizakiekin egindako ikerkuntzaren etika batzorde honek, GIEB-UPV/EHU, (2014/2/17ko 32. EHAA)

Balioetsi duela ondoko ikertzailearen proposamen hau:

Haizea García Fernández andreak, M10_2020_216, honako ikerketa proiektu hau egiteko:
"Gipuzkoako familia-mediku egoiliarak (BAME) eta lan-munduaren hastapeneko antsietatea"

Eta aintzat hartuta ezen

1. Ikerketa justifikatuta dago, bere helburuei esker jakintza areagotu eta gizarteari onura ekarriko baitio, ikerlanak lekartzakeen eragozpen eta arriskuak arazoizko izanik.
2. Ikertzaile taldearen gaitasuna eta erabilgarri dituzten baliabideak aproposak dira proiektua gauzatzeko.
3. Ikerketaren planteamendua bat dator era honetako ikerkuntza egin ahal izateko baldintza metodologiko eta etikoekin, ikerkuntza zientifikoaren praktika egokien irizpideei jarraiki.
4. Indarreko arauak betetzen ditu, ikerketa egin ahal izateko baimenak, akordioak edo hitzarmenak barne.

Aldeko Txostena eman du 2020ko urriaren 22an egin duen bileran (130/2020akta) aipatutako ikerketa proiektua ondoko ikertzaileek osatutako taldeak egin dezan:

Haizea García Fernández
Haritz Esnal Amundarain
Iñigo Martín Alvarez

MARIA
JESUS
MARCOS
MUÑOZ

GIEB-UPV/EHUko idazkari teknikoa
Secretaria Técnica del CEISH-UPV/EHU

Eta halaxe sinatu du Leioan, 2021ko urtarrilaren 20an

susi.marcos@ehu.es
www.ehu.es/CEID

**INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA PARA LAS
INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS, SUS
MUESTRAS Y SUS DATOS (CEISH-UPV/EHU)**

M^a Jesús Marcos Muñoz como Secretaria del CEISH de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (JPV/EHU)

CERTIFICA

Que este Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos, CEISH-UPV/EHU, BOPV 32, 17/2/2014,

Ha evaluado la propuesta de la investigadora:

Dña. Haizea García Fernández, M10_2020_216, para la realización del proyecto de investigación:
"Gipuzkoako familia-mediku egoiliarak (BAME) eta lan-munduaren hastapeneko antsietatea"

Y considerando que,

1. La investigación está justificada porque sus objetivos permitirán generar un aumento del conocimiento y un beneficio para la sociedad que hace asumibles las molestias y riesgos previsibles.
2. La capacidad del equipo investigador y los recursos disponibles son los adecuados para realizarla.
3. Se plantea según los requisitos metodológicos y éticos necesarios para su ejecución, según los criterios de buenas prácticas de la investigación científica.
4. Se cumple la normativa vigente, incluidas las autorizaciones, acuerdos o convenios necesarios para llevarla a cabo.

Ha emitido en la reunión celebrada el 22 de octubre de 2020 (acta 130/2020), **INFORME FAVORABLE** a que dicho proyecto de investigación sea realizado, por el equipo investigador:

Haizea García Fernández
Haritz Esnal Amundarain
Iñigo Martín Alvarez

Lo que firmo en Leioa, a 20 de enero de 2021

BIZKAIKO CAMPUSA
CAMPUS DE BIZKAIA
Sarriena Auzoa, z/g
48940 LEIOA

10.eranskina

Chi-karratuaren froga (Antsietatea-Egoiliar urtea)

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

Chi-karratuaren froga (Antsietatea-Errefentziatzko ospitalea)

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

Chi-karratuaren froga (Antsietatea-Generoa)

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

Chi-karratuaren froga (Antsietatea-Depresioa)

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

Chi-karratuaren froga (Antsietatea-Aukeraketarekiko adostasuna)

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