
OEEren 26. OSASUN BILTZARRA

Menpekotasunen aurrean...geure buruen jabe

Izenburua: OEEren 26. Osasun Biltzarra: Menpekotasunen aurrean... geure buruen jabe

Egileak: hitzaldi, ahozko komunikazio eta posterren egileak (Aurkibidea ikusi)

Azalaren irudia: Angel Alayo Arrugaeta

Argazkiak: Angel Alayo Arrugaeta

Inprimategia: Gertu Inprimategia

Idazkaritza teknikoa: Iberba Euskara Zerbitzua Lege Gordailua: SS-481-2016

ISBN: 8435226158600

PSP: 5,00 €

BATZORDE ZIENTIFIKOA

Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laraudogoitia

Lourdes Unzueta Zamalloa

Izaskun Elezgarai Gabantxo

Leire Erkoreka Gonzalez

Koldo Callado Hernando

BATZORDE ANTOLATZAILEA

Ainara Salazar Iturbe

Angel Alayo Arrugaeta

Angel Bidaurrezaga Van-dierdonck

Xabier Bilbao Atxutegi

Ainhoa Otaola Agirre

Rafael Sarria Arostegi

Jose Mari Uribarri Atutxa

AURKIBIDEA

1. HITZAURREA 6

2. EGITARUA 8

3. HITZALDIAK 11

4. AHOZKO KOMUNIKAZIOAK 86

5. POSTERRAK 112

6. TAILERRAK 138

7. AURKIBIDE OSOA 142

8. EGILEEN AURKIBIDEA 148

9. KOADERNOA 154

1. HITZAURREA



Menpekotasunen aurrean... geure buruen jabe

XXI. mendeko gizartea, oro har, dituen baldintzengatik, hainbat menpekotasunen barne bizi da, hala nola fisikoak, psikologikoak edo sozialak. Aldaketa demografikoak, teknologikoak eta sozialak direla eta, menpekotasun berriak sortzen ari dira etengabe. Osasunaren kontzeptuan egoera fisikoaz gain, alde emozional eta sozialak aztertu nahi ditugu hainbat ikuspuntutatik. Eman nahi diogun ikuspuntua da, biltzarraren izenburuak dioen moduan, menpekotasun zahar zein berrien aurrean, osasun-langileok nola jokatu dezakegun aztertzea eta gogoeta egitea, herritarren burujabetasun-maila sustatzeko.

Bi egunetan zehar menpekotasunen inguruan hiru mahai-inguru antolatu ditugu, bata ohikoa den substantzia edo drogen menpekotasunari buruzkoa. Bigarrena teknologiek dakartzaten menpekotasun berriei buruzkoa, telefono mugikorretatik datozkigunak bereziki, eta hirugarrena zahartzaroari eta arlo soziosanitarioari lotutakoa.

Hiru tailer osagarri egongo dira, arlo praktikoagoak lantzeko. Horiekin batera, ahozko komunikazioei tarte gehiago eskainiko zaie, jendearen parte-hartzea eskertzeko eta bultzatzeko. Eta posterrei dagokienez, egutegian tarte bat gorde da interesatuek egileen azalpenak entzuteko aukera izan dezaten.

Osasun Biltzar honek menpekotasunak hobeto ezagutzeko, prebenitzeko eta horiei aurre egiteko balio izango duela espero dugu.

Batzorde Antolatzailea eta Zientifikoa

2. EGITARAUA

APIRILAK 22, OSTIRALA

- 09:00** Dokumentazio-banaketa.
- 09:15** Ongietorria eta biltzarraren aurkezpena.
- 09:45-11:30** Lehenengo mahai-ingurua: **Substantziekiko menpekotasunen aurrean**
Moderatzailea: Lourdes Unzueta Zamalloa
- *Droga berriak (mefredona, crocodil...)*. Koldo Callado Hernando, EHUko Farmakologia saila, Irakasle agregatua.
 - *Patologia duala*. Idoia Larrañaga Garate, Bizkaiko Osasun Mentaleko Sareko psikiatra.
 - *Gazteak eta alkohola*. Santi Mintegi Raso, Guruzetako Unibertsitate Ospitalea EHU, Larrialdi pediatrikoak.
- 11:30-12:00** Atsedaldia.
- 12:00-14:15** Bigarren mahai-ingurua: **Substantziabako menpekotasunen aurrean**
Moderatzailea: Jose Mari Uribarri Atutxa
- *Teknologia berriekiko menpekotasuna*. Ainhoa Otaola Agirre, Etorikintza Elkarteko teknikaria.
 - *Ludopatia, eraldaketa etengabea*. Ilargi Zarate Orio, Ekintza-Aluviz elkarteko psikologoa.
 - *Autonomia emozionala, hurbiletik maitatu urrutira heltzeko*. Aritz Anasagasti Undabarrena, Emotional Network enpresako zuzendaria.
- 14:15-16:00** Luntx-bazkaria
- 16:00-17:30** Ahozko komunikazioak.
Moderatzailea: Angel Bidaurrezaga Van-dierdonck
- 16:00-17:30** Tailerrak:
- *Talde Terapia*. Teresa Brouard Aldamiz, Deustuko Unibertsitatea, OMIE fundazioa, psikologo klinikoa eta Deustuko Unibertsitateko irakaslea.
 - *Mendekotasunen balorazioa eta orientazioa*. Ana Rosa Aranda Lanbea Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintzako medikua, eta Agurtzane Etxezarraga Etxebarria, Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintzako gizarte-langilea.
- 17:30-18:00** Atsedaldia
- 18:00-18:30** Posterren azalpena. **Bideratzailea: Izaskun Elezgarai**
- 18:30** OEEren Batzar Nagusia
- 19:00** Afaria (Hika Ateneo-Atxuri)

APIRILAK 23, LARUNBATA

09:30-11:30 Hirugarren mahai-ingurua. Menpekotasun soziosanitarioen aurrean

Moderatzailea: Angel Alayo Arrugaeta

· *Adinekoenganako tratu txarrak.* Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laraudogoitia, BFAko. Ebaluazio eta Orientazio Zerbitzuko burua eta Eusko Jaurlaritzako Koordinatzaile Soziosanitarioa.

· *Zaintzailearen zeregina.* Mikel Lopez Elorriaga BFA. Gizarte Ekintza Saila Menpekotasunaren Balorazio eta Orientazio Zerbitzua. Gizarte-langilea

· *Gazteak eta alkohola.* Santi Mintegi Raso, Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea EHU, Larrialdi pediatrikoak.

11:30-12:00 Atsedenaldia.

12:00-13:30 Ahozko komunikazioak.

Moderatzailea: Leire Erkoreka Gonzalez

12:00-13:30 Tailerrak

· *Droga berriak detektatzea.* Ailaket Elkarte.

13:30-14:00 Biltzarraren amaiera: Markos Zapiain Agirre

3. HITZALDIAK



3.1. Droga berriak

Luis F. Callado Hernando
EHU, Farmakologia Saila
lf.callado@ehu.es

a) Sarrera

Gaur egungo gizartean ia pertsona guztiek kontsumitzen dute drogaren bat, nahiz eta noizbehinka baino ez izan. Hala ere, menpekotasunak, denboran zehar, aldakorrak dira. Substantzia eta kontsumo-eredu berriak sortzen dira eta kontsumitzeko testuinguruak aldatzen dira. Gure gizartean droga ezberdinak daude; eta, gogoan izan behar dugu, legezketasunaren eta gizarte-praktiken ikuspegitik, egoerak oso ezberdinak izan daitezkeela: Legezko eta legez kanpoko drogak daude; onartutako –eta sozialki begi onez ikusten direnak– eta debekatutako kontsumoak; adinez nagusientzako legezkoak diren kontsumo eta erosketak baina nerabeentzako legez kanpokoak direnak; kontsumoa eta salmenta araututa dauden tokiak eta debekatuta dauden tokiak.

Azken urteotan ikusi da menpekotasunak eragiten dituzten ohiko substantziez gain, badirela, gero eta sarriago, menpekotasuna edo kontrol gabeko gehiegizko kontsumoa eragiten dituzten droga berriak. Euskal Autonomia Erkidegoan kokainak eta anfetaminak jarraitzen dute izaten droga ilegal kontsumituenak. Hala ere, azken urteetan igo egin da substantzia berrien kontsumoa, eta gero eta gehiago dira merkatuan aurkitzen diren droga berriak.

Droga berrien artean gehienak sintesi-drogak dira. Sintesi-drogak 1990eko hamarkadatik aurrera zabaldu ziren. Droga sintetiko hauek ez dute gai naturalen kopia zertan izan. Zientziak izadian aurkitzen ez diren droga guztiz berriak diseinatzeko ahalmena du gaur egun. Droga berriak diseinatzeko moduetako bat beste droga batzuen molekula-egitura aldatzea da. Droga eraldatu horiek (analogoak deituak) jatorrizko molekula bezain eraginkorrak izaten dira, eta orokorrean askoz merkeagoak. Droga berri hauek merkatuan agertzen diren unean berritasun bat suposatzen dute. Gainera, molekula ezberdinak izanda, legez kanpoko drogen-zerrendetatik kanpo daude eta berez, haien salmenta esparru “alegalean” kokatzen da.

Droga berrien taldean sar daitezken substantziak asko eta oso ezberdinak dira, eta era askotan sailka daitezke. Hala ere, hitzaldi honetan hurrengo multzoetan sailkatuko ditugu: anfetaminaren analogoak, kannabinoide sintetikoak, katinonak, piperazinak, landare-substantziak eta bestelakoak.

b) Anfetaminaren analogoak

Anfetaminak substantzia ezberdin osatutako talde zabala dugu. Talde honen barruan eragin pizgarria (anfetamina klasikoak), entaktogenoa (MDMA eta eratorriak) edo aluzinagarria (metoxianfetaminak) izan dezaketen substantziak daude. Eragin bata edo bestea sortzea neurotransmisore ezberdinekiko duten eraginaren, emandako dosiaren

eta kontsumitzaile bakoitzaren ezaugarrien arabera izango da.

Orokorrean, anfetaminek neuronan neurotransmisore ezberdinen askapena bultzatzen dute. Substantzia hauek kontsumitu ondoren, serotoninaren eta dopaminaren gabezia ematen da. Gabezi honek 24 ordu inguru iraungo du eta kontsumitzaileak 2-3 egun beharko ditu aurreko egoera normalera bueltatu arte. Fenomeno hau dela eta, kontsumitzaile askok energia falta, geldotasuna eta depresioa pairatuko dute substantziaren kontsumoa eten ondoren. Gainera, kontsumo kronikoak neurotoxizitatea sortuko du neuronan galera eraginez.

Azken aldi honetan, talde honen barruan garrantzi gehien hartu duen substantzia PMMA dugu. PMMA parametoxianfetamina da eta “superman” ezizenez ezagutu da. Azken hau substantzia arriskutsu hau daukaten pilulek supermanen ikurra baitute bere azalean. PMMAk serotoninaren mailak igotzen ditu eragin pizgarria eta entaktogeno indartsuak eraginez. Baina bere arazo nagusia hau da: substantzia oso toxikoa dela, gutxieneko dosi eraginkorraren eta dosi toxikoaren artean tartea oso estua delako. Hau dela eta, Europan eta Euskal Herrian izandako heriotza batzuk substantzia honen kontsumoarekin lotu dira.

c) Kannabinoide sintetikoak

Droga sintetiko hauek kalamuaren eragina imitatu nahi dute. Orokorrean, barne-sistema kannabinoidean dute eragina eta honen hartzaileak aktibatzen dituzte. Hala ere, beraien afinitatea CB1 hartzaile kannabinoidekiko Δ^9 THC-arena baino 20 aldiz altuagoa izan daiteke. Beraz, kalamuaren antzeko eraginak izango dituzte (euforia, kitzikapena, barrea, gose-eza...) baina efektua askoz indartsua izango da. Horregatik, toxikapena eta eragin kaltegarriak (takikardia, aho-lehorra, begien gorritasuna, ataxia, ikara-atakeak...) agertzeko arriskua ere altuagoa izango da.

Kannabinoide sintetiko hauek oro har Interneten bidez saltzen dira. Orokorrean, legalak diren eta eragin psikoaktiboa duten beste landare exotikoekin edo aromatikoekin (Picea densiflora, Leonitis leonurus...) batera nahastuak eskaintzen dira. Produktu hauek “spice” edo “K2” ezizenez saltzen dira. Research Chemical gisa ere saltzen dira, substantziaren izen generikoa erabiltzen dute. (JWH-018, HU-210, CP-47.497...) eta hauts zuri forman eskaintzen dira.

d) Katinonak

Katinona, Catha edulis (Khat) landarearen osagai aktiboa da. Landare hau psikoestimulatzailer moduan erabili da betidanik Afrikako lurralde askotan. Gehiegizko kontsumoak psikosia edo bihotzekoa pairatzeko arriskua igo omen du. Azken urteotan katinonaren zenbait analogo sintetikoak agertu dira merkatuan.

Katinonaren analogo hauen artean ezagunena mefedrona da. Mefedronak eragin pizgarriak eta entaktogenoak ditu, kokaina zein estasiaren alternatiba ohikoena bihurtu da zenbait herrialdetan. Hala ere, mefedronaren kontsumoarekin lotutako toxikapen eta heriotza batzuk agertu dira zenbait herrialdetan. Gehiegizko kontsumoak takikardia, hipertentsioa, hiperaktibitate motorea, izerdia, hipertermia, antsietate eta gorakoak eragin ditzake.

Hartzen diren beste katinonaren analogo sintetikoak hurrengoak dira: etkatinona, 3-fluometilkatinona, metkatinona eta 3,4-metilendioxipirovalerona (MDPV). Azken hau, MDPV, droga kanibal edo zonbi ezizenez ere ezagutu da. Sudurraren bidez hartzen da eta toxikotasun-akutuak eragin neurologikoak, kardiobaskularrak eta psikopatologikoak eragiten ditu. Hala nola, parkinson, diskinesiak, takikardia, hipertentsioa, hipertermia, psikosia, ikara-atakeak eta haluzinazioak. Droga honek zuzenean eragindako zenbait heriotza ere agertu dira

e) Piperazinak

Piperazinak Estatu Batuetako merkaturatua agertu ziren pasa den mendeko 1990eko hamarkadan. Hamar urte beranduago Europan sartu ziren eta bere kontsumoa izugarri hazi da azken urteotan. Bere merkaturatzea party pills, A2, Nemesis, Legal X edo herbal pills ezizenez egiten da. Pilula hauen osagai nagusia 1-benzilpiperazina (BZP) da, nahiz eta trifluorometilfenilpiperazina (TFMPP) edo 1-3-klorofenilpiperazina ere (mCPP) topatu daitezkeen.

Substantzia hauen akzio-mekanismoa konplexua da. Orokorrean serotonina eta dopaminaren askapena bultzatzen dute eta bere birxurpaga ere inhibitzen dute. Ahoaren bidez hartzen dira pilulen moduan. Hartu ondoren, eragin pizgarriak eragingo dituzte. Haien artean, euforia, kitzikapena, urduritasuna, hipertentsioa, takikardia eta dardarak agertuko dira. Toxikapena anfetaminek eragindakoaren antzekoa da. Antsietatea, agitazioa, dardarak, gorakoak eta nahastea pairatu daitezke. Erresuma Batuan droga hauek eragindako zenbait heriotza agertu ziren eta horren ondorioz, debekatuak izan ziren Europar Batasunean 2008an.

f) Landare-substantziak

Helburu erlijioso edo ohitura zaharrei jarraituz, landare eta onddo batzuk aspaldidanik hartu izan dira kultura ezberdinetan beraien eragin psikoaktiboz gozatzeko. XXI. mendeko mundu globalizatuan substantzia hauen kontsumoa hedatu eta gizarte modernoetara ailegatu da. Haien artean egitura kimikoa, akzio-mekanismoa eta eragin ezberdinetako substantziak aurki ditzakegu.

Ayahuasca

Kontsumitzaileak landare ezberdinen nahasketa bat egosi ondoren ateratako likidoa hartzen du. Nahasketa horretan Banisteriopsis caapi liana eta Psychotria viridis landarearen hostoak aurkitzen dira gehien bat. Lehenengoaren printzipio aktiboak monoaminoxidasa entzimaren inhibitzaileak dira, harmina eta harmalina hain zuzen. Bigarren landarearen osagaien artean dimetiltriptamina haluzinagarria topatuko dugu.

Ayahuasca, eragin lasaigarriak izateaz gain, entzun- eta ikus-haluzinazioak sor ditzake.

Iboga

Ibogaina da Tabernanthe iboga landarearen sustraietan aurkitzen den osagai psikoaktiboa. Ibogainaren eragina oso luzea da eta 48 ordu baino gehiago iraun dezake.

Hasieran nahasmena, agitazioa eta ikara eragiten ditu, baina gorputza ohitzen denean, ikus-haluzinazioak agertuko dira.

Salvia

Salvia divinorum landarea aspaldidanik erabili da Mexikon beherakoak, buruko mina edo erreumatismoa sendatzeko. Baina landare honen eragin psikoaktiboak eragiten dituen osagai aktiboa hostoetan dago eta Salvinorina A deitzen da. Substantzia hau lehenengo haluzinagarri ez-alkaloidea dugu. Salvinorina A-k kappa motako hartzaile opioideen agonista indartsua da. Normalean hostoak erretzen dira eta handik 2 minutura 15-20 minutu iraungo duten eraginak sumatuko dira. Orokorrean, entzun- eta ikus-haluzinazioak agertuko dira. Kontsumitzailearen sentikortasuna argiarekiko zein soinuekiko handiagoa izango da. Batzuetan eragin haluzinogenoak desagertu ondoren, zorabioa, buruko mina eta amnesia ere ager daitezke.

Burundanga

Burundanga da Europan aski ezaguna den Hyoscyamus albus landarearen izena Afrikako yoruba hizkuntzan. Landare honek eragin antikolinergikoa duen alkaloide bat dauka, mandragora edo atropa belladonna landareak bezala. Burundanga ezaguna egin da azkenaldi honetan toxiko moduan erabiltzen delako edari alkoholikoetan nahastuta. Horrela, kontsumitzailearen sedazioa lortuko da, gero lapurtzeko edo bortxatzeko intentzioaz. Toxikapen akutuen ondorioz aho lehorra, hipertermia, midriasia, ikusmen lausoa edo takikardia ager daitezke. Dosi altuetan ataxia, haluzinazioak, delirium edo desorientazioa eragin ditzake, kasu batzuetan heriotza ere eragin dezake.

Ololiuqui

Cristobal Colon garaiaren aurreko hitz honek landare igokari baten lorea izendatzen du. Lore hau Ipomea biolazeoa da eta LSD-aren aitzindari den azido lisergikoaren amida (ergina) dauka bere barnean. Eragina orokorrean lasaigarria da, nahiz eta batzuetan haluzinazio arinak ere ager daitezkeen.

Kratom

Asiako hego-ekialdean lantzen den Mitragyna speciosa landarea kratom ezizenez sartu da drogen merkaturatua. Landare hau murtxikatua, infusioan edo erreta hartzen da. Bere osagai psikoaktibo garrantzitsua mitraginina da eta mu-hartzaile opioideen agonista izateaz gain, 5HT_{2A} eta α ₂ hartzaileekin ere lotzen da. Dosi baxuetan kokaina antzeko eragina dauka euforia, urduritasuna eta desio sexuala areagotzen da. Dosi altuetan, berriz, morfinak bezalako eraginak sortuko ditu, disforia, zorabioak, izerdia edo miosia, esate baterako. Beste drogekin batera hartuz gero, nahasketa hilkorra izan daiteke.

g) Bestelakoak

GHB

Azido gamma-hidroxi-butiriko (GHB) GABA neurotransmisorearen eratorria da. "Estasi likidoa" ezizenez ezagutu da, nahiz eta zer ikusirik ez izan anfetaminaren analogoekin.

Orokorrean, GHB-k nerbio-sistema zentralaren eragin depresorea dauka. Hala ere, kasu batzuetan eragin pizgarriak edo sedagarriak izan ditzake dosiaren arabera. Substantzia hau koloregabekoa, usaingabekoa eta zaporegabekoa da. Hau dela eta, ura edo beste edariekin nahasteko erreza da. Ez denez nabaritzen, toxikapena agertzeko arriskua altua da. Menpekotasuna sortzeko ahalmen handia ere badauka. Hartu eta 5-10 minutu ondoren, hasiko dira eraginak. Eragin hauek 1-3 ordu iraungo dute, oso aldakorrek dira eta alde aurretik jakinezinak. Gai-dosiaren ondorioz logura, hipotonia, buruko mina, eta nahasmena agertuko dira. Kasu larrietan koma eta heriotza ager daitezke arnas depresioaren ondorioz. Abstinentsia-sindromearen ondorioz, loezina, antsietatea, goragaleak, takikardia, dardarak, karranpak eta izerdia ager daitezke. Normalean 3-10 egun iraungo du, baina kasu batzuetan hilkorra izan daiteke.

Krokodiloa

“Krokodiloa” da kalean erabiltzen den hitza desomorfinari opioide semisintetikoa izendatzeko. Droga hau aho bidez eta bereziki zain bidez hartzen da. Azken urteotan, konposatu honen erabilpena Europan zehar zabaldu da garestia eta topatzeko zaila den heroinaren ordezkotzat. Izena kontsumitzaileengan sortzen dituen azaleko ultzera berdeengatik dator, krokodilo baten itxura egiten dute. Hauek agertuko dira sintesi-prozesuan sortzen diren hondakin eta ezpurutasunen ondorioz. Hondakin hauek azalaren narritadura, ultzera berdeak eta tronboflebitisa eragingo dituzte krokodilo xiringatzen den eremuan. Desomorfinari klandestinoki sintetizatu daitezke kodeinatik, merkeak eta lortzeko errazak diren produktuak erabiliz eta laborategiko tresneria arrunta behar duten erreakzio kimiko errazaz baliatuz. Desomorfinari mu-hartzaile opioideen agonista indartsua da. Euforia, sedazioa eta analgesia eragingo ditu. Morfinak baino eragin azkarragoa eta indartsuagoa dauka. Hala ere, toxikotasuna eta konbultsioak eragiteko joera ere handiago da. Orokorrean, goragaleak, gorakoak, idorreria, gernu-erretentzioa, konbultsioak eta heriotza ekar litzakeen arnasa-depresioa ager daitezke.

h) Bibliografia

- Baumann M.H., Partilla J.S. & Lehner K.R. “Psychoactive bath salts: Not so soothing” *European Journal of Pharmacology* 698: 1-5 (2013).
- Burillo-Putze G., Climent B., Echarte J.L., Munné P., Miró O., Puiguriguer J. & Dargan P. “Drogas emergentes (I): Las smart drugs”. *Anales del Sistema Sanitario Navarro* 34: 263-274 (2011).
- Debruyne D. & Le Boisselier R. “Emerging drugs of abuse: current perspectives on synthetic cannabinoids”. *Substance Abuse and Rehabilitation* 6: 113-129 (2015).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. “Drogas emergentes”. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. (2011).
- Elliot S., & Evans J. “A 3-year review of new psychoactive substances in casework” *Forensic Science International* 243: 55-60 (2014).

· Katselou M., Papoutsis I., Nikolaou P., Spiliopoulou C. & Athanaselis S. “A krokodilo emerges from the murky waters of addiction. Abuse trends of an old drug”. *Life Sciences* 102: 81-87 (2014).

· Panenka W.J., Procyshyn R.M., Lecomte T., MacEwan G.W., Flynn S.W., Honer W.G. & Barr A.M. “Metamphetamine use: A comprehensive review of molecular, preclinical and clinical findings”. *Drug and Alcohol Dependence* 129: 167-179 (2013).

3.2 Patologia Duala. Ikuspegi Orokor bat.

Idoia Larrañaga Garate

Bizkaiko Osasun Mentaleko sareko psikiatra

idoia.larranagagarate@osakidetza.eus

a) Sarrera

Psikiatrian, *Patologia Dual deritzona*, gure artean azken urteotan entzuten ari garen kontzeptua da, eta nahiz eta bere egokitasun terminologikoa eztabaidatu daitekeen, (ingeleraz *concurrency*, edo *comorbidity* hitzak ere erabiltzen dira) praktikan ondorio onuragarriak izan ditzake. Estatuan, 2005. urtean Patologia Dual Erakundea sortu zen, eta Hego Euskal Herri mailan, 2005etik 2009ra arte “Drogamenpekotasun Jardunaldiak” deitzen zirenak, 2010etik aurrera “Patologia Dual Jardunaldiak” deitzera igaro ziren. Jardunaldi hauek urtero egiten dira, abenduan, Bilbon hain zuzen ere.

Pertsona berean gaixotasun mental bat eta gutxienez droga-menpekotasun bat elkarrekin batera ematen direnean, horri patologia duala deitzen diogu. Batuketa honek, psikopatologikoki, medikoki eta sozialki larritasun handia dakar; bai larrialdietara bisitak, bai ospitalean sartzak, bai arrisku-joerak, bai eta langabezia ere, are gehiago, marjinaltasuna- eta delitu-jokaera gehiago sortzen dira.

Auzi hau ondo identifikatzeko, batez ere bi arazorekin topatzen gara:

-Drogen edo sustantzien ondorio akutu edo kroniko askok gaixotasun mentalen sintomen antza dute.

-Gaixotasun mentalak “sindromeak” dira, fisiopatologia eta markagailu biologiko konketuak dituzten “gaixotasunak” baino gehiago.

Gainera, jakin badakigu substantzien kontsumoak eragina duela gaixotasun mentalean eta baita alderantziz ere, hau da, gaixotasun mentalen zenbait aldaerek droga-kontsumoaren agerpena ere ekar dezaketela.

b) Ikerketak

Ikerketa ugari egin dira eta egiten ari dira arazo honen inguruan, bereziki prebalentziak eta pertsona hauen gaixotasun mental eta kontsumoen ezaugarriak ezagutu nahian. Ez dugu, noski, egindako ikerketa guzti-guztien berri emateko asmorik, baina bizpahiru lan esanguratsu aipatuko ditugu, nolabait Patologia Dual kontzeptuaren bilakaeran esanguratsuak izan direnak. Hona hemen, laburbilduta, Patologia Dualaren inguruko ikerketen zenbait datu eta ondorio interesgarri:

Zenbait ikerketaren arabera, substantzien erabileragatik sorturiko ondoezek, hau da, kontsumoarekin harremana duten arazoek, paziente psikiatrikoetan % 20tik % 80ra bitarteko prebalentzia dute. Esan beharra dago, desberdina dela ikerketa egitea eta

neurtzea psikiatria orokorreko sarean, ala droga-menpekotasuneko sarean, baina edozelan ere nahiko argia dirudi bi elementuen arteko harremana estua dela, batez ere, substantzien gehiegizko erabileraren eta gaixotasun mental larrien artekoa.

Estatu Batuetan urteak daramatzate gaixotasun mental eta menpekotasunaren arteko oinarri neurobiologikoak ikertzen, harremanak bilatu nahian. Horren adibide da 2001ko Nora Volkowen taldeak idatzitako artikulua: “*Drug abuse and mental illness*”, zeinetan menpekotasun eta gaixotasunen arteko ezaugarri komunak aztertu ziren.

Madrilen, 2012. urtean anbulatorio-mailan egindako ikerketa garrantzitsu batean, patologia dualaren prebalentzia ezagutu nahi izan zen, eta tabakoa alde batera utziz, menpekotasunen sarean % 37 prebalentzia aurkitu zen, eta psikiatria orokorrean % 29koa. Lan honetan aurkitutako datuen arabera, batez ere alkoholaren eta kokainaren kontsumoak dira harreman estuena dutenak gaixotasun mentalekin. Zehatzago esanda, alkohol-kontsumoak antsietate-arazoekin, eta gaixotasun Bipolarrarekin; eta kokaina-kontsumoak gertaera edo sintoma psikotikoekin eta Nortasun-desorekekin. Bestalde, eta azken hauek alde batera utziz, ikerketa ugari diote Gaixotasun Bipolarra dela arrisku gehien duena menpekotasun bat garatzeko, batez ere alkoholarekin.

12 de Octubre ospitalean 2008an egindako beste ikerketa baten arabera, psikiatrian ingresatutako % 25ek Patologia Dualerako irizpideak betetzen zituen. Talde honetan, pazienteak batez ere gizonezkoak ziren, ez-kontsumitzaileak baino gazteagoak, menpekotasun aurrekari gehiagorekin familian eta delinkuentzia-aurrekariekin. Gainera, arazo psikiatrikoekin gazteago eta tratamenduan lehenago hasitakoak ziren.

Emakumeei dagokionez, aipa dezagun menpekotasun-arazoak sortzen direnean, gizonak baino PD ehunekoa altuagoa izaten dutela edota errazago antzematen dugula.

Baita kontuan izan behar da ere, tratamendua bilatzen duten pertsona-kontsumitzaileen artean, Patologia Dualaren prebalentzia altuagoa dela.

Laburbilduz, substantzia erabilienak PD taldean, orden honetan, ondokoak dira: alkohola, cannabisa eta kokaina. Gainera, gehien ikusten duguna polikontsumoa da, psikosi eskizofreniformeetan % 63ra heltzen da.

Bordelen 2011. urtean egindako beste lan bat pertsona bakoitzak menpekotasunetarako duen ahultasuna edo zaurgarritasuna ikertzen saiatu zen. Modu honetan, “Drogetan zentratutako” eredutik, “Pertsonetan zentratutako” eredura igaro zen. Beste hitz batzuetan esanda, drogen erabilerak garunean egiten duen mina aztertetik, pertsona bakoitzak zergatik hasten edo jarraitzen duen kontsumitzen aztertzen duen eredura igaro zen. Ildo beretik doa droga-menpekotasuna gaixotasun mentala dela esatea, eta ez izaera edo borondatearen akatsa.

c) Gure Inguruko egoera

Azkenengo hamarkadetan gaixotasun mentala osasun-sare normalizatuetan integratzen lortu da, menpekotasun-jokaerak sortutako gaixotasunen kasuan izan ezik. Baina orain dela gutxira arte, eta, zenbait gaixotasunetan oraindik ere, menpekotasun-motakoak bereziki, sare paralelo eta bazterrekoetan utzi dira, menpekotasunak ulertzeko modu

okerra dela eta. Gauzak honela, badirudi Patologia Dual kontzeptua praktikan baliagarria izan dela, behintzat errealitate kliniko hau antzeman eta deskribatu ahal izateko, gutxika menpekotasunen arazoa gaixotasun moduan ulertzeko eta osasun-sarean normalizatu ahal izateko ere, beste arazo psikiatriko bat bezalaxe.

Lehen aipatu dugun bezala, gaur egun bi sare mantentzen ditugu, bata psikiatria orokorrekoa, eta bestea Menpekotasunena, orain arte Toxikomaniak deitua. Nire formazioa eta ibilbide profesionala direla eta, ondoen ezagutzen dudan egoera Bizkaikoa da eta horretara mugatuko naiz hemen.

Bizkaian, Osakidetzaren Menpekotasun Sarea ondorengo elementuek osatzen dute: lau osasun mentaleko zentro; bi Bilbon, bat Barakaldon eta bestea, 2013. urtean sortua, Basauriko kartzela barruan. Bestalde, badago eguneko ospitale bat Larrabatzun (orain dela bi urtera arte komunitate Terapeutikoa zena) eta ingresudun desintoxikazio unitate bat Galdakao-Usansoloko Ospitalean. Osakidetzarekin kontzertatutako 3 modulu psikosozial ere badira Bilbon, eta baita 3. sektorekoak deitzen diren erakunde eta elkarte asko ere, gure pazienteak gizartean normalizatu ahal izateko (eguneko zentroak, pisuak, hezitzaileak, eta abar) beharrezkoak direnak.

Psikiatria orokorreko sarean, Osasun Mentaleko hemeretzi zentro daude, eta hauetako zortzik menpekotasun-arazoak ere artatzen dituzte, hau da, praktikan Patologia Duala artatzen dute. Normalean, zentroko psikiatra bat egoten da menpekotasun-arazoen kargura. Honek esan nahi du, noski, 11 zentrotan ez dela menpekotasun-arazorik tratatzen, honek dakartzan arazo guztiekin (psikiatren bikoiztasuna, tratamendu zatikatuak, pazienteak galtzeko arrisku handiagoak, eta abar.).

Hurbildu gaitezen, une batez, gabezia honek sor ditzakeen arazo praktikoetara: orain dela urte gutxira arte, nahiko ohikoa zen pertsona batek, adibidez, Eskizofrenia-diagnostikoa bazuen eta gainera heroinazalea bazen, psikiatra batek eskizofrenia artatzea eta beste batek heroinarekiko menpekotasuna. Eskizofreniaren arazoetariko bat, sinpleki esanda, norberaren psikearen "zatiketa" edo "eszizioa" da. Beraz, kontraesana nabarmena da: zelan lagunduko diogu pazienteari horretan, guk ere bere zatiketean laguntzen badugu tratamendua bera ere zatikatuz? Esan beharra dago, oraindik ere horrelakoak ikusten direla baina, zorionez, gero eta gutxiagotan gertatu ohi dela.

Honetaz gain, ondorengo egoitzak ere Bizkaiko psikiatria orokorreko sarearen parte dira:

- 4 zentro ume eta nerabezaroentzat eta eguneko ospitale bat.
- "Lehenak" izeneko programak, lehen gertaera psikotikoei hobeto erantzuteko, 3 zentro desberdinetan.
- 15 eguneko ospitale, gaixotasun mental larrietarako.
- TAC taldeak, eskualde bakoitzean bat, eta Bilbon, etxegabekoentzat, beste bat.
- 3 Ospitale Psikiatriko epe ertain edo luzerako.
- 4 akutu-unitate; 3 ospitale orokorretan eta bat ospitale psikiatrikoan kokatua.

Beraz, azpimarratzekoa da, praktikan, gaur egun, aipatutako toki guzti hauetan patologia duala ikusten dugula. Ohiko kasu bat nabarmentzearen, aipa dezadan nerabeen artean kalamuaren kontsumoa, azken honek dakartzan jokaera-aldaketekin eta psikosia gartzeko arrisku handiarekin. Izan ere, gaur egun gero eta gazteago hasten dira kontsumitzen, bai alkohola, eta bai kalamua. Esan gabe doa, kontsumo hauek, guztiz garatu gabeko garunentzako, bereziki kaltegarriak direla.

Lehen gertaera psikotikoen kasuan ere patologia dualaren ehuneko oso altua da, erdiak baino gehiagok droga-kontsumoak agertzen dituztelarik. Esate baterako, azken 4 urteetako kasu berrietan % 62k substantziaren bat kontsumitzen zuten, tabakoa eta alkohola alde batera utziz, gehien bat kalamua eta % 27 substantzia anitzeko kontsumitzaileak ziren.

Ospitalean gero eta gehiago ikusten diren kasuak direnez, gaur egun substantzien kontsumoa ekiditea zaila da, ospitalean ingresatua egonda ere; bereziki sintoma psikotikoak eta kontsumoak dituzten pertsonen artean beraien nahiaren kontra ingresatuta daudenean. Eguneroko praktikak eta errealitatea ezagututa, nahiko erraza dirudi ospitale batean drogak sartzeko modua aurkitzea. Aipa ditzadan hiru kasu, honen guztiaren adierazgarri:

30 urteko mutila. Menpekotasun-osasun mental zentro batean tratamenduan zegoen anfetaminak eta kalamua uzteko. 3 hilabete kontsumitu gabe egon eta gero, liseri- aparatuko arazo batengatik ingresatu zuten ospitale orokor batean, eta bertan ingresatua zegoenean, kalamua erretzen hasi zen berriz.

28 urteko neska bat. Eskizofrenia-diagnostikoarekin eta anfetamina- kontsumitzailea. Bere nahiaren kontra ospitale psikiatriko batean ingresatua, anfetaminek eragiten dioten minaren inolako kontzientziarekin. Ingresatutako lehen hiru hilabeteetan, ia-ia irten gabe eta bakarrik bere gurasoen bisitekin, anfetamina egunero hartzen zuen, beste paziente batek emanda.

Sare desberdinak izatearen arazoa irudikatzeke, aipa dezagun ondorengo kasua ere:

50 urteko gizona, depresioak jota. Famili medikuarenera doa eta honek medikazioa jartzen dio, eta 2-3 hilabetera ez denez hobeto sentitzen psikiatrarenera doa, osasun mentaleko zentrorra. Gizon hau herri txiki batekoa da eta ondoko herrira joan behar da psikiatrarengana. Ezkondua dago eta bi seme-alaba ditu, negozio txiki pare bat ere baditu, ekonomikoki ondo doazenak. Seme gazteak autismoa du eta berarekin harremana nahiko zaila da, medikuen laguntza behar dute. Psikiatrarekin izandako lehen kontsultan, egunero 4-5 ardo eta asteburuetan kopaxoren bat edaten duela kontatzen dionean, medikuak beste zentro batera joan behar duela esaten dio, lehenbailehen alkohola uzteko. Eta soilik ardoa uztea lortzen badu tratatuko lukeela. Psikiatria orokorreko zentroa bere herritik 5 kilometrorra dago, ostera, alkoholaren kontsumoa kontrolatzeko egokitzen zaion zentroa 20 kilometro baino gehiagora dago. Azken zentro honetan, menpekotasunen zentroan, depresioa eta alkohol kontsumoa tratatzen diote inolako arazorik gabe.

d) Etorkizuna, oraina.

Etorkizunerako erronken artean hauexek izan daitezke aipagarrienak:

- Substantzia batekiko menpekotasuna duten pertsonengan, instrumentu kliniko egokiak · edukitzea, gaixotasun mentalen behaketa (kribadoa) egiteko.
- Adostu non eta nola tratatu arazo hau duten pertsonak.
- Ezagutza eta formazio egokiak izan (MIR, EIR, PIR).
- Oinarri neurobiologikoen ikerketekin jarraitu.

Azken batean, aipaturako erronka hauei aurre egitea beharrezkoa da pertsonen tratamendu integratu bat eskaini ahal izateko. Patologia dualerako zentro bereziak sortu beharrez, anbulatorio-mailan behintzat, gaur egun ditugun bi sareen arteko harremana landuz, profesionalen formazioa hobetuz, eta jadanik ditugun baliabide terapeutikoak integratuz, nahiko ondo molda gintezke eta tratamendu egokiak aplikatu.

Badirudi poliki-poliki profesionalen artean aldaketa ematen ari dela, eta egoiliar berriek menpekotasunen arazoa gaixotasunen ikuspuntutik ulertzen dutelakoan nago, psikiatriaren parte moduan ikusiz, eta ez psikiatriatik aparte.

Esan bezala, patologia dualaren erabilera klinikoak onura praktiko nabarmenak ekar ditzake, baina, hasieran aipaturiko eztabaida terminologikoaren harira, onar dezadan agian patologia dual terminoa bera labur geratzen dela profil hauetako pazienteen larritasuna deskribatzeko. Praktika klinikoan ikusitakoaren arabera, badirudi egunero artatzen ari garen paziente askoren patologia, duala baino, anitza dela. Bertan, gaixotasun mentalaz eta droga-menpekotasunez aparte, beste famili arazo, arazo sozial, fisiko, legal, edota ekonomiko latzak elkartzeko baitira.

Amaitzeko, esan dezaket, mediku moduan gehien gustatzen zaidana pazientek ezagutzea eta aurrez aurre tratatzea dela. Hortaz, orain dela gutxi izandako kasu kliniko bat aipatuko dut, testu honen ikuspegi orokorrarekin bukatzeko. Nire ustez, kasu honek, modu oso adierazgarrian erakusten du "patologia dual" terminopean artatzen ari garen pazienteen konplexutasuna:

G. 31 urteko emakume bat da, ospitale psikiatrikoan ezagutu dut. Psikiatriako unitate akutu batean 4. ospitaleratzea egin eta gero, egonaldi erdiko unitate batera bidaltzea erabaki zuten. Jatorriz hegoamerikarra, Bizkaiko herri batean 10 urte zeramatzan bizitzen. Hiru neba-arreben artean gazteena da, bere neba nagusiaren atzetik etorri zen honantz 20 urterekin. Etorri eta denbora gutxira, gizon bat ezagutu eta bikote egin ziren. Urte batzuetara berarekin ezkondu eta alaba bat eduki zuten, gaur egun 5 urte dituen. Alaba eduki eta gutxira, izan zuen lehen kontaktua psikiatra batekin, sintoma depresiboengatik. Senarrarekin ere arazoak hasi ziren. Betidanik gorabeheraz betetako harremana are gehiago okertzen hasi zen. Osasun mentaleko zentro batera joan eta antidepresiboak hartzen hasi zen.

Ordura arte neska antsiatu eta mendeko moduan deskribatzen zuen bere burua. Gogorra egin zitzaion amarengandik banatzea, harreman estua baitzuten, estuegia. Haren etxean nahi zuen guztia zuen ekonomikoki. Administrazio-ikasketak egiten zituen, bikotea zuen eta ez zuen drogekiko zaletasunik. Bikote-harremana apurtu eta nebarengana etortzeko erabakia hartu zuen.

Alaba jaio zenetik, hiru urtetan zehar berarekin ere harreman estuegia sortu zuen. Bat-batean, ama gaixotu, hemen dena utzi eta amarengana joan zen. 6 hilabetez ama zaindu eta hil arte berarekin egon zen. 2 hilabete beranduago, berriz, alabaren ondora bueltatu zen, baina Hegoamerikan zegoen bitartean, senarrak dibortzioa eskatzea erabaki zuen. Hona bueltatzean, bere etxera ezin zen joan eta nebaren etxean sartu behar izan zuen. Kalera gehiago irteten hasi zen. Psikoestimulanteak ezagutu zituen, bere arazoak ahazteko modua zirelakoan. Gainera, animo baxua igo egiten zioten. Substantzia hauek erabiltzen eta salerosten zituzten gizonak ezagutu, eta beraiekin aldi batez egon ohi zen. Bere jokabide-aldaketak gehiegizkoak zirenean, urgentzietara eramaten zuten. Alkohol-kontsumoa ere ugartu egin zen eta egun batzuetan, bere burua zaindu ahal izateko, ospitaleratzea onartzen zuen.

Bere bigarren ospitaleratzean, gizon bat ezagutu zuen, ezegonkorra eta anfetamina-erabiltzailea, gertaera psikotikoak zituena gehiegi kontsumitzen zuenean.

Halako batean, biak agertu ziren urgentzietan. G.-k aluzinazio bisualak zituen, bere bikotearen gorputza zomorro txikiz bete ikusten zuen. Egun horretan anfetamina gehiegi hartu zituztela onartu zuen.

5 hilabeteko harremana eta gero, G. ingresatuta zegoela, bisitan haserrealdi bat izan zuten. Horren ostean, gizona etxera joan zen. Gizonak bere burua leihotik botatu zuen eta hil egin zen. G.-k ez zuen gehiago bizi nahi, horregatik heldu zen psikiatrikora.

Bertan pasatu dituen lehen bi hilabeteetan anfetamina-kontsumoa ohikoa izan da. Horrek aldarte-aldaketa bortitzak ekartzen dizkio. Bere amaren eta azken bikotearen galerak jorratu gabe ditu. Azken urteko kontrol falta dela eta, eroldarik gabe dago, dirurik gabe, eta NANA eta pasaporte iraungita ditu. Bere buruaz beste egiteko pentsamendua eguneroko gauza da, baina alabak aurrera segitzeko indarra ematen dio.

e) Bibliografia

1. *Marta Torrens Melich*. Patología Dual: Situación actual y retos de futuro.. Adicciones, 2008 • Vol.20 Núm. 4 • Págs.315–320

2. *Francisco Arias, Nestor Szerman, Pablo Vega, Beatriz Mesias, Ignacio Basurte, Consuelo Morant, Enriqueta Ochoa, Félix Poyo, Francisco Babín*. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. Adicciones, 2013 · Vol. 25 Núm. 2 · Págs. 118-127

3. Roberto Rodríguez-Jiménez, María Aragüés, Miguel Angel Jiménez-Arriero, Guillermo Ponce, Antonio Muñoz, Alexandra Bagney. Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Investigación Clínica* [en línea] 2008, 49.2

4. I. Garcia Cabeza, MM Epifanio Gutierrez, O. Medina, J.Vidal, C. Arango. Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave. *Trastornos adictivos*. Vol 10. Num. 01. Enero 2008

5. Swendsen J., Le Moal M. *Individual vulnerability to addiction. Annals of the New York Academy of Sciences. Volume 1216, Addiction Reviews pages 73–85, January 2011*

3.3. Gazteak eta alkohola. Beste ikuspuntu bat.

Santi Mintegi

EHU, Guruzetako Unibertsitate Ospitalea, Larrialdi Pediatrikoen Zerbitzuko Pediatria Irakasle Laguntzailea

santiago.minteguiraso@osakidetza.net

a) Sarrera

Alkoholaren kontsumoa arazo handia da munduan adin guztietan, gazteengan barne. Gure artean, nahiz eta Legediak 18 urte azpiko gazteek alkohola eskuratzea ekidin, gazteek bide ugari izaten dute, eurek nahi adina alkohola eskuratzeko. Euskal Herrian, ikasleen hiru herenek dastatu dute alkohola, eta alkoholarekin kontaktua izateko adina, nahiko gaztea izaten da. Gainera, munduko beste gizarte garatu askotan bezala, gazteek alkoholarekin izaten duten kontaktua, batez ere, asteburuetako ordu konkretu batzuetan gertatzen da.

Nahiz eta kezagarria izan, hau ez da gauza berria, batez ere, Europa Mailan. Orokorrean, Europa da mundu mailan alkoholarekin lotura duen hilkortasun eta morbiditate tasarik altuena duen Osasunerako Mundu Erakundeko erregioa. Horrez gain, alkoholarekiko lotura duen gastu ekonomikoa oso handia da Europan zehar.

Hala eta guztiz ere, osasun-sektoretik emandako erantzuna nahiko ahula izaten ari da. Europan, esaterako, sektore honek eman dezakeen erantzuna uste eta posiblea litzatekeena baino askoz motelagoa izaten ari da, eta, honela, sektore honek alkoholak pertsonengan duen eragina gutxitzeko ahalmena ez da gaur egun guztiz erabiltzen. Honela, Lehen Mailako Arretan edale arriskutsua bihurtzeko, pertsonen % 10 baino ez dira identifikatzen, eta interbentzio bat edo besteren onurak izan ditzaketek % 5-eri baino ez zaizkio eskaintzen. Hau, Europan, beste toki batzuetan baino kezagarriagoa da, azken batean Europaren Osasun Sektorea oso indartsua delako eta eragin zuzena eta handia izan dezakeelako alkoholak eragindako kalteetan.

Gainera, alkohola oso gazte hartzeak harremana izan dezake geroagoko alkoholarekiko arazoekin eta alkoholaren kontsumoak burmuinaren bilakaera aldarazi dezake. Gazteengan alkoholarekiko harremana ezartzeak ondorengoekin lotura izan dezake:

- Harreman sexual desagokiak (zainketa gabe, edanda egonda, haurdunaldia,....)
- Arazo akademikoak
- Beste substantzia batzuen abusua
- Delituzko portaera urte batzuk geroago

Aurrekoa nahikoa ez balitz, umezaroan eta nerabezaroan egin beharreko interbentzioak garrantzizkotzat ikusi behar ditugu, hainbeste arrazoi dagoelako:

- Arriskutsua izan daiteke umezaroan eta nerabezaroan alkohola eta beste droga batzuk hartzen hastea, substantzien abusu-desoreka batera eraman ahal dutelako helduaroan.

- Nahiz eta alkohola eta beste droga batzuekin kontaktuan ibili diren gazte askok praktika hau eten egin, edo oso gutxitan mantendu duten, batzuek arrisku handiagoa izango dute geroago, abusu edo dependentzia izateko.

b) Intoxikazio etilikoaren bilakaera pediatriko larrialdi-zerbitzuetan

Ez da arraroa gaur egun gure ospitaleetako pediatriko larrialdi-zerbitzuetan, intoxikazio etilikoa izaten duten pazienteak hartzea asteburuetan, alkoholak eragindako arazoak direla eta.

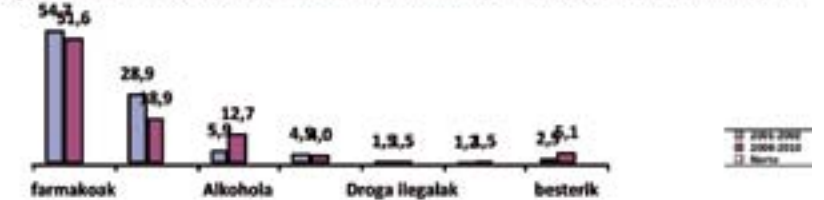
Intoxikazioak Larrialdi Pediatrikoetara joateko oso arrazoi ez-ohikoa izaten dira. Intoxikazio hauek aztertzeak ume eta nerabeen tratamendua hobetu ditzake, eta, gainera, gizartearen ezaugarri batzuk antzeman ere bai.

Espainiako Larrialdi Pediatrikoen Elkartearen Toxikologia Lantaldea 2000. urtean eratu zen. Bere lehenengo ekintzen artean, 2001ean intoxikazioen datu-bilketari ekin zion lantalde honek. Honela, 2001-2002 Estatu Espainiarreko 17 ospitaletan 2157 intoxikazio batu zituen era prospektibo batean, eta harturiko datuak analizatu eta argitaratu zituen. Intoxikazio gehienak ume txikiek harturiko medikamentu edo etxeke produktuen ondorioz izaten ziren, nahiz eta intoxikazioa izateko beste bide batzuk egon; besteak beste, gas-inhalazioak, ume bati dosi erratu bat ematea, suizidio-ahaleginak eta atsegina hartzeko asmoarekin lotutakoak. Atsegina hartzeko asmoarekiko intoxikazioek multzo orokorraren kontsulten portzentaje txikia hartzen zuten, eta, batez ere, 14 urte baino nagusiagoen artean suertatzen ziren. Dena den, intoxikazio-mota hauek intoxikazio guztien % 5 inguru izaten ziren.

2008an aipaturiko lantaldeak Behatoki Toxikologiko bat eratu zuen, gaur egun 60 ospitale ingurura heltzen dena. Behatoki hau gizartean gerta daitekeen aldaketen berri izateko eta Larrialdi Zerbitzuetara intoxikazio baten ondorioz heltzen ziren ume eta nerabeen tratamendua aztertzeke sortu zen. Gaur egun, Behatoki honek aipaturiko ospitaleetan hilabete guztietako hiru egunetan ikusitako intoxikazio guztiak batzen ditu, eta Lantaldea sortu zenetik 4.000 intoxikazio inguru erregistratu dira. Honen bitartez, XXI. mendeko lehen hamarkadan intoxikazioei dagokienez munduan gertatu ziren aldaketa esanguratsuak identifikatuak izan dira. Behatoki honen arabera, eta ondo pasatzeko asmoarekiko intoxikazioei dagokienez, azken urteotan aurkituriko datuak azpimarragarriak dira oro har, eta, batez ere, Hego Euskal Herrian.

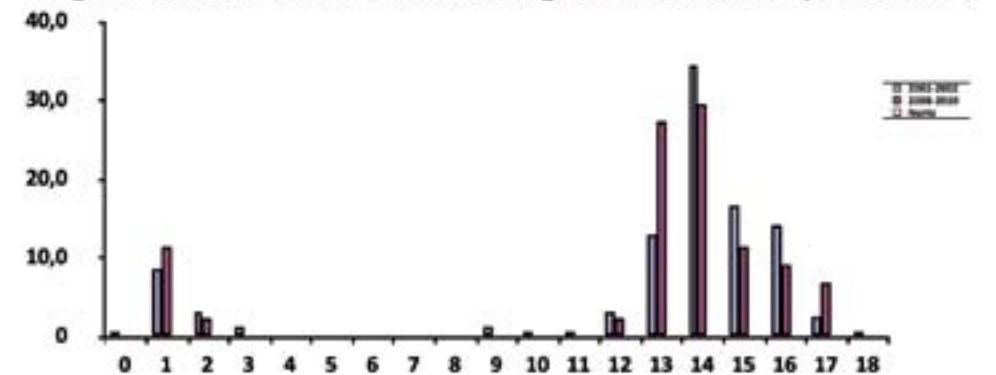
Azken hamarkadan lorturiko datuen arabera, ondo pasatzeko asmoarekin gertatutako intoxikazio-kopurua nabarmen handitu da (1. figura).

1. figura. Estatu Espainiarrean Larrialdi Pediatriko Zerbitzuetan antzemandako Toxiko taldeak 2001-



2001-2002 bitartean Espainiako Estatuan Pediatriko larrialdi-zerbitzuetan alkoholak sorturiko intoxikazio bat ikusten zen 5.936 episodio bakoitzeko. Ostera, 2008-2010 bitartean 2.316 episodio bakarrik behar ziren alkoholak eragindako intoxikazio bat ikusteko. Hau da, azken hamarkada horretan alkoholak sorturiko intoxikazioak ia hirukoiztu egin zuen beren presentzia Pediatriko larrialdi-zerbitzuetan. Gainera, hamar urteotan antzeman duguna izan da gero eta nerabe gazteago hartzen ditugula (2. irudia)

2. figura. Adin araberako alkoholak eragindako intoxikazio portzentaiak



Beste aldaketa esanguratsu bat sexuarekin du harremana. Hamarkadaren hasiera, gizonezkoak ziren nagusi. Orain, ostera, ez dago sexuen arteko ezberdintasunik. Gaur egun, mutil zein neska gazteak hartzen ditugu alkoholak eragindako sintomengatik, sintomak neurologikoak dira, batez ere.

Ume eta nerabe hauek jasaten dituzten intoxikazioak ezaugarri bereziak dituzte beste intoxikazioekin konparatzen ditugunean, taulan agertzen den moduan.

	Intentziorik gabeko intoxikazioak	Atsegina hartzeko asmoarekiko intoxikazioak
Adina	6-7 urte baino gazteagoak	11 urte baino nagusiagoak
Norekin heldu Larrialdi Zerbitzura	Familia	Osasun-zerbitzuak, polizia, lagunak
Sintomak	Arraro	Askotan
Azterketa fisikoa	Normala	Anormala, batez ere kontzientzia maila
Probarik behar	Ez askotan	Askotan: toxikoen detekzioa, etanol maila, haurdunaldia, eskanerrak
Tratamendurik behar	Ez askotan	Askotan
Ospitalean gelditu behar	Ez askotan	la beti

Kasu tipikoa ondorengoa izaten da: 13 urteko neska-mutil bat, lagunekin, graduazio altua dituzten edariak, batez ere vodka, hartu eta gero, txarto sentitzen hasten da, kasu gehienetan konortea galdu arte. Hau ikusita, batzuetan, lagunek abisua ematen dute eta beste batzuetan, ondotik pasatzen den pertsona batek ikusi eta abisua ematen du. Handik eta 15 minutura, Ospitale kanpoko Larrialdi Zerbitzuak edo polizia heltzen da, gaztea aztertu, eta horren ostean, ospitalera eramaten. Larrialdi Zerbitzura konorte barik heltzen dira, eta han; oxigenoan hasi, bena-barnea lortu, analitika egin, bolumena eman, eta, zalantzarik egotekotan, beste proba batzuk egiten zaizkie (askotan, buru-eskanerra). Handik eta ordubetera, gurasoak heltzen dira, apurka- apurka, gaztea bere onera bueltatzen da, eta neska bada, abisuaren posibilitateaz galdetzen zaio. Ordu batzuetan gaztea etxerako bidean ipintzeko gai dira medikuak, eta era bateko edo besteko jarraipena eskaintzen diote. Azken honetan aldakortasun handia dago kasu batetik bestera, eta gurasoen desorientazioa erabatekoa izaten da kasu gehienetan. Dena den, abisatu eta gero, Ospitalera joan barik gelditzen diren gazteak askoz ere gehiago dira Ospitalera eramaten direnak baino, arazoaren tamaina azpimarratzen da.

Europa osoan hedatuta egon da arazo hau eta garatutako beste lurraldeekin alderatuta, intoxikazio mota hauek maizago ikusten dira European. Dena den, Europa mailan ezberdintasun nabariak daude, baita Espainiako Estatuan ere. Estatu mailan honelako intoxikazio hauek maizago Hego Euskal Herrian ikusten dira. Behatoki horren beste argitalpen batean argi ikusten da atsegina hartzeko asmoarekiko intoxikazioak 14 urte baino gazteagoen artean maizago ikusten direla espainiar estatuko toki batzuetan, Hego Euskal Herria baino.

Gainera, honelako intoxikazioetan alkohola nagusia izan arren, ezin da ahaztu kontsulten % 10ean droga ilegal baten kontsumoa antzematen dela, kalamua nagusiki. Datu honek bere garrantzia du. Azken batean, zerbait egitekotan, kontuan izan behar da alkohola era desegokian erabiltzen duten gazteek tratamenduari erantzun ona eman diezaioketela. Zenbat eta droga gehiagorekin harremana izan, orduan eta erantzuna pobreagoa lortzen da. Horregatik, interbentzio arinaren alde agertzen dira aditu asko. Interbentzio hori Larrialdi Zerbitzuan egin daiteke eta eraginkorra izan daiteke.

Azken batean, Pediatria Larrialdi Zerbitzuak aukera paregabea eskaintzen du interbentzioa egiteko, batik bat, nerabeen aldetik.

c) Pediatriako larrialdi zerbitzuan egin daitezkeen interbentzioak

- Pediatriako larrialdi-zerbitzuan egin daitezkeen interbentzioak era askotakoak dira, kontuan hartu behar da egokiak izan behar direla eremu berezi horretan aplikatzeko:
- Larrialdi Zerbitzuak berak egiten duena, bertan egoteagatik. Larrialdi Zerbitzuan izandako bizipena nekez ahaztuko dute gurasoek eta gazteek, eta horrek duen eragin zuzena ez da ahaztu behar, nahiz eta, hori bakarrik, nahikoa ez izan.
- Laguntza-orriak izan, nerabe eta gurasoei laguntza eskaini diezaieketen zerbitzu sozialen deskripzio eta kontaktatzeko bideekin. Interbentzio hau bideratzea erraza da eta gurasoek lagun dezakete, nahiz eta, berriro, hau bakarrik ohikoa ez izan.
- Interbentzio laburrak, bertoko pertsonalak eginak. Azken hau biderik onena izanik, bertan aurki ditzakegun oztopo nagusiak azpimarratu behar ditugu:
 - Nerabe hauek Larrialdi Zerbitzuek presio gehien jasaten dituzten uneetan etortzen dira askotan, gehienetan asteburuetakoa iluntze-gau aldera.
 - Nerabeak heltzean duten status klinikoa ez da ona izaten, beste premiazko ekintza batzuk lehentasunezkoak izaten dira. Asko konorte barik etortzen dira, batzuk arnas-depresioaz, hotz, bustita eta, beste batzuk, sexu-abusu baten zalantzarekin.
 - Konortea berreskuratzen dutenean, ez da arraroa oldarkortasun-arazo bat izatea eta Larrialdi Zerbitzuan dauden pertsonen segurtasuna mantentzea premiazko bihurtzen da.
 - Askotan, horrelako zerbitzuetan aritzen diren profesionalak ez dute beharrezkoa den prestakuntza profesionala interbentzioa behar bezala egiteko.

Pediatrak gehien erabiltzen diren abusu-substantziez jakitun izan beharko liriteke, baita gazteen artean trebatuak izan ere alkoholaren eta beste substantziez abusatze arisku-faktoreak detektatzeko. Horrez gain, interbentzio laburrak egiteko gaitasuna

izan beharko lukete, bai eta jakitea ere tratamendu egokia hartzeko lekuetara paziente hauek nola bidali.

Dena den, eta nahiz eta muga hauek kontuan hartu behar diren, Larrialdi Zerbitzua egokia da interbentzio arinak egiteko, **SBIRT** (**S**creening, **B**rief **I**ntervention, **R**eferral to **T**reatment) estrategia barnean kokatzen direnen antzera.

- **Screening:** Hartzien diren nerabe guztiei egin behar zaie, ez bakarrik alkohola edota droga ilegalen bat hartu dutenei.

- **Brief Intervention:**

- Badirudi honelako interbentzioek eragina izaten dutela alkoholaren erabilpen desegokia eta honek sor dezakeen morbiditatea gutxitzeko.

- Elkarrizketa motibazionala izan daiteke Larrialdi Zerbitzuetan egiteko interbentzio egokia. Honek eragina erakutsi du Lehen Mailako Arretako zentroetan nerabeen alkohol-kontsumoa gutxitzeko.

- **Referral to Treatment**

d) Bibliografia

- Mintegi S, Fernández A, Alustiza J et al. Emergency visit for childhood poisoning: a 2-year prospective multicenter survey in Spain. *Ped Emerg Care* 2006; 22(5): 334-8.

- Azkunaga B, Mintegi S, Bizkarra I, Fernández J and The Intoxications Working Group of the Spanish Society of Pediatric Emergencies. Toxicology surveillance system of the Spanish Society of Pediatric Emergencies: first-year analysis. *Eur J Emerg Med* 2011; 18(5): 285-287.

- Sanz Marcos N, Arias Constantí V, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Matalí Costa J, Luaces Cubells C. Consultas por intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias pediátricas. *An Pediatr (Barc)*. 2009 Feb;70(2):132-6

- Velasco Arnaiz E, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Velasco Rodríguez J, Matalí Costa JL, Luaces Cubells C. ¿Quién da positivo para cannabis en urgencias de pediatría? *An Pediatr (Barc)*. 2010 Jun;72(6):385-90

- Arias Constantí V, Sanz Marcos N, Trenchs Sainz de La Maza V, Curcoy Barcenilla A.I, Matalí Costa J, Luaces Cubells C. Implicación de las sustancias psicoactivas en las consultas de adolescentes en urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2010; 134(13): 583-586

- Kendrick D, Smith S, Sutton A, Watson M, Coupland C, Mulvaney C, Mason-Jones A. Effect of education and safety equipment on poisoning-prevention practices and poisoning: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Arch Dis Child* 2008; 93:599-608.

- Demorest R, Posner JC, Osterhoudt KC, et al. Poisoning prevention education during emergency department visits for childhood poisoning. *Ped Emerg Care* 2004; 20(5): 281-284

- Gardner HG, American Academy of Pediatrics Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Office-based counseling for unintentional injury prevention. *Pediatrics*. 2007;119(1):202

- Cunningham RM, Chermack ST, Ehrlich PF, Carter PM, Booth BM, Blow FC, Barry KL, Walton MA. Alcohol Interventions Among Underage Drinkers in the ED: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 2015 Oct;136(4):e783-93..

- Kohler S, Hofmann A. Can motivational interviewing in emergency care reduce alcohol consumption in young people? A systematic review and meta-analysis. *Alcohol Alcohol*. 2015 Mar;50(2):107-17.

- Linakis JG, Bromberg J, Baird J, Nirenberg TD, Chun TH, Mello MJ, Jackson KM, Spirito A. Feasibility and acceptability of a pediatric emergency department alcohol prevention intervention for young adolescents. *Pediatr Emerg Care*. 2013 Nov;29(11):1180-8.

- Macias Konstantopoulos WL, Dreifuss JA, McDermott KA, Parry BA, Howell ML, Mandler RN, Fitzmaurice GM, Bogenschutz MP, Weiss RD. Identifying patients with problematic drug use in the emergency department: results of a multisite study. *Ann Emerg Med*. 2014 Nov;64(5):516-25.

3.4. Nerabe eta gazteek informazioaren eta komunikazioaren teknologekin duten harremana

Ainhoa Otaola Agirre
Etorkintza Elkargoa
ainhoa.otaola@etorkintza.org

a) Laburpena

Informazioaren eta Komunikazioaren Teknologiek (IKT) erabateko aldaketak eragin dituzte gure gizartean, batez ere, harremanak ezartzeko moduan. Haur, nerabe eta gazteen artean, teknologia hauek beraien eguneroko bizitzan guztiz barneratuta daude eta ezinbesteko tresnak bilakatu dira beraientzat. Beraz, beharrezkoa da sakontasunean ezagutzea eta ulertzea teknologia hauek nola erabiltzen dituzten, zertarako, zein maiztasunarekin eta zenbaterainoko garrantzia duten beraien eguneroko bizitzan.

Horretarako, eta Mungialdeko Mankomunitateko 12 eta 24 urte bitarteko nerabe eta gazteren erantzunak abiapuntutzat hartuz, 2014-2015 ikasturtean, Mungialdeko Mankomunitateko lau ikastetxetan eta beste gazte batzuen artean, IKT-en erabilerari buruzko azterketa kuantitatibo eta kualitatiboa garatu zen.

Azterketa kuantitatiboa egiteko 460 ikaslek galdeketa bat bete zuten; azterketa kualitatiborako, aldiz, eztabaida-taldeak eta elkarrizketa pertsonalak gauzatu ziren.

Nerabezaroa gatazka- eta arrisku- portaerei dagokienez, une bereziki zaurgarria da. Horregatik, teknologia hauek modu egokian erabili ezean, arazoak sortu ditzakete. Beraz, heziketaren eta prebentzioaren esparrutik ezinbestekoa da nerabe eta gazteek erreminta hauekin ezartzen duten harremana ezagutzea, lan-ildo estrategikoak finkatu ahal izateko eta Internetek izan ditzakeen arriskuen murrizketara eta erabilera egokiak eta osasuntsuak bultzatzera zuzenduta dauden esku-hartze eraginkorragoak garatze aldera.

Hitz gakoak: Informazioaren eta Komunikazioaren Teknologiak (IKT), telefono mugikorrak, sare sozialak, bideo-jokoak, haur, nerabe eta gazteak, Interneten erabilera problematikoa.:

b) Sarrera

Informazioaren eta Komunikazioaren Teknologiek (IKT) erabateko aldaketak eragin dituzte gure gizartean, batez ere, harremanak ezartzeko moduan. Teknologia hauek komunikazio-bide berriak eskaintzen dituzte, trebezia berriak eta ezagutza eraikitze modu berriak garatzen laguntzen dute, baina era berean, arazoak ere sor ditzakete. Teknologia hauek modu egokian ez erabiltzeagatik sortu daitezkeen ondorio negatiboei buruzko kezka areagotu du eragin honek, batez ere, haur eta nerabeengan izan ditzaketen ondorio negatiboei buruz.

Informazioaren eta Komunikazioaren Teknologiek gure eguneroko zereginak errazten dituzte, azkarrak, berehalakoak eta interaktiboak direlako. Eskaintzen dituzten aukerak kontaezinak dira, bai hezkuntzaren, kulturaren eta informazioaren arloetan eta baita, aisialdiaren eta entretenimenduaren esparruan ere. Honez gain, beharizan psikologiko eta emozionalak ere asetzen dituzte: aintzatespen edo onarpena, kidesasuna, taldeketa izatea, segurtasuna, etab.

Sare sozialen kasuan, esaterako, besteen aurrean nabarmentzea, parekoen aurrean nortasunari eustea edota lagunekin harremanean egotea bilatzen da.

Teknologia hauek, beraz, positibotzat jo daitezke, bizitzako gainontzeko ekintza arruntak alde batera uzten ez badira (ikasi, kirola egin, zinemara joan edo kalera irten, adibidez). Guztiz kontrakoa izango litzateke, teknologia neurrigabe erabiltzeagatik isolamendua eta antsietatea agertzen direnean, autoestimuan eragiten dionean edota kontrol galtzea dakarrenean.

Gauza guztiekin gertatzen den moduan, hauek ere behar bezala erabili ezean, edo neurrigabe erabiltzen badira, arriskuak agertzen dira.

Nerabezaroa fenomeno psikologiko, biologiko, sozial eta kulturala da. Bizitzako garai honetan, gizabanakoak bere identitate pertsonala eraiki eta heldutasun psikologikoa bereganatzen ditu. Eboluzio-ezaugarri propioak ditu: guztiahalduntasuna, zauritu ezinak direla ustea, presentismoa (orain eta hemen), bizi-esperientzia urria, asaldura, arauak haustea, arrisku-portaerak normalizatzeko beharrezana, erantzukizuna hartzeko gaitasun falta, etab.

Ezaugarri hauek guztiek gatazka- eta arrisku- portaerei bidea ematen diete.

Honengatik, nerabezaroa une bereziki zaurgarria da, teknologia hauek beraien eguneroko bizitzan guztiz barneratuta baitaude eta ezinbesteko tresnak bilakatu baitira beraientzat. Beraz, beharrezkoa da sakontasunean ezagutzea eta ulertzea teknologia hauek nola erabiltzen dituzten, zertarako, zein maiztasunarekin eta zenbaterainoko garrantzia duten beraien eguneroko bizitzan. Berdinekin eta nagusiekin dituzten harremanetan nolako eragina duten teknologia hauek ulertzea bereziki garrantzitsua da, beraien garapen psikosozialean, zehazki, sozializazio eta identitate pertsonala eraikitze prozesuetan, zer nolako eragina duten ezagutzeko.

Gaur egun kezka handia sortzen duen gaia da hau eta, ondorioz, autore eta aditu asko aritu izan dira gai honi buruz ikertzen eta idazten. Hala ere, bibliografia aztertzerakoan ohartu gaitzake, ez dagoela adostasunik teknologia hauetaz hitz egiterakoan adikzio hitza erabili daitezkeen ala ez.

Internet eta berarekin lotutako tresna berri hauek adikzioa sortu dezaketen ala ez eztabaidagai da oraindik.

Oraintsu arte, menpekotasun edo adikzio hitza portaera desdoitu eta konpultsibo bat deskribatzeko erabiltzen zen, substantzia bat hartzeak ondoeza edo kalte gogorra eragiten zionean gizabanakoari. Baina psikologia klinikoaren esparruan, substantziarik gabeko adikzioak diagnostikatzen hasi zen, hauek substantziadun adikzioekin parekatuz.

Ondorioz, eztabaida sortu zen: aditu askoren ustez, portaera horiek konpultsiboak eta disruptiboak izan daitezkeen arren, ezin daitezke adiktibo moduan sailkatu eta Interneti buruz hitz egiten dugunean, erabilera patologikoa edo erabilera problematikoa terminoak erabiltzea proposatzen dute. Zentzu honetan, APA-k (American Psychiatric Association, 2013) 2013an argitaratu zuen DSMaren (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) errebisio berrienean, DSM V-ean hain zuzen ere, ez da Interneten adikzioa barneratzen. Ludopatía da portaera adiktibo bezala onartzen den bakarra.

Beste aditu batzuen ustez, aldiz, portaera hauek adiktibotzat hartu behar dira, substantzia toxikorik egon ez arren, portaerak antzekoak direlako.

Hauen ustez, inolako zalantzarik gabe, teknologiek, drogak bezala, adikzioa sortu dezakete, mota bietako adikzioetan parte hartzen duten mekanismoak berdinak izanik; ondorioz, arazo hauek konpontzeko tratamendu-jarraibideak ere printzipio berdinetan oinarritu beharko lirateke.

Azken pentsamendu-ildo hau sakon errotu da gizartean, eta egun, adikzio eta adiktibo terminoak hizkeran oso hedatuta daude gauza oso ezberdinez hitz egiteko eta zerbaiterako zaletasuna, gogo bizia edota dependentsia emozionala adierazteko. IKE-ren kasuan adikzioaz hitz egitearekin ados ez dauden adituen ustez, ordea, terminologiaren erabilera metaforiko hau ez dagokio hizkera eta pentsamendu zientifikoari eta, alde horretatik, arriskutsua iruditzen zaie joera hauei bide ematea.

Eztabaida hor dago, beraz, eta ildo bateko zein besteko korrante zientifikoek ikerketa anitz garatzen dituzte bakoitzak bere ikuspuntutik abiatuta.

Era batera zein bestera, adikzioaz hitz egin zein erabilera problematikoa hitz egin, onartu beharra dago gero eta gehiago direla teknologia berrien erabilera intentsiboak ekarri ditzakeen eragin negatiboaz hitz egiten duten ikerketak.

Alde batetik, batez ere nerabe eta gazteek, baina baita helduek ere, teknologia hauekin ematen duten denbora kopuruak kezkatzen du. Nerabeek IKT-ak erabiltzeko modua problematikoa izan daiteke konektatuta pasatzen duten denbora kopuruak eguneroko bizitzaren garapen egokiarengan eragina duenean, logura egoerak, gogo-aldartean aldaketak edota ikasketei edo beraien zereginei denbora gutxiago dedikatzea eraginez.

Tresna hauekin emandako denborak, beste ekintza batzuei astia ken diezaike, esaterako, kirola egiteari, etxeko lanak egiteari, kalean ibiltzeari, behar adina ordu lo egiteari, etab. Honen guztiaren ondorioak ikusten hasi garela dirudi, gauez beharrezko atsedena ez hartzeagatik hurrengo egunean eskolan nekatuta egoteagatik emaitza akademikoak eta errendimendua jaisten ari dela dirudielako, edo sedentarisismoaren ondorioz haur eta nerabeen loditasuna areagotu egin delako.

Baina denbora-kopuruaz gain, beraien adinerako egokiak ez diren edukietara sarbidea izatea, edota tresna hauei ematen dieten erabilera, hots, tresna hauek elkarrekiko jazarpenarako erabiltzea edo intimitatea galtzea ere aspektu kezagarriak bihurtu dira.

Intimitateari eta pribatutasunari dagokiona publikoa denarekin nahasi daiteke, portaera histrioniko eta nartzisistak agertu daitezkeelarik.

Sare sozialen neurrigabeko erabilerak isolamendua, eskolan edo lanean errendimendua txikiagoa izatea, beste gai batzuekiko eta aisialdi aktiboarekiko interes falta, sedentarisismoa eta loditasuna eragin ditzake.

Argi dago, beraz, Internet eta IKT-ak modu problematikoa erabili daitezkeela eta ondorioz, arazoak sor ditzaketela populazioaren sektore batengan, batez ere gazteen artean eta, hori dela eta, fenomeno hau sakontasunean ezagutu eta ulertzearen garrantzia eta derrigortasuna azpimarragarria da, hezkuntza-arloko adituek eta eragile eta bitartekari sozialek, gazte eta nerabeentzat erreferentziazko ereduak diren heinean, nerabeen artean teknologien erabilera osasuntsua bultzatzeko esku hartze egokiak garatu ditzaten.

Mungialdeko Mankomunitateko bosgarren adikzioen planaren garapenean parte hartzeak, testuinguru ezin hobea eskaintzen zuen honetarako.

Planaren ataletako bat Mungialdeko Mankomunitateko nerabe eta gazteen aisialdiko ohiturei buruzko azterketa eta diagnostiko zehatza egitea zen. Gizarte Zerbitzuen Mungialdeko Mankomunitateak Etorkintza Elkargoari eskatu zion diagnostiko hau egitea. Diagnostiko honetan, beste batzuen artean, substantzia ezberdinen kontsumoak, zenbat diru daukaten eta nola erabiltzen duten diru hori, beraien denbora librearen non, norekin eta zer egiten ematen duten, aisialdiko taldeetan parte hartzen duten edo IKT-ak nola erabiltzen dituzten bezalako gaiak aztertzen ziren.

c) Metodologia

Erabilitako metodologia ondorengo izan zen:

Azterketa kuantitatiboa

Gazte eta nerabeen aisialdi ohituren errealitatea aztertu eta hari buruzko diagnostikoa egin zen, 12 eta 24 urte bitarteko 460 gazte bete zuten galdeketa baten bidez.

Mungialdeko Mankomunitatean erroldatuta zeuden 12-24 urte bitarteko gazteen % 28 osatu zuen lagina. Mungiako BHI-ko, Larramendi Ikastolako, Bentades Ikastetxeko eta PCPI-ko 460 ikasleri egin zitzairen galdeketa.

Hauetatik 221 mutilak ziren (% 48) eta 239 neskek (% 52). Azterketa hau 2014-2015 ikasturtean garatu zen.

12-18 urteko gazteak daude ordezkatuen laginean, galdeketa egin zitzaizenean % 93 ziren eta. Galdeketa Mankomunitateko ikastetxeetan egin zelako da ehuneko hori altua, izan ere, DBH-n zeuden gazte gehienak. Nekeza jazo zen zaharragoen lagina lortzea. Hala, 69 adinez nagusiri egin zitzairen galdeketa. Aipatu beharra dago, ordea, lagin horren bidez ez dela behar den moduan ordezkatu adin-tarte horretako populazioa.

Berez, bideo-jokoen eta sare sozialen erabilera ez dago sartuta Eusko Jaurlaritzako Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritzako VI. Adikzioen Planaren substantzia gabeko adikzioa eragin dezakeen jokaera moduan, baina azterketa honetan gai honi

buruzko tarte bat sartu nahi izan zen; izan ere, gizartean kezka handia dago teknologia berriak gehiegi edo oker erabiltzeak sarritan eragiten dituen arriskuen gainean, edo gehiegi edo gaizki erabiltzearen ondorioz sortzen diren portaera-eta jokabide-arazoak direla-eta.

Diagnostiko honetan gazteen aisialdiarekin lotutako hainbat aspektu aztertzen ziren arren, IKT-ekin zerikusia duten emaitzen azterketara mugatuko da hemen jasotakoa.

Azterketa kualitatiboa

Azterketa kuantitatiboa aberatsagoa izate aldera eta emaitzak osatzeko, errealitatearen diagnostiko eta azterketa kualitatiboa ere egin zen.

Horretarako eta metodologiari dagokionez, bi erreminta erabili ziren: eztabaida-taldeak eta ezohiko lekukoei elkarrizketa pertsonalak.

Eztabaida-taldeak

Eztabaida-taldea teknika kualitatibo bat da. Pertsona-talde bati egindako elkarrizketez baliatzen da aztergaiaz informazio garrantzitsua eskuratzeko.

Bederatzi eztabaida-talde egin ziren eta guztira 64 lagunek hartu zuten parte. Lagun horiek aukeratzeko irizpide nagusia non jarduten zuten izan zen, hau da, zein esparruetan (eskolan, elkarteetan, familian, ostalaritzan, gazteak), Mankomunitatetik ahalik eta lagin adierazgarri hoberena eskuratzeko. Horrela, hainbat lagunen ekarpenak jaso genituen: irakasleak, guraso elkarteetako gurasoak, aisialdiko talde edo elkarteak, ostalariak, "lonjetan" dabiltzan gazteak eta bigarren hezkuntzako, batxilergoko eta beste hezkuntza-ziklo batzuetako ikasleak.

Hala ere, artikulua gauzatzeko orduan, nerabe eta gazteekin egindako eztabaida-taldeak soilik hartu izan dira kontuan. Azterketa kuantitatibo honen helburua alde kualitatiboa osatzea den heinean, egokia zirudien, 12 eta 24 urte bitarteko nerabe eta gazteengandik jasotako informazioa biltzea. Horretarako, gazte eta nerabeekin bost eztabaida-talde egin ziren:

- Bentades Ikastetxeko DBH-ko lau mailetako 8 ikasle (4 neska eta 4 mutil).
- Mungia BHIko DBHko lau mailetako 8 ikasle (4 neska eta 4 mutil)
- Mungia BHI-ko Batxilergoko maila bietako 4 ikasle (neska bi eta mutil bi).
- Mungiako "lonja" batetako 17 eta 19 urte bitarteko 8 gazte (5 mutil eta 3 neska).
- Bakioko "lonja" batetako 21 eta 24 urte bitarteko 5 neska.

Ezohiko lekukoei egindako elkarrizketak

Azkenik, datu hauek are gehiago osatzeko, Etorikintza Elkargoko teknikari eta kale-hezitzaileen eskarmentua ere kontuan izan da, gazteekin beraien aisialdi-gune

naturaletan, hots, kalean, "lonjetan" eta abar, egindako esku hartze zuzenaren ondorioz, gai honi buruzko informazio kualitatibo baliagarria eskura dezaketelako. Mungialdeko gazteei buruzko informazioa ez ezik, Etorikintza Elkargoko adituek zuzenean gazteekin esku hartzen duten beste herri eta herrialdeetako informazioa ere jaso zen, hala, Barakaldo, Getxo, Leioa, Lea-Artibai eta Enkarterriak, beti ere, informazio hau, hezitzaileon pertzepzio subjektiboa eta kualitatiboa dela ahaztu gabe, eta inolaz ere, datu estatistiko zehatzik ez dutela osatzen eta, beraz, ezin direla orokortu. Hala ere, ekarpen honek azterketa kuantitatiboaren kontraste bezala balio du, hezitzaile hauek, gazteentzat heldu esanguratsu diren heinean, gazteekin beraien aisialdi-esparruetan gauzatzen dituzten esku hartze zuzenetan balio handiko informazio lortzen dutelako. Gazteentzat konfiantzazko figurak dira eta beste heldu batzuei esaten ez dietena edo beste heldu batzuen aurrean egin nahi ez dutena, ez dute arazorik hauekin partekatzeke; beraz, gazte-munduan gertatzen ari denaren "antena" ezin hobeak izaten dira, beste bide batzuetatik lortzen den informazioa alderatzeko.

d) Emaitzak

Azterketa kuantitatiboa

Azterketa honen emaitzak ondorengoak izan ziren:

Laginaren % 70ek bideojokoak erabiltzen zituen, % 30ek ordea ez. Hauetatik % 57 mutilzkoak ziren eta % 43 neskek.

Adin-tarteari erreparatuz, bideo-jokoak erabiltzen zituztenen % 100etik, % 40 12-14 urteko adin-tartean zeuden, % 46, 15-17 urte artean eta % 14k 18 urte edo gehiago zituen.

Adin-tarte guztietan handiagoa zen bideo-jokoak erabiltzen zituzten gazteen ehunekoa erabiltzen ez zituztenena baino.

Bideojokoekin zenbat denbora pasatzen zuten egunean galdetu zitzairen. Erantzunen artean lau aukera zeuzkaten: 30 minutu, 1-2 ordu, 3-4 ordu eta 5 ordu baino gehiago.

30 minutu eta 4 ordu arteko denboran ez zegoen alde handirik laginaren barruan, baina bada nabarmendu beharreko datu bat bideo-jokoetan 5 ordu baino gehiago pasatzen zuten gazteen ehunekoa: ez zegoen 18 urte baino gehiagoko inor; hau da, bideo-jokoetan 5 ordu baino gehiago jokatzeko jarduten zuten gazteek 12-17 urte artekoak ziren.

Orokorrean, mutilek bideo-jokoak erabiltzeko joera nabarmenagoa daukate: lagineko mutil guztietatik, % 85ek bideojokoak erabiltzen zituen; aldiz, lagineko neska guztietatik, % 56 ziren bideo-jokoak erabiltzen zituztenak.

Bideo-jokoetara jolasten gutxi gorabehera 30 minutu ematen zutenen artean, % 50 neskek ziren eta % 50 mutilak.

Ordu bete edo ordu bi bitartean, baita hiruzpalau ordu ere aritzen zirenetatik, % 35

neskak ziren eta % 65 mutilak. Azkenik, bost ordu baino gehiago ematen zutenen % 34 ziren neskak eta gainontzeko % 66 mutilak osatzen zuten.

Egunean bideo-jokoetara jolasten denbora asko ematen dutela uste zuten ere galdetu zitzairen. Guztira, bideo-jokoetara jolasten zutenen % 32k baietz uste zuten. Hauetatik % 69 mutilak ziren. Bideo-jokoak erabiltzen zituzten mutil guztien artean % 43k denbora asko ematen duela uste zuten; aldiz, neskazko erabiltzaileetatik % 20k uste zuten denbora asko ematen duela tresna hauekin.

Galdetutako lagunetatik, % 86k zioen sare sozialak erabiltzen zituela, eta % 14k ezetz. Erabiltzen zituztenetatik, % 35 12-14 urteko adin-tartean zeuden; % 49, berriz, 15-17 urteko adin-tartean; azkenik, % 6 18 urtetik gorakoak ziren.

Orokorrean, emakumezkoek gehiago erabiltzen dituzte sare sozialak: % 55 ziren; gizonezkoak, berriz, % 45. Lagineko mutil guztien artean % 75 ziren sare sozialak erabiltzen zituztenak. Bestalde, nesken kasuan, guztien % 91ek erabiltzen zituen.

Bideo-jokoetan gertatzen zen moduan, adina eta sare sozialen erabilera erlazionatuz gero, adin-tarte guztietan gehiago ziren sare sozialak erabiltzen zituzten gazteak erabiltzen ez zituztenak baino.

Erantzunak aztertuz gero, erraz ikusten da zeinen gazterik hasten diren erreminta hauek erabiltzen: galdetegiarri erantzun zieten 12 urteko lagunak erdiak baino gehiagok zioen sare sozialak erabiltzen zituela.

Bideojokoen kasuan bezala, egunean sare sozialetan ematen duten denboragatik ere galdetu zitzairen, aukera berdina eskainiz, hots, 30 minutu, 1-2 ordu, 3-4 ordu edo 5 ordu baino gehiago.

Bideo-jokoen erabilera gertatzen zen legez, taulako datuak gazteen adinaren arabera aztertuz gero, kontuan izan beharreko datu bat dago: laginetik, sare sozialak 5 ordu baino gehiago erabiltzen zituztenak 12-17 urteko adin-tartean daude, eta zehazki, 15-17 urte artean. 18 urtetik gorako adin-tartean zeuden lagunetatik, 2 lagunek baino ez zuten adierazi egunean 5 ordu baino gehiago jarduten zutela sare sozialetan.

Sexuaren arabera, sare sozialak erabiltzen zituzten mutiletatik, % 38k 30 minutuz erabiltzen zituen egunean, % 47k 1 edo 2 ordu egunean, % 8k hiruzpalau ordu eta ia % 6k bost ordu baino gehiago.

Nesken kasuan, % 22 ziren 30 minutu erabiltzen zituztenak, % 44 ordu bete eta bi ordu bitartean aritzen zirenak, % 21 hiru eta lau ordu bitartean zebiltzanak eta % 12 egunean bost ordu baino gehiago aritzen direla erantzuten zutenak.

Laginetik, % 47k uste zuten sare sozialetan denbora asko pasatzen duela.

Hauetatik % 56 neskazkoak ziren eta % 48 mutilezkoak.

Sare sozialetan denbora asko ematen dutela uste zuten teknologia hauek erabiltzen zituzten nesken % 52k; mutilen artean, ordea, % 42k uste zuten denbora asko ematen duela.

Herritar askok erabiltzen du WhatsAppa, oso presente dago bizitzan. Horretaz ere galdetu zitzairen gazteei, eta hauxe erantzuna: % 93k erantzun zuten erabiltzen duela WhatsAppa; % 7k, berriz, ezetz. Hauetatik, % 44 mutilak ziren eta gainontzeko % 56 neskak.

Lagineko mutil guztietatik, WhatsAppa zeuzkatenak % 89 ziren; neska guztietatik % 97k zeukan WhatsApp.

Erabiltzen zutenetatik, % 33 12-14 urteko adin-tartean zeuden; % 51, berriz, 15-17 urte artean; % 16, azkenik, 18 urtetik gorako adin-tartean.

Kasu honetan ere, adin-tarte guztietan handiagoa zen WhatsAppa erabiltzen zuten gazteen ehunekoa erabiltzen ez zutenena baino, eta alde nabarmenarekin, gainera.

Adin-tarte batzuetan, pertsona guztiek erabiltzen zuten.

Laginaren % 42k egunean ordu bete eta 4 ordu bitartean ematen ditu WhatsApp erabiltzen, % 32k ordu bete edo gutxiago, baina daturik deigarriena da % 21ek 7 ordu baino gehiago ematen dituela WhatsApparekin, hain zuzen ere, % 16k egun osoa pasatzen du WhatsAppari, eta, beraz, mugikorrari adi, baita gauzez ere.

Azkenik, gainontzeko % 4k bost eta zazpi ordu bitartean ematen ditu WhatsApp erabiltzen.

Azterketa kualitatiboa

Ondoren, Etorikintza Elkargoko adituen lan-esperientziatik eta Mungialdeko Mankomunitateko gazte eta nerabeekin egindako eztabaida-taldeetatik ateratako emaitzak aurkezten dira.

Nerabe eta gazteekin egindako eztabaida-taldeen emaitza adierazgarrienak ondorengoak izan ziren:

Galdetutako gazte guztien artean gehien erabilitako sare sozialak WhatsApp eta Instagram dira, nahiz eta WhatsApp berez sare sozial bat ez izan, berehalako mezuak bidaltzeko aplikazio bat baino. Mugikorra duten gazte ia denek WhatsApp dute. Facebook gero eta gutxiago erabiltzen dute eta Twitter ere, gutxi erabiltzen dute eta hauek, batez ere, kirolariak, abeslariak, aktoreak eta miresten dituzten pertsona famatuak jarraitzeko baino ez dute erabiltzen.

Ask.fm ere erabiltzen dute batzuek baina, batez ere, Soundcloud motako aplikazioak aipatzen dituzte, azken hau lagunak artean musika partekatzeko.

Sare sozialetan eta Interneten sartzeko gehien erabiltzen duten tresna telefono mugikorra da. Honen atzetik, ordenagailua eta tableta erabiltzen dituzte.

Sare sozialak zertarako erabiltzen dituzten galdetzen zaienean, lagunekin kontaktuan egotea dela teknologia hauen helburu nagusia erantzuten dute guztiek. Argazkiak partekatzeko, joko ezberdinetara jolasteko, kuxkuxean ibiltzeko eta ligatzeko ere erabiltzen dituzte beraien esanetan.

Sare sozialetan eta Interneten ematen duten denborari dagokionez, ezberdintasunak ikusten dira gaztetxoenen eta nagusiagoenen artean. Gazteenek astean zehar askoz gutxiago erabiltzen dituzte, alde batetik, eskolan mugikorrak erabiltzea debekatuta dutelako, eta beste alde batetik, batzuei etxean ere mugikorraren erabilera murrizten dietelako astegunetan. Ondorioz, asteburuetan erabiltzen dituzte gehien bat.

Nagusiagoak, ordea, etxean eta eskolan inolako mugarik eduki ezean, berdintsu erabiltzen dituzte astegunetan zein asteburuetan.

Eguneko zein momentutan erabiltzen dituzten sare sozialak galdetzerakoan, eta aurrekoarekin lotuta, gehien bat, oheratzeko orduan, jatorduetan eta eskolaz kanpoko denbora librean ibiltzen direla erantzuten dute. Lehen esan bezala, eskola-orduetan mugikorraren erabilera mugatuta egoteak, aplikazio hauek erabiltzeko libre dituzten denbora tarteak bilatzera eramaten ditu.

Mungialdeko Mankomunitatean egindako azterketa kuantitatiboan ikusten zen moduan, laginaren % 16k egun osoa pasatzen zuen mugikorrari begira, baita gauez ere, eta azterketa kuantitatiboarekin gertaera hori baieztatu daiteke, gutxi baitaukate logelan mugikorrak ez erabiltzeko agindua. Gainera, mugikorrak gabe egotea asko kostatuko litzaiekeela onartzen dute. Hala ere, beraien ustez ezin daiteke esan adikziorik dutenik.

Bideojokoei dagokionez, "lonja" dutenek, batez ere "lonja" jolasten dute; etxean askoz gutxiago. Gai honetan argi ikusten da nesken eta mutilen arteko ezberdintasuna: neskek ez dira lar zaletuak mota honetako jokoetara; eta, gainera, nesken artean hedatuago dago bideojoko hauek adikzioa eragin dezaketan ustea.

Ezohiko lekukoei egindako elkarrizketa pertsonaletatik ateratako emaitza adierazgarrienak:

Oso gaztetatik daukate mugikorra, baina ez edozein motatako mugikorra, Smartphone bat baizik. Beraz, oso gaztetatik internetera dute sarbidea edozein momentutan eta edozein lekutan. Ordenagailuak eta tabletak ere erabiltzen dituzten arren, mugikorra da gehien erabiltzen dutena, egunero eta ordu guztietan aldean eramaten dutelarik.

Gehien erabiltzen dituzten sare sozial edo aplikazioak WhatsApp eta Instagram dira. Hauen ostetik, baina alde handiarekin, Ask, Snapchat, Facebook, Twitter, Tuenti,....

Twitterra orokorrean famatuak jarraitzeko erabiltzen dute eta Facebook nagusiagoak direnean, edo baita, joko mota batzuetara jolastu ahal izateko (CandyCrush, FarmHeroesSaga,...).

Tuentia ia denek daukate baina gaur egun ia ez dute erabiltzen nahiz eta kontua irekita izan.

Sare sozial hauek bai neskek, bai mutilek erabiltzen dituzte eta gero eta eredu antzekoekin. Alde batetik, lagunekin komunikatzeko erabiltzen dituzte eta bestetik, beraien identitatea definitzeko.

Honen harira, oraindik neskek jarraitzen dute mutilek baino gehiago beren gorputza erakusten besteen onespina lortzeko, baina gero eta gehiago, mutilek ere jokaera hauek dituzte.

Konektatuta ematen duten denborari dagokionez, eztabaida-taldeetan ikusten zen moduan, alde dago gazteenen (12-15 urte tartekoak) eta nagusiagoen artean (16tik gora).

Gazteenak bataz beste ordu bi konektatzen dira egunero. Normalean, eskolara ezin dute mugikorrak eraman eta arratsaldeetan erabiltzen dute. Egunean 5-6 ordu ematen dituztela esaten dutenak daude (kontuan izanda eskolatik arratsaldeko 4:30etan heltzen direla etxera, arratsalde osoa ematen dute, beraz). Gurasoen baimenik ez dutenak ere badaude eta beraz, asteburuetan soilik konektatzen direnak, baina azken hauek gutxiengoa direla ematen du.

Nagusienean, aldiz, orokorrean ez dute inolako mugarik mugikorra erabiltzeko eta beraien asko kostatzen zaie zenbat denbora ematen duten neurtzea.

Gazteenen artean identitate-usurpazio kasu batzuk ikusi dira, baita sare sozialen bitartez egindako jazarpen kasuak ere, hala ere, nagusiagoen artean ohikoagoak dirudite.

Arrisku-erabilerak egunero ikusten dira, batez ere, jazarpenarekin (ciberbullying) eta argazkien erabilera desegokiarekin lotutakoak.

Nerabeak izanda, Interneten egiten eta eskegitzen den denak azterna digitala uzten duela ulertzea kostatzen zaie. Gehienetan, Interneten dauzkaten portaera batzuen ondorio legalez ere ez dira jabetzen.

Kasu batzuetan, nerabeen identitatea eraikitzekeo ibilbide horretan, sareei garrantzi gehiegi ematen diete, eta ondorioz, bizitza birtualak errealak baino garrantzi gehiago hartzen duen heinean, isolamendu jarrerak ager daitezke eta eraikitzen duten identitate hori fikziozkoa izan daiteke, beti ere besteen onarpenaren eta atseginaren bila.

Bideojokoen kasuan, oraindik mutilek dira bideo-kontsolak gehiago erabiltzen dituztenak, batez ere online eta jokalaririk anitzekin jolasten diren jokoak erabiliz, baina neskek ere gero eta gehiago erabiltzen dituzte bideojokoak; hala ere, nesken artean ohikoagoa da mugikorraren eta sare sozialen bidez jolasten diren jolasak erabiltzea (CandyCrush, FarmHeroesSaga,...).

e) Ondorioak

Lagineko adin-tarteei erreparatuta, ondorio hau atera daiteke: 15-17 urteko adin-tarteko gazteak dira bideo-jokoak, sare sozialak eta WhatsApp gehien erabiltzen dituztenak. Datu horiek generoaren arabera aztertuta, bideo-jokoak ohikoagoak dira mutilen artean; aldiz, neskek ohikoagoak dituzte sare sozialak eta WhatsApp.

Laginetik % 70ek bideo-jokoak erabiltzen ditu. Ehuneko horretatik, ia % 40 12-14 urteko adin-tartean dago eta gainerako % 60 15 urtetik gorakoa da.

Nabarmen sumatzen da mutilek gehiago erabiltzen dituzten joera: mutilak erabiltzaileen % 57 dira; neskek, berriz, % 43.

Egunean 5 ordu baino gehiago bideo-jokoekin jarduten duten pertsona guztiek 12-17 urte artean dute, eta aukera hori hautatu duen inork ere ez ditu 18 urte baino gehiago. Hala ere, gogoratu beharra dago, arestian esan bezala, adinez nagusiak direnen laginak ez duela behar bezala ordezkatzeko adin-tarte horretako populazioa.

Gazteek bideo-jokoak erabiltzen zenbat denbora pasatzen duten aztertuta, uste hau dago: % 32k uste du denbora luze pasatzen duela egunean bideo-jokoak erabiltzen; % 68k, berriz, uste du ezetz. Hala ere, Mungia Mankomunitateko V. Adikzioen Plana gauzatzeko elkarrizketatu ziren pertsona helduen iritzien arabera, denbora gehiegi pasatzen dute gazteek aisialdi-jarduera honetan.

Inkestatutakoen % 86k dio sare sozialak erabiltzen dituela. Erabiltzen dituzten guztietatik, % 35 12-14 urteko adin-tartean dago. Datu hori oso deigarria da, batez ere kontuan izanez gero, Tuentiren erabilera debekatuta dutela 14 urtetik beherakoek, gurasoen baimena izan ezean. Oro har, 14 urtetik beherako haur askok dute profilen bat zabalik sare sozialen batean. Seguru asko, guraso askok ez dute jakingo adin hori (14 urte) dela gutxienez Estatuan horretako sareren batean izena emateko. Elkarrizketatutako heldu gehienek usteek baieztatzen duten moduan, gurasoetako askok ez dakite beraien seme-alabek profilen bat dutenik sare sozialen batean, eta baldin badakite, ez diete garrantzia larregirik ematen.

Sare sozialak gehiago erabiltzen dituzte neskek: erabiltzaileen % 55 neskek dira eta mutilezkoak % 45. Datu hori zehatzago aztertuta, lagineko mutil guztietatik, sare sozialak erabiltzen dituztenak % 75 dira; nesken kasuan, aldiz, % 91era igotzen da sare sozialen erabiltzaile kopurua.

Emakumezkoek eta gizonezkoek teknologia berriak helburu desberdinekin erabiltzen dituzte eta desberdintasun horrek genero-jatorria du: gizonezkoek informazioa eta jarduera ludikoak bilatzen dituzte gehiago Interneten; emakumezkoek, berriz, erlazionatzeko eta komunikatzeko sistema eta era desberdinak bilatzen dituzte gehiago.

Genero-ezberdintasun horiek ez dira ematen emakumeek eta gizonek trebezia edo gaitasun ezberdinak dituztelako; sozializazio-prozesuan oinarrituta dauden ezberdintasunak dira.

Deigarria da zeinen goiz hasten diren erabiltzen erreminta horiek: inkesta erantzun duten 12 urteko pertsonetatik, erdiak baino gehiagok dio sare sozialak erabiltzen dituela.

Hain zuzen ere, hauxe da azterketa kualitatiboan gehien aipatu den puntuetako bat, eta kezka gehien eragiten duenetako bat ere bada; batik bat, irakasleak eta familiak ageri ziren kezkatuta. Izan ere, alde batetik, gaur egungo hezkuntza-ereduak eta balioak norantz doazen hausnartzea oso garrantzitsua dela uste dute; eta, bestetik, Informazio eta Komunikazio Teknologia berriekin lotutako hezkuntza-erakundeak ere berriz definitzea beharrezkoa dela uste dute, bai eskola-eremuan, bai familia-eremuan ere.

Laginarren % 47k uste du denbora asko pasatzen duela sare sozialetan.

Hain zuzen ere, egunean 5 ordu baino gehiago sare sozialak erabiltzen dituzten gazte gehienak 12-17 urteko adin-tartean daude, eta zehatzago adierazita, 15-17 urte artean.

Prebentzio-programak martxan jartzeko eta ezartzeko orduan kontuan izatekoa da (eta sare sozialetan eta bideo-jokoekin laginak pasatzen zuen denborarekin ere berdina jazotzen zen), WhatsApp bidez komunikatzen 5 eta 7 ordu artean eta 7 ordu baino gehiago ematen dutela erantzun zuten pertsonen gehiengoa 12-17 adin-tartean kokatzen zela, eta zehatzago esanda, 15 eta 17 urte artean. 18 urtetik aurrera, lagun guztiek adierazi zuten 5 ordu baino gutxiago pasatzen dituztela erreminta horien bidez hartu-emanetan.

Sare sozialak eta teknologia berriak larregi erabiltzen direla adierazten dute atal honetako emaitzek. % 21ek 7 ordu baino gehiago ematen dituela WhatsApparekin da daturik deigarriena; hain zuzen ere, % 16k egun osoa pasatzen du WhatsAppari, eta beraz, mugikorrari adi, baita gauzez ere. Arrisku-portaera horiek dira hain justu, susmoa zabaltzen dutenak ea gazteek ez ote dituzten oker erabiltzen teknologia berri hauek; eta, ondorioz, arrisku-portaera horiek saihestera zuzenduta dauden esku-hartzeen beharrezko hautematen da, betiere, teknologia berriak hezkuntzarako eta aisialdirako estrategia positibotzat hartuta eta ez berezko arriskutzat.

f) Hausnarketa

Mungialdeko Mankomunitatean lortutako datuez gain edo haratago, eta gazteekin beraien aisialdi-guneetan zuzenean esku-hartzeak ematen duen esperientzia dela eta, Interneten, bideo-jokoetara jotzen, Smartphone-ekin edo sare sozialetan konektatuta ematen duten denbora ez ezik, tresna horiei nolako erabilera ematen dieten hartu behar da kontuan.

Oso trebeak dira teknologia berri hauen erabileran, beraiekin batera jaio eta hazi izan dira eta; "natibo digitalak" ere deitzen zaie. Baina nerabe diren heinean, helduen bizi-ekarmentua falta zaie. Tresna hauen erabilera teknikoa edo mekanikoa, nahiago izanez gero, menperatzen dute, baina sarritan, urteek ematen duten sen ona falta zaie; nerabezaroak berak dituen ezaugarri propioengatik, arrisku-portaerak aurrean zaurgarriagoak direla ahaztu gabe.

Bizitzako beste esparru batzuetan bezala, drogen kontsumoa edo sexu-harremanak esaterako, IKT-en erabileran ere laguntza eta segizioa behar dute: alde batetik, beraien eta inguruko ongizatea bermatzeko arriskuak murrizteko segurtasun-neurriak ezagutu behar dituzte, hala pribatutasuna zaintzea, ezezagunak lagun artean ez onartzea, partekatzen dituzten argazkien egokitasuna, pasahitzen garrantzia, aztarna digitala, ondorio legalak, publizitate engainagarria, iruzur ekonomikoak eta abar. Eta bestalde, baloreen transmisioarekin zerikusia duen alde guztia ere zaindu behar da, hau da, besteei eta norbere buruarekiko errespetua, tolerantzia, enpatia, erantzukizuna... Azken batean, mundu errealean egingo ez luketenik, mundu birtualean ere ezin egin daitekeela ikasi behar dute.

Identitate pertsonala eraikitzeko prozesuan murgildurik daudela, tresna hauek erabiliz eraikitzen duten identitate birtuala sarritan ez da egokiena izaten: beti besteen onespina lortu nahian ahalik eta jarraitzaile eta "lagun" gehien eduki nahi dituzte; beraien publikazio eta argazkietan "atsegín dut" mordoak pilatzeko, askotan beraien burua lar eta modu okerrean azaltzen dute, neurrigabe sexualizatuta dagoen adingabekoen belaunaldi baten aurrean aurkitu gaitezkeelarik.

Bikote-harremanak ezartzeko modua ere, gero eta gehiago, beste harremanak ezartzeko modua bezala, tresna hauek baldintzatuta dago eta, ikusten hasi garen moduan, teknologia hauen helburua txarto ulertuta edo, bestea kontrolatzeko sistema bezala erabiltzen dituzte kasu batzuetan, horrek izan ditzakeen ondorio guztiekin.

Argi dago, beraz, IKT-ek izan ditzaketen onura, abantaila eta aukera paregabe guztiei ahalik eta etekin handiena ateratzen erakutsi behar zaiela gazteei, baina baita erabilera problematikoak saihesten ere; horretarako, heziketaren eta prebentzioaren garrantzia eztabaidaezinak dira. Babes-faktoreak indartu eta arrisku-faktoreak murriztu behar dira. Teknologien erabilera zuzena eta osasuntsua sustatzen duten esku-hartzeak garatu eta gauzatu behar dira. Hauek ahalik eta eraginkorrenak izateko, gazteen errealitatera egokitu behar dira eta nerabe eta gazteen erreferentziazko heldu guztien inplikazioa behar dute, familiaren inplikaziotik hasita, eskolaren, eragile sozialen eta erakunde eta administrazio publikoen esfortzu eta inplikazioraino.

g) Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (DSM-5). Washington, DC: Author.
- Becoña, E. (2009, 2013). Factores de riesgo y protección en la adicción a las nuevas tecnologías. En Echeburúa, E., Labrador, F.J. y Becoña, E (Coords.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*, 45. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Berríos, L. y Buxarrais, M.R. (2012). Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y los adolescentes. Algunos datos. *Monografías Virtuales*, 5. Extraído de:
<http://www.oei.es/valores2/monografias/monografia05/reflexion05.htm>
- Carbonell, X., Graner, C., Beranau, M., y Chamarro, A. (2009). Fomento del uso saludable de las tecnologías de la información y comunicación en familia y escuela. En Echeburúa, E., Labrador, F.J. y Becoña, E (Coords.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*, 205. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Castellana Rosell, M., Sánchez-Carbonell, X., Graner Jordana, C. y Beranuy Fargues, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 16-204.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: Desclée de Bouver.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22, 91-96.
- Echeburúa, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 435-447.
- Etorikintza Elkargoa. (2015). Diagnostikoa: Egoeraren Análisis. En Gizarte Zerbitzuen Mungialde Mankomunitatea, Adikzinoen Prebentziorako Zerbitzua (Ed.), *Mungialde Mankomunitatearen V. Adikzino-Plana 2015-2019*, 5.
- Flores, J. (2013). Oportunidades, retos y uso sin abuso de Internet, smartphones y videojuegos. En Laespada, M.T. y Estevez, A (Eds.), *¿Existen las adicciones sin sustancia?*, 117. Bilbo: Deustuko Unibertsitatea.
- Labrador, F.J. y Villadangos, S.M. (2009, 2013). Adicciones a nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. En Echeburúa, E., Labrador, F.J. y Becoña, E (Coords.), *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*, 45. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Matute, H. (2013). Internet: ¿adicción o no adicción? En Laespada, M.T. y Estevez, A (Eds.), *¿Existen las adicciones sin sustancia?*, 19. Bilbo: Deustuko Unibertsitatea.
- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25, 239-254.
- Oliva, A., Antolín-Suarez, L., Ramos, P., Jiménez, L., Jiménez-Iglesias, A., Moreno, M.C. e Hidalgo, M.V. (2013). Adicciones con y sin sustancia: paralelismo. En Laespada, M.T. y Estevez, A (Eds.), *¿Existen las adicciones sin sustancia?*, 87. Bilbo: Deustuko Unibertsitatea.
- Young, K.S. (1998). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology & Behavior*, 1, 237-244.

3.5. Joko patologikoa: etengabeko aldaketan

Ilargi Zarate Orio
Ekintza-Aluviz (Bizkaiko ludopatentzako laguntza)
illargizarate@gmail.com

a) Sarrera

Gaur egungo zorizko joko-industria azkarregi handitu eta garatu da. Teknologia berriek joko mota eta jokatzeko bitarteko gehiago sortzeko aukera eman dute. 2013. urtean Estatuaren online-jokoa legeztatu zen. Aurretik, legerik ez zegoenez, kontrolatzeko edo datuak jasotzeko zailtasun handiak zeuden. Lege berriari esker, ordea, arriskuak murrizteko adingabekoei ezarritako kontrolak eta auto-debekua egiteko aukera dago. Dena dela, urteko egun guztietan eta eguneko ordu guztietan Interneten bidez jokatu ahal izateak kontrol eza eta mendekotasuna errazten ditu. Interneten jokatzeko duen jokalariai eskuarteko dirua erabili ordez, kreditu-txartelarekin jokatzeko duen ondorioz, gero eta zailagoa da zenbat gastatu duen jakitea.

Horrez gain, Euskadin, orain dela sei urte, kirol-apustuen terminalak agertu ziren, antzinako kinielak ordeztuz. Joko-mota hau kirolak gustuko dituzten nerabe eta gazteentzat erakargarria da. Horren bidez, dirua erraz eta azkar lortu dezaketela pentsatzen dute; eta, horregatik, jokalariai patologiko-mota berri bat sortu da, gaztea, denboraldi labur batean narriadura larria duena.

Zorizko jokoak entretenitzeko aukera bat dira, dena dela, pertsona batzuk jokoaren bidez dirua asko eta erraz lortu dezaketela pentsatzen dute, oker pentsatuta ere. Sineskeria horren bidez, jokoaren mendekotasunean sortzen dira, irabazteko sistema bat daukatela edo zorizko gertaerak kontrolatu ditzaketela pentsatuz.

b) Joko patologikoaren kontzeptua

Joko patologikoa ez da gaixotasun berria baina orain arte ez da gehiegi jakin honetaz, gizartearen beti lotsarekin bizi izan delako: biziotzat hartu izan da oro har. Hiztegian bizioaren esanahia begiratzen badugu horrela definitzen du:

BIZIOA: "Zerbait oker egiteko ohitura edo ikuspuntu moraletik gaitzesgarria dena".

Kontzeptu hau erabiliz ulertzen da zergatik jokalariai patologikoak eta bere senideek ezkutatzeko zuten arazoa eta ez zuten laguntzarik eskatu nahi izaten. Lehen, ludopatia kontrolik gabeko bulkaden atalean sailkatzen zen, kleptomania eta piromaniarekin batera, baina 2014. urtetik aurrera Buruko Desoreken Diagnostikoei buruzko Gidaliburu berria (DSM-V) menpekotasun gisa agertzen da droga-menpekotasunekin batera. Beraz, sailkapen berriak, ludopatia gaixotasun psikologiko baten moduan ikusita, tratamendua eskatzeko pausoa egitea errazten die laguntza behar duten pertsonen.

Hortaz, ludopatia kontzeptua horrela definitu dezakegu:

Ludopatia desoreka bat da, jokatzeko bulkadak kontrolatzeko gaitasun eza du

ezaugarritzat. Jokalariai patologikoak ezin dio jokoari utzi, nahiz eta bere bizitzako arlo guztietan ondorio negatiboak sortu dituen. Jarrera gelditzen duen mementoetan urduri eta haserre egoten da eta edozein gauza egin dezake bere mendekotasunari jarraipena emateko.

c) Joko patologikoaren ezaugarriak eta diagnostikoa

Sustantziarik gabeko menpekotasunek sustantzia daukatenean ezaugarri asko partekatzen dituzte:

- Abstinentsia-sindromea: pertsonak jokatu ezin badu, urduritasun eta suminkortasun jarrerak agertzen dira.
- Tolerantzia: jokalariai patologikoak gero eta diru kopuru gehiago nahiz denbora-tarte luzeagoan jokatu behar du hasierako sentsazio bera izateko.
- Interferentzia: jokoaren ondorioz ardurak eta eguneroko aktibitateak alde batera uzten ditu, eta horrek bere inguruko pertsonen arazoak edukitzea eragiten dio.

Jokalariai patologikoak jokatzeko bulkadak gelditzeko zailtasunak ditu, bere bizitzako arloetan arazo ugari izan arren: arlo ekonomikoan, familia- arloan, arlo sozialean zein pertsonalean.

Diagnostikoa

A. Hondatze edo ezinegon nabarmena eragin duen joko patologiko etengabe eta errepikatua. Hurrengo lau ezaugarri (edo gehiago) antzematen dira pertsonarengan:	
TOLERANTZIA	Gero eta diru kopuru gehiago jokatu behar du aurreko sentsazio bera izateko.
ABSTINENTZIA SINTOMAK	Jokatzeari uzten diotenean urduri edo haserre egotea
KONTROLIK EZA	Ahaleginak egiten baditu ere, ezin dio jokatzeari utzi
KEZKA	Behin eta berriz apustuetan pentsatzen du
ANTOLAKETA	Larritasuna edo buruhaustea jokalariai buruz pentsatzean eta hurrengorako antolaketak egitean.
BERRESKURATZEA	Dirua galdu eta gero, berreskuratzeko asmoz bueltatzen da
GEZURRAK	Gezurak esaten ditu bere arazoa ezkutatzeko

KALTEAK	Lan- aukerak galtzen ditu, harremanak hondatzen ditu edo ikasketak ez ditu zaintzen, jokia dela kausa. Delituak egin ahal ditu dirua lortzeko, beste modurik ez badago.
MAILEGUAK	Inguruko pertsonak bere diru-arazoak konponduko dizkiotela pentsatzen du.
B. Joko jarrera ez da hobeto azaltzen episodio maniako batekin	

1. taula: DSM-IV gidaliburuak joko patologikoa diagnostikatzeko ezarri dituen sintomak.

Beraz, hurrengo galdera suertatzen da, ondorio hauek izanda, zergatik mantentzen du jokalaria bere jarrera? Mendekotasuna sortzen duen edozein jarrera, hasieran, indartzaile positiboekin erlazionatzen da (jarreraren ondorioak atseginak eta pozgarriak dira), baina denborak aurrera jo ahala, jarrera horiek indartzaile negatibo bihurtzen dira (jarrera hori izan baino lehen, pertsona horrek bere urduritasuna eta irrika kentzeko gozamina bilatzen du). Argi dago aldaketa hau gertatzen denean mendekotasun bati buruz hitz egiten ari garela, abstinentsia-sintomak agertzen dira eta.

Joko patologikoa mantentzen dituzten pentsamendu irrazionalak

Jokalaria patologikoa jokoari buruzko pentsamendu irrazionalak dauzkalako jokatzeko du. Jokoa kontrolatu edo iragarri ahal duela pentsatzen du, horregatik, kantitate handiak jokatzeko dituzte, saria lortzeko duela pentsatuz.

Pertsona guztiengan akats kognitiboak izatea arrunta da. Inguruko informazioa ez dute zientzialari batek bezala aztertzen, aldagai gehiago baitaude, bereziki estatistika eginkizun zailtan (zorizko jokoak). Horregatik, normalean, informazio ugari hori erraztu egiten da, bakarrik informazio horren zati bat kontuan hartuz. Horrela, akats kognitiboak sortzen dira.

Jarraian, jokalariek egiten dituzten akats kognitiboen adibide batzuk erakusten ditugu:

Kontrol- ilusioa	Jokoaren emaitzak, zoriaren mendean baino, norberaren gaitasunen mendean daudela sinestea.
Zortea emaitzen erantzule	Norberaren zortea jokoaren emaitzak azaltzeko eta aurreikusteko alderdi garrantzitsua dela pentsatzea.

Zoria prozesu autozuzendu moduan	Geroko gertaera baten probabilitateak handitzen direla pentsatzea kontrako gertaera asko ateratzen denean. Adibidea: Txanpon bat botatz, aurkia (aurrealdea) ateratzen bada 10 aldiz, ifrentzua (atzealdea) aterako dela sinestea.
Alde txikiaz galdu	Jokalaria pentsatzen du asmatzetik hurbil egon dela eta hurrengo jokaldian probabilitate handiagoa egongo dela.
Sineskeriak	Jokalaria pentsatzen du asmatzetik hurbil egon dela eta hurrengo jokaldian probabilitate handiagoa egongo dela.
Erabateko maiztasunaren finkapena	Bere arrakasta neurtzen du bakarrik zenbat irabazi duen kontuan hartuta, ez du kontuan hartzen zenbat galdu duen.
Makina gizakitzat hartu	Makinari giza jarrerak egozten dizkio. Adibidea. "Makina honek engainatu nau"

d) Joko patologikoaren faseak

Joko patologikoa ez da gaixotasun berria baina orain arte ez da gehiegi jakin honetaz, gizartean beti lotsarekin bizi izan delako: biziotzat hartu izan da oro har. Hitzegian bizioaren esanahia begiratzen badugu horrela definitzen du:



3. Taula: Jokalaria patologikoen pasatzen dituzten faseak

e) Jokalari motak

Jokoaren maiztasunaren eta pertsonak duen jarreraren kontrolaren arabera hiru jokalari mota bereizi ahal ditugu:

Jokalari soziala

Pertsona hauek mendekotasunik ez dute. Batzuetan apustuak egiten dituzte baina ez dute beren jarreraren kontrolik galtzen. Entretenigarri edo dibertigarri den aktibitate hartzen dute joko, beti zenbat diru gastatuko duten kontuan izanda.

Jokalari problematikoa

Pertsona hauen narriadura ez da hain larria jokalari patologikoekin konparatuz, baina noizean behin kontrol eza adierazten duen episodiotan bat izaten dute. Arrisku-jarrerak dituzte eta prebentzioa egiten ez bada, segur aski, jokalari patologiko bihurtuko dira.

Jokalari patologikoa

Pertsona hauen egoera larria da, beren inguruko arloak makaltzen hasten dira: familia, lana, lagunak, ardurak, egoera ekonomikoa... Mendekotasun bat izanik, pertsonaren ahalmenak eta gaitasunak txikitu egiten dira, eta arazoak konpontzeko modua jokora jotzea da. Gero eta zor gehiago dituztela, etengabe jokatzen dute, kontrolik gabe, sariren bat lortzeko nahian. Jokatzera joateko zailtasuna badute haserrekor eta urduri egoten dira (abstinentzia-sindromea).

f) Berrerortzeak

Mendekotasun prozesu terapeutikoan atzeratzeak egon daitezke, edonola ere, ez da tratamendua bide okerretik doan seinale. Etorkezunari begira, berrerortzea eragin duten faktoreak ezagutzea da horren abantaila.

Bi berrerortze-mota ezberdindu ahal ditugu:

Berrerortze puntualak: pertsonak puntualki jokatzen du eta berehala konponbideak bilatzen ditu, inguruko jendeari laguntza eskatuz eta zer gertatu den aztertuz. Arazoa ez da areagotzen.

Berrerortzeak: Pertsonak denboraldi batez jokatzen du galdu duen dirua jokoaren bidez berreskuratu nahian, berriro gezurrak esaten hasten da, eta bere akatsa isilean mantentzen du.

Berrerortzeak errazten dituzten alderdiak

Alderdi sortzaileak	Portzentajeak
Diruaren erabilera okerra	%48,6
Emozio negatiboko egoerak	%25,7
Alkoholaren gehiegizko kontsumoa	%14,3
Jokatzeko irrika (Craving)	%5,7
Presio soziala	%5,7

4.Taula:Berrerortzeak errazten dituzten alderdiak(Fernandez-Montalvo, Echeburua eta Baez, 1999)

Berrerortze bat gertatzen den bakoitzean, komenigarria da arriskua daukaten egoeren zerrenda egitea. Behin identifikatuta, berrerortzea saihesteko ordeko jarrerak bilatu behar dira.

g) Jokalariaren senideak

Jokalariaren senideek ere jokoaren ondorioak sufritzen dituzte: eztabaidak, gezurrak, kezkak, arazo ekonomikoak, mendeko pertsonaren estutasunez arduratzen dira eta jokalariaren arazoak konpontzeko laguntza dira.

Familiako alderdi sortzaileak

APAk dioenez, joko bilatzea erlazionatzen da pertsonak bere arazotik alde egitearekin eta disforia (etsipena, erru-sentimenduak edo antsia) kentzearekin. Jokalariaren nortasunari buruzko ikerketen arabera, joko patologikoarekiko zaurgarriak diren pertsonak honako ezaugarri hauek erakusten dituzte: komunikazio-gaitasun urria, afektibitate-heldutasunik eza, desoreka emozionalak eta frustrazio-tolerantzia gutxi. Horregatik, tentsio- eta gatazka-uneetan pertsona hauentzako joko bereziki erakargarria da. Adibidez, bizi-zikloaren faseetan krisialdi-uneak gertatzen dira, beraz, bizimoduaren aldaketei aurre egin behar zaie. Familiak egindako moldaketaren arabera, harremanak aberastuta edo tratatuta geratzen dira. Hona hemen, aipatutako bizi-faseak:

- Gurasoen etxetik joatea
- Guraso izatea
- Seme-alabak nerabe bihurtzea
- Seme-alabak etxetik joatea beren familia sortzeko. "Habia hutsik" etapa.
- Erretiroan sartzea

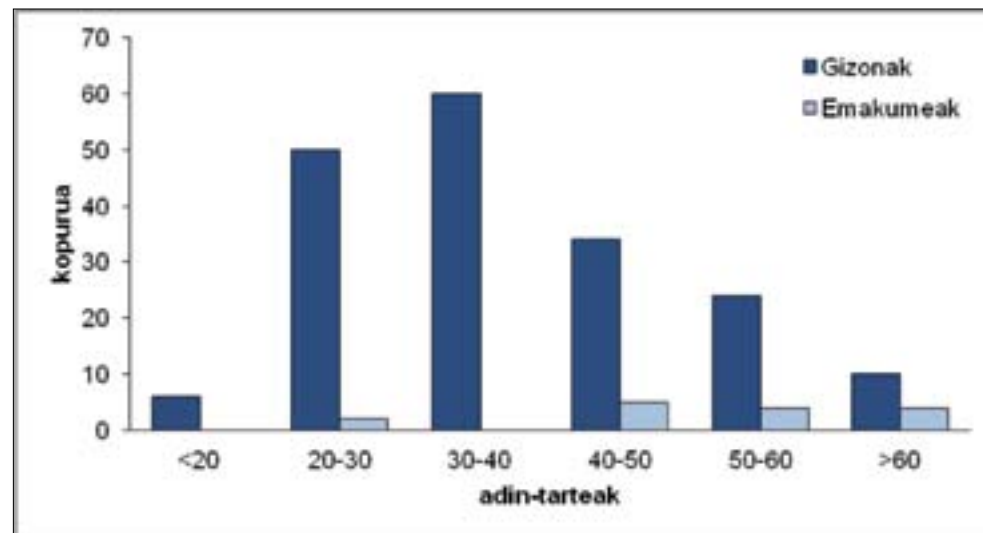
Familiak arazoa mantentzeko sortutako jarrerak

Familiak mendekoari laguntzeko jarrera batzuek mendekotasunari eusteko balio dute, eta lagundu nahian, pertsona kaltetzen dute, haren egoera gero eta larriagoa bihurtuz. Erabiltzen den kontzeptua kodependentzia da. Kodependentzian laguntzak eragin kaltegarria dauka biengan, mendekoarengan eta laguntzailearengan. Biak gurpil zoroan sartzen dira, ez dute irtenbiderik aurkitzen.

Mendekoaren zorrak ordaintzea familiek egiten duten akats arrunta da. Horrela, mendekotasuna duen pertsonak ez du bere ardura hartzen eta bere jarrerak sortu dituen ondorioez ez da konturatzen, orduan, jokora joko du berriz, arazoak konponduta daudelakoan. Beste adibide batean, jokariaren bikotekideak bere mendekoaren jokia kontrolatzeko jotzen laguntzen dio eta jarrera horrekin mendekotasuna mantentzea baino ez du lortzen.

h) Ekintza-Aluviz elkartea

Elkartearen estatistikak



4.Taula: Elkartera datozen profilen estatistikak (2015)

Pasa den urtean 199 pertsona hurbildu ziren Ekintza-Aluviz elkartera jokia uzteko laguntza bila.

Elkartera datozen pertsonen profilak

Edozein pertsonak mendekotasun bat izateko aukera daukela kontuan hartuta, elkartera datozen pertsonen artean antzeko profilak ikusten ditugu. Hala ere, haien artean ezberdintasunak ere nabaritzen dira, izaerari eta egoerari dagokienez.

50-65 urte arteko gizonak

Ezkonduta eta seme-alabekin, jokoan gazteak zirenean hasi zirela, gaixotasun-ibilbide luzea dute. Gastu ekonomikoa etengabekoa da deigarriak ez diren kantitateekin, eta horrela, ondorioen narriadura beren bizitzetan pixkanaka-pixkanaka handitzen da.

Profil honetako gizon gehienek makina txanponjaleak nahiago dituzte, ohiko kezkak eta arazoak ahazten eta beren emozioak erregulatzen laguntzen dietelako. Ikus daitekeenez, profil honetako pertsonak beren bizitzan agertzen diren arazoak konpontzeko zailtasunak dituzte eta konponbideak bilatu ordez, jokora jotzen dute.

Gezurren bidez ezkutatuak zorrak edo maileguak beren emazteek aurkitzen dituztenean jotzen dute elkartera laguntza bila, normalean behartuta. Profil honetan, buruhaustea inori ez kontatzea eta laguntzarik ez eskatzea arrunta da, dena ondo dagoelako itxura egiten da. Beraz, tratamenduan, heziketa emozionala eta arazoak konpontzeko baliabideak lantzea garrantzitsua da.

18-35 urte arteko nerabe eta gazteak

Ezkongai eta gurasoen etxean bizi dira eta adingabeko zirenean hasi ziren jotzen. Kantitate handiak xahutzen eta narriadura-prozesua azkar handitzen da haien kasuan. Lau urteren buruan jokoaren ondorio kaltegarriak hasten dira nabaritzen.

Ezaugarri hauen eragilea kirol-apustuak nahiago izatea da, mendekotasun-sortzaile gisa botere handia dauka joko mota honek, zuzeneko apustuak egin ahal direlako, kantitate ezberdinak erabili ditzaketelako, kirolekin erlazionatuta dagoelako eta sariak bertan jakin ahal dituztelako. Joko-mota honen bidez, pertsonak adrenalina eta aktibazioa lortzen ditu, horregatik, gazteentzat erakargarria da.

Gurasoek arazoak jakinez gero, elkartera etortzen dira laguntza bila. Profil honen errehabilitazioa zailagoa da, gurasoek zorrak estaltzen dituztelako. Gainera, jokari hauek ez dute inolako ardurarik (familiarak, lan-ardurak...) eta, beraz, ez dute egoeraren larritasuna ikusten.

Tratamenduan garrantzi handia dute jokia kontrolatzeko ideia okerrak desarmatzeak eta frustrazioarekin moldatzeko baliabideak prestatzeak.

40-60 urte arteko emakumeak

Nahiz eta ezkondu egon, emakume hauek bakardadean bizi dira edo bakarrik bizi diren emakumeak dira (alargun). Gaixotasunaren narriadura azkarra da baina ingurukoak ez dira konturatzen zer gertatzen den.

Echeburua Jaunaren ikerketa batean jakitera ematen da emakume hauek depresioa zutela jokoan hasi baino lehen, beraiantzat joko bakardadetik, asperkizunetik eta etxean dauden gatazketatik ateratzeko laguntza da. Horregatik, bingo eta makina txanponjaleak nahiago dituzte, ihesbide bat lortzeko asmoarekin.

Emakume hauek beren jatorrizko familiarekin edo bere seme-alabekin etortzen dira laguntza bila, gutxitan beren bikotekidearekin. Bestalde, emakumeen kasuan aurreiritzi gehiago daude: adibidez, erosketarako dirua gastatzen dutela jokoan; ordea, seme-alabak dituztenean, beren gastuan muga gehiago ipintzen dituzte, zorrik ez izateko. Normalean, seme-alaben arreta emozionalaz ez dira arduratzen, eta errua eta ezinegona sentitu arren.

Profil honen tratamenduan, depresio-sintomak kontrolatu beharko dira eta bizitza soziala eta denbora-pasak indartu.

Patologia dualak dituzten pertsonak

Joko patologikoa beste gaixotasunekin batera etor daiteke. Arlo somatikoan, jokalaria patologikoei gaixotasun medikoak izateko joera daukate, adibidez, hipertentsioa, zorabioak, urdaileko arazoak, zefaleak eta bizkar eta lepoko minak.

Beste desoreka psikologiko posible batzuk:

Drogazaletasunak:

Alkohola, cannabisa eta kokaina joko patologikoarekin batera etortzen diren drogazaletasunak izaten dira. Joko tratamendua hasi baino lehen, ea joko bakarrik edo substantziekin batera agertzen den egiaztatu behar dugu. Horrela bada, lehenengo sustantziaren mendekotasuna tratatzea gomendagarria da.

Eskizofrenia:

Azkenaldian, eskizofrenia-kasuetan jokoarekiko jarrerak nabariak izan dira. Kasu arinagoen artean sintoma positiboak (eldarnioak) desagertzea eta jokoaren bidez sozializatzea bilatzen dute profil honetako pertsonak, beren gaixo-rola gainditzeko saiatzeko.

Nortasun-desorekak:

Joko patologikoa eta "ClusterB"-ko nortasun-desorekak erlazionatuta zeudela ikusi da (Bagby, Vachon, Bulmash eta Quilty, 2008; Saéz-Abad eta Bertolín-Guillén, 2008). "ClusterB"-ko sailkapenean honako desorekak agertzen dira: antisoziala, histrionikoa, limitea eta nartzisista.

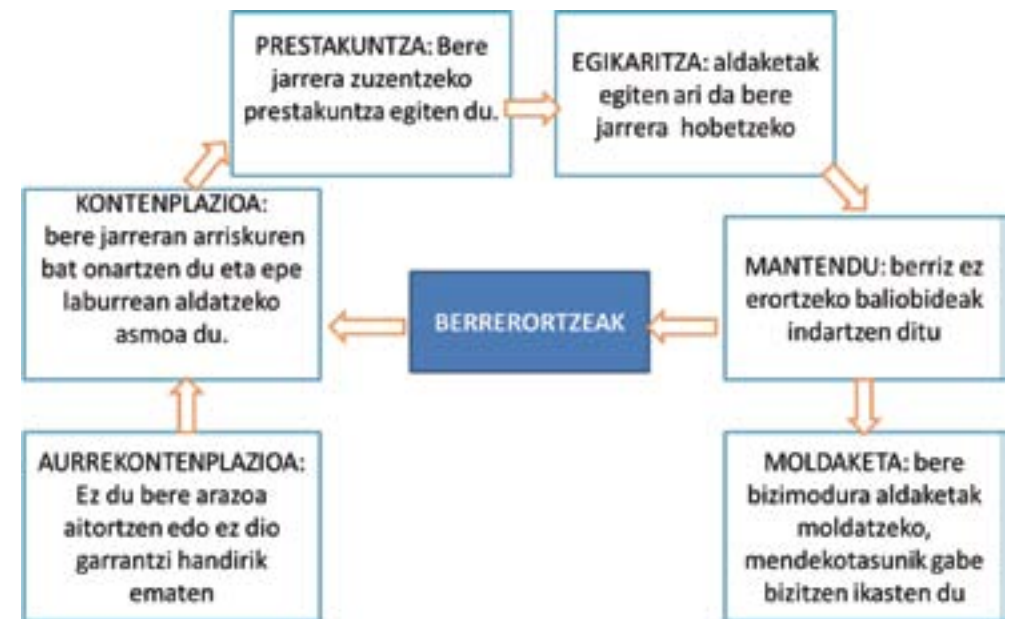
Beste desorekapsikiatriko batzuk:

Ikerketetan joko patologikoan moldatze-desorekak, aldarte-desorekak (depresioa, hipomania, distimia eta mania) eta antsietate-desoreka tasa altuak ikusi dira.

Aldaketaren faseak

Mendekotasunetan gaixotasunaren ezeztapena arrunta da, mendeko pertsona hauek uste dute beren inguruko jendeak arazoa handitzen dutela. Kontuan izan behar da mendekotasuna sortzen duen jarrerarekin lortutako onurek eragindako kostuek baino garrantzi handiagoa daukatela. Jokalari patologikoa tratamendua jasotzeko prest izango da mendekotasunaren kostuak onurak baino gehiago direla konturatzen denean eta, horrez gainera, mendekotasuna bakarrik ezin duela utzi ikusten duenean.

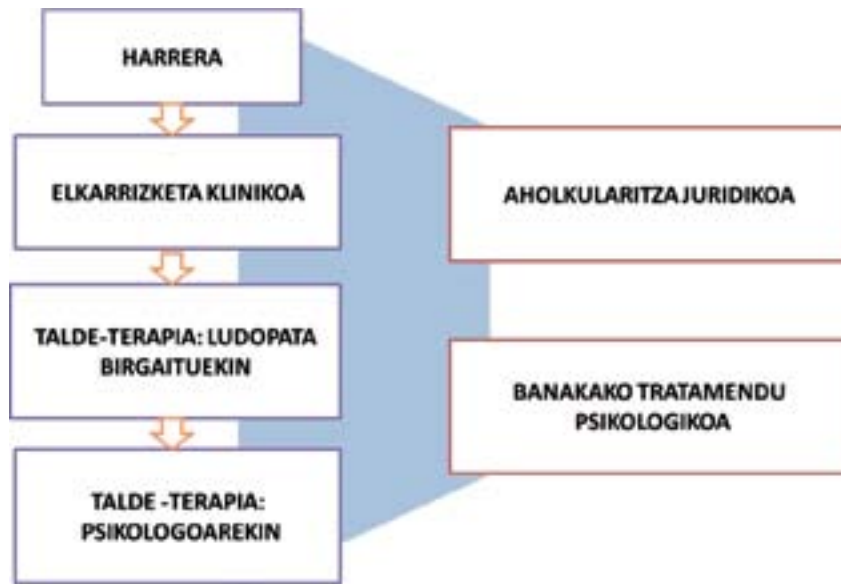
Aldaketaren gurrupila pertsona bizimodua aldatzeko prest dagoen ala ez egiaztatzeko eta tratamendurako parte-hartze hobea erabakitzeko tresna baliagarria da.. Aldaketarako asmoak fase ezberdinak ditu (Prochaska eta DiClemente, 1983):



1. Irudia: Prochaska eta DiClementeren aldaketa faseak

Aldaketa prozesuaren izaera ez da bide zuzena, aurrerapen eta atzerapenez osatuta baitago. Zoritxarrez, kontenplazio eta prestakuntza faseen arteko epea luzea izan daiteke, pertsonak bere burua engainatzen duelako edo aldaketari beldurra diolako.

Ekintza-Aluvizeko tratamendua



2.Irudia: Ekintza-Aluvizeko tratamendu faseak

Harrera

Lehenengo fase honetan, harrera bezala, presidenteak erabiltzailea eta bere senideak hartzen ditu. Jokalari birgaitua denez, presidenteak jokoarekin izan zuen esperientzia laguntza behar duen pertsonari kontatzen dio. Horrela, erabiltzaileen urduritasuna murrizten da eta defentsa-mekanismoak ken ditzake bere istorioa kontatzeko. Presidenteak joko patologikoari buruzko informazioa ematen die, eta erabiltzaileari laguntzeko kontrolerako jarraibideak ematen dizkie senideei: bankuko kontu korrontea mankomunatzea, egun bakoitzerako behar duen dirua soilik ematea eta gastatu duenaren tiketak eskatzea.

Elkarrizketa Klinikoa

Elkartera etortzen diren pertsona guztiek arazo bera dute baina haien inguruko egoera ezberdina izan daiteke; horregatik, norberaren zailtasunak eta baliabideak identifikatzeko psikologoarekin elkarrizketa bat izatea komeni da.

Halaber, aztertzen da jokoak zein mementotan eta egoeratan agertzen den, ezkutatuta dagoen premia identifikatzeko. Alderdi horretan, inguruko arloak aztertzen dira, haren bizimodua jarrera patologikorik gabe egokitzeko.

Talde -Terapia: Ludopata birgaituekin

Lehenengo fase honetan premiazkoa da mendekotasun bat daukatela onartzea eta jokoari uztea premiazkoa da. Haien bizimoduan berrerortzeko arrisku-egoerei aurre egiteko estrategiak ikasten dituzte jarraibideen bidez: eguna pasatzeko beharrezko den dirua soilik eramatea, jokatzeko zuten tabernetara ez joatea, jokoak ahazteko jardura entretenigarriak egitea eta kezkatuta dauden mementoan inguruko jendearekin hitz egitea. Erabiltzaileek jokoan aritzen zirenean jendeaz baztertzen ziren, jokoak beren bizitzaren muina zen, beraz, talde-terapia berriro erlazionatzeko aukera paregabea da, baita jokoarekin izandako esperientziak taldearekin beldurrik gabe partekatzeko ere.

Talde-terapia: Psikologoarekin

Jokoarekiko jarrera gelditu eta gero, mendeko pertsonarekin psikologiari lotutako gaiak lantzea garrantzitsua da aldaketa mantentzeko. Komunikaziorako gaitasunak, arazoak konpontzeko baliabideak prestatzea eta auto-estimua indartzeko lana egitea komeni da. Haien premiak identifikatzen irakastea beharrezkoa da landutako ikasgaia beren bizimodura molda dezaten. Hau da, mendekotasunak sortu zuen desordena antolatzeko balio du fase honek.

Aholkularitza juridikoa

Pertsonak bere zorrak estaltzeko edo jokatzeko dirua lortzeko edozein gauza egin dezakeenez, legezko arazoak sortzen dira: lapurretak, maileguak hartu eta beste delitu batzuk egiten dituzte. Elkartera laguntza bila datozenean dituzten zor guztiak zehaztea komeni da arazoari modurik hoberean aurre egiteko. Horrez gain, erabiltzailearen senideek dauzkaten legearen gaineko galderei erantzuteko ezinbestekoa da aholkularitza juridikoaren zerbitzua.

i) Bibliografia

- Echeburua, E. , Begoña, E., Labrador, F.J., (2010). El Juego Patológico: Avances en la clínica y el tratamiento. Ed. Pirámide.
- Bombín, B. (2010). Manual del ludópata: Guía para pacientes y familiares. Ed. FEJAR.
- Garrido, M., Jaén, P., Domínguez, A. (2004). Ludopatía y relaciones familiares. Ed. Paidós.

3.6 Autonomia emozionala, hurbiletik maitatu urrutira heltzeko

Aritz Anasagasti Undabarrena
Emotional Network S.L. zuzendaria
anasagasti@emotional.net

Menpekotasuna aztertzen dugunean, bereziki substantzia gabeko menpekotasuna, arlo ezagun batetik arlo zabalago batera begiratu beharko genuke.

Substantzien kasuan, badakigu substantziak berak baduela izaera kimiko jakin bat menpekotasuna sortzen duena, eta berau kontsideratu genezake menpekotasun honen erantzule nagusien moduan.

Substantzia gabeko kasuetan ordez, ez dago menpekotasuna justifikatu dezakeen kimikarik, beraz, nola justifikatzen da menpekotasuna?

Eta bai, noski, substantzien kasuetan ere kimikaz gain badakigu, aspaldi, badagoela menpekotasun honetan eragiten duen faktore ez-kimikoa.

Faktore ez kimiko hau, psikologikoa da. Eta substantzien kasuan ere agertzen den arren, batez ere, substantzia gabeko menpekotasun-kasuetan ematen da menpekotasun psikologiko hau.

Psikologikoa dela esaten denean, hala ere, argitu beharko genuke, horrek ez duela esan nahi norbere borondatearen menpe dagoela, edota norberak nahierara aldatu dezakeela menpekotasun-elementuarekin (ME) duen harremana.

Ez, ez da hain erraza MErekin eratutako harreman psikologiko hau eraldatzea, harreman honetan eragiten duten gune neurologikoak, gogoeta-gaitasunarekin bortizki lehiatzen direlako. Honela, gogoetak indar egin arren, oso zaila izaten du borondatea menperatzea, borondate honetan gogoetatik kanpo, bizi-senak emozioen bitartez, indar handia eragiten baitu.

Gure garuneko sari-sisteman, beraz, gogoetak ez du emozioek haina indar, eta honela, emozioaren bitartez, erlazio desegoki honetan, borondateak kale egiten du, nahiz eta nahia beste bat izan, ME elementua bazterterako orduan.

Honela, MErekin egin beharreko erritua egin ondoren, poza sentituko dugu hastapenetan, baina menpekotasuna aurrera doan heinean, poz hau ez da horrenbeste agertuko, honen ordez, ME honen gabeziak desatseginak diren emozioak sortaraziko ditu, eta honela, beldurra, errua, amorrua eta abar bezalako emozioak aktibatuko dira. Emozio hauek gogoetaren bitartez ezingo dira alderatu.

Beraz, hasieran poza sentitzearen irrikak bultzatuta MErekin eratutako harreman hori, errua, beldurra edo amorrua ekiditeko erabiliko da.

Baina zer izan daiteke Menpekotasun Elementu bat, eta nola mugatu eta zehaztu dezakegu duten arrisku-maila eta zeintzuk diren zaindu beharreko elementuak?

Eta are gehiago, zer dela eta elementu berdinen aurrean, pertsona ezberdinek, modu ezberdinean erantzuten dute?

Beraz, egokia ahal da elementuan fokua jartzea? Edo pertsonen ezaugarrietan jarri beharko genuke?

Eta hau horrela izanik, zein ezaugarri zaindu beharko genuke?

Galdera horiei erantzun orduko, lehenik azter dezagun hurrengo ikuspuntua.

Joko edo ludopatiaren aurrean menpekotasunaz hitz egitea egokia da; baita teknologia berriekin zerikusia duten mugikor, Internet, gizarte sare eta abarretan ere.

Azkenaldian, gainera, menpekotasun-mota berri ugari agertzen ari dira, eguzkiari, kirolari, txokolateari, eta, aspaldikoagoa den arren, sexuari eta beste hainbat elementu arruntari lotuta.

Baina ez al da menpekotasun bat metro-ibilbide bat bakarrik egin ezin duen pertsona batek sentitzen duen antsietatea? Edota auto bat hartzeko, bikote bat izateko edo bikote-erlazioa hasteko, etxetik ateratzeko, edota arma bat ez ikusteko antsietatea sentitzen duen pertsona batek jasaten duena?

Ez al da menpekotasuna, arrunta den zerbait egin edo ez egitearen aurrean, pertsona batek bere aldamenen beste pertsona bat behar izatea antsietatea ez sentitzeko?

Erantzuna baiezkoa bada, esan genezake, etiketatutako menpekotasunak elementu komun asko errepikatzearen ondorio direla, eta beraz, elementu hori zaindu, kontrolatu, mugatu edo ekiditearen ondorioz lortuko dela menpekotasunaren aurkako ekintza egoki bat.

Ez al gara fokua behar ez den nonbait jartzen ari? Jokoak, Internetek, eguzkiak, gimnasioak edota mugikorrak ba al du menpekotasun-gaitasuna?

Ez al da pertsonaren baitan menpekotasun potentzial bat egongo, non, jotzen duen edozer gauza jota ere, menpeko erlazioa eragingo duena?

Horrela uste zuten orain dela 15-20 urte, Instituto de Psicoterapias de Tiempo Limitadoko (IEPTL) zuzendari den Roberto Aguadok, psikologia klinikoaren lan- esparruan, 5.000 pazienterekin egindako ikerketa hasi zuenen.

Bere hipotesia honakoa zen; paziente bakoitzak kontsulta-motibo ezberdin bat du, eta motibo hau bakoitzaren bizi-esperientzia baten ondorioa da; sintoma partikularrekin, hainbat diagnostikotan antolatuko da. Baina sintoma hauen migrazio gabeko sendatzea ematen denean, landu ditugun elementuak komunak izan daitezke, pertsona guztientzat bereizgarri partikularrekin egokituak.

Esan genezake, hipotesi hau baieztatu zutela ikerketan, eta, ondorio moduan, terapia eredu bat garatu zela, "Terapia de Interacción Reciproca" deritzona.

Eredu honetan neurosi-gaixotasun psikologikoak sendatzeko landu beharreko elementuak identifikatu eta gisa-beharrizanak seinalatzen dira. Hau da, zein beharrizan bete behar dituen pertsona batek psikologikoki ez gaixotzeko.

Beraz, esan genezake badaudela giza-beharrizan naturalak. Eta beharrizan hauek gauzatzeak edo ez gauzatzeak edo gauzatzeko ditugun moduak baldintzatuko ditu gure izaera eta eraikiko ditugun harremanak; bai gainerako pertsonekin, bai bestelako gauza edo elementuekin.

Hau ulertzeko lehengo jakin beharrekoa hau da: gure burmuinak uste edo imajina dezakeena egia balitz bezala bizi duela. Arrazonamendu elementuetan baino, emozionalak diren guneetan gertatzen da hori.

Honela, errealitatean ez dagoen estimulu batek gure emozioak aktibatuko ditu, bai atsegintasuna, bai desatsegintasuna sentituz.

Azterketa baten aurrean, adibidez, ikasle batek beldurra sentitu dezake, nahiz eta azterketa hori ondo prestatua izan, edota azterketa hori ez izan garrantzitsua. Era berean, gidatzea atsegin ez duen batek, edota gidatzean gaizki sentitzen den pertsona batek, gidatu behar duela jakiten duen momentutik, desatseginak diren emozioak sentituko ditu, nahiz eta gidatzeko oraindik denbora asko falta izan, edota gidatze behar hori irudizkoa izan, hau da, imajinario hutsarekin gaizki sentitu daiteke.

Alde atseginarenean kasuan, poza sentitzeko burutapen bat dugunean, lagunekin gustuko afari bat, adibidez, gertatu aurretik ere, eta afari hori gertatzen denean, errealitatea ezberdina izan daitekeen arren, gure sentipenek aurrea hartuko diote errealitateari, eta modu honetan hainbat emozio sentituko ditugu burutapen ezberdinen aurrean, kasu honetan, agian, poza.

Beraz, esan dezakegu, errealitatean ez dagoenak burmuina kitzikatu dezakeela, eta imajinatu genezakeenak egoki edo desegoki sentiaraziko gaituela.

Baina zerk baldintzatuko du egoki edo desegoki sentitze hori?

Badirudi, errealitatean gertatuko den horrek influentzia baduela, eta estimulu batzuk baldintza gabeak direla, hau da, edozeini gaizki edo ondo sentiarazteko orduan, adibidez, heriotzaren aurrean gaizki sentitzea edo maite dugun pertsonaren aurrean ondo sentitzea, pertsona gehienengan emango den zerbait izango dela.

Hala ere, badaude baldintzatuak diren estimuluak, non aurretik izandako esperientzien arabera, atsegingo ditugu edo ez.

Aurretik izandako esperientzia honetan, gainera, gure burmuinerako arrakastak edo porrotak izango du pisua. Hau da, nahiz eta estimulua arriskutsua izan, gure burmuinak arrakastatsua izan dela uste badu, orduan, gusturago sentituko da porrotarekin

gogoratzen bada baino. Eta kasu honetan ere, arrakasta eta porrota ez daude errealitatearekin lotuta, baizik eta, guk errealitate horretan interpretatu dugunarekin.

Azterketa baten aurrean, aurretik beti bikain lortu duenak ez du beti lasai erantzungo, bikain hori ez badu kodifikatu arrakastatsua bezala, eta hau, arrazoiarentzako kontraesankorra bada ere, emozioen logikan guztiz zuzena izan daiteke.

Beraz, sentitzen dugunaren erantzulea ez da azterketaren emaitza izango. Sentitzen dugunaren erantzulea erlazioa erreferentzian sentitutakoa izango da.

Hau da, bizi ditugun estimuluen aurrean izango ditugun emozioak, gure erreferenteek sentiarazten dizkigutenak dira, eta honela, eta adibidearekin jarraituz, bikain ateratzen duen ikasle bati bere erreferenteek beldurra sentiarazten badiote, beti bikain ateratzeko presioarekin, edota, aterako ez balu gaizki sentituko lirakeela adieraziz. Ikasle horrek azterketarekiko kodifikazio desatsegin bat izan dezake, hala, beste ikasle batek nahiz eta justu-justu gainditu, bere harreman erreferentzian egoera hau segurtasun eta lasaitasunez bizitzen bada, ikasle horrek lasaitasuna sentitu dezake azterketa berdinarean aurrean.

Honela erlazio erreferentzian haurrak sentitzen duenak baldintzatuko du, gerora nola kodifikatuko dituen elementuak, eta zein izaera izan behar duen elementu bakoitzak arrakastatsua izateko edo porrota izateko, nahiz eta kasu bietan azterketaren emaitza nota aldetik berbera izan.

Bai eta haurra diogu, ze argi dago, haurtzaroan kodifikatzen dela, erantzun emozionalaren kodea. Hala, nahiz eta helduaroan, bestelako estimuluekin topo egin, gure buruak, antzekotasunaren bitartez, aurkituko dio, estimulu berri horri, zein erantzun emozionalarekin lotu behar duen.

Hala ere, hiru urte baino lehen kodifikazio honen oinarriak eratuko diren arren, estimulu ezberdinen kasuan, erantzun-sistema, berrorientatzeko aukera izango dugu, aurretik aipatu ditugun giza-beharrizanak modu egokian asebeteta baldin baditugu.

Berrorientazioa egiteko malgutasun handiagoa izango dute pertsona batzuk beste pertsona batzuekin alderatuz, eta gaitasun hau ere, aurretik izandako esperientzietan oinarrituko da.

Goazen beraz, hau baita giltza, beharrizan horiek aztertzea.

Aurretik esan bezala, eta IEPTLk egindako ikerketa horretan ateratako emaitzetatik, hiru gaitasun nagusi bereiziko ditugu:

Harremanetarako gaitasuna, norberaren euste-gaitasuna eta norbere buruaren gidaritzea.

Munduarekiko harremanean hiru elementu horiek beharrezkoak izanik, badirudi haurrak hauetan esperientzia behar duela, berauek aurrera eramateko, eta era honetan, maitatua izan den heinean maitatuko du, eutsi izan dioten heinean eutsiko du eta gidatua izan den heinean gidatuko du.

Bestalde, elementu hauetariko baten bat falta bada, edo behar ez bezala inkorporatu bada, norbanako honek gaitasun eza sentituko du, eta ez du bere burua gai sentituko, harremanak eratzeko, taldean eusteko edo bere burua gidatzeko.

Era honetan, menpekotasuna izateko probabilitatea elementu hauek gauzatzeko dugun gaitasunarekin lotuta dago. Ezen, gure burua hiru beharizan-gaitasun hauek aurrera eramateko gai ez badugu sentitzen, inguruarekiko harremana deserosoa bilakatuko da, eta era honetan gure gaitasun eza horrek, menpekotasun-harremanak eratzera bideratuko gaitu, adaptatiboagoak edo desadaptatiboagoak diren menpekotasunak eratzera.

Badirudi menpekotasun batzuk egokiagoak direla, adibidez, lanarekiko menpekotasuna bezalako harremanak ez ditugu bizi hain modu ezkorrean, eta agian arrazoizkoa da horrela baloratzea.

Aipatutako hiru elementu hauek beraz, erlazio erreferentzian garatuko dira, bai era egoki batean gauzatuz, edota gabeziazko erlazio batean.

Haurrak munduarekin duen harremana, berarekin izan duten harremanetan oinarritzen da, eta eratuko dituen harremanak, berarekin izandako harremanen isla izango dira. Era berean, bere buruari eta bere inguruari eutsiko dio berari eutsi dioten moduan eta azkenik, bere burua gidatuko du bera gidatu duten moduan.

Honela pertsona bat, autonomoki bizitzeko gai sentituko da, harremanak eratzeko gai sentitzen baldin bada, bere burua eta inguru eusteko gai sentitzen bada, eta norbere buruarekiko gidaritza egokia garatzeko gai sentitzen baldin bada. Eta honela, menpekotasuneko harremana eratuko da, beharizan-gaitasun hauetariko bakoitza aurrera eramateko gai ez dela sentitzen baldin badu.

Adibidez, miresmena lortzeko, berez gertatu beharreak, zerbait egin behar badu, baldintzaren bat bete behar badu, azterketak gaintu, zintzoa izan etab. modu horretan biziko ditu bere harremanak, baldintzaren bat bete beharko balu bezala. Honi baldintzatutako miresmena deituko diogu, eta izatearekin berarekin, erlazionatuta dago, zeren, norberaren balio, eta miresgarritasuna sentitzeko, beste norbaiten onospena behar dugu, dependentzia bat sortuz. Baliteke, onspen hori, norberaren menpe egotea ere, baina beti ere, erlazio erreferentzian emandako baldintza betetzen bada. Baldintza hori ez betetzeak, elementu konkretu horri ez ezik, norberaren izaerari berari ere eragingo dio, izatea bera kolokan jarritz.

Gaitasun ezberdin hauek inkorporatu ahal izateko, gure erreferenteekiko harremanean gauzatu behar dira. Harreman erreferentzian gertatzen dena, hau da, asimetrikoa den harremanean, bai egokia edo desagokia izan, inkorporatuta gelditzen da. Eta inkorporazio honek, sentitzen denarekin zerikusi handiagoa du, esaten edo egiten denarekin baino. Hau da, benetan, norbanakoak gordetzen duena, esperientzia emozionala da, eta ez esaten dena edo egiten dena.

Beraz, elementu ezberdinekiko sentitzen duguna, erlazio erreferentzian emango da, eta gero sentipen horien inguruan, errazagoa edo zailagoa izango da, ekintza jakin bat gauzatzea.

Lehenengo gaitasuna beraz, harremanak gauzatzeko gaitasuna da. Bai harremana sortzeko, bai harreman hau mantentzeko eta baita harremana bukatzeko gaitasuna.

Gure bizitzan zehar, eta gizakiaren izaera dela eta, beste gizaki batzuekin harremanak izango ditugu, eta hau ez da aukerazkoa. Harremanetan oinarritzen den gizarte batean bizi gara eta elkarren arteko harreman horiei esker lortzen ditugu jakiak, jantziak, teilapea, informazioa, berotasuna, azpiegiturak, osasuna, musika, etab.

Beraz, guztiok behar dugu harremanak eratzeko gaitasuna izan. Gaitasun hori, hala ere, ezberdin garatzen du pertsona bakoitzak, eta honela, badaude oso pertsona adituak harremanetan, berezki jotako gaitasunarekin, edo zailtasunak dituzten pertsonak. Gaitasun edo zailtasun horren aurrean beraz, arrakasta edo porroterako joera bat egongo da, non bakoitzak, bere burua harremanean sartu orduko, jada, ezberdin biziko du, eta zailtasunak dituenarentzako harreman bakoitza, energia-galera izan daiteke. Aldiz, erraztasuna duenarentzako, elikagarria izan daiteke harreman bakoitza, eta harreman bat izango duen ideien aurrean eroso eta gustura sentituko da, baldin eta harreman horretan ez badago bestelako baldintzarik.

Atxikimenduen esperientzian izandako miresmenak zeharo baldintzatuko du norberatasuna, erreferenteek baldintza gabeko miresmena eskaintzen duten heinean, norbera izateko eskubide baldintzagabea garatuko du bakoitzak. Gero baldintzagabeko miresmen honetan, baliozkoak diren elementuak eta baliozgabeak edo ezkorak direnak bereizi eta horrekin heziko da norbanakoa.

Era honetan izaera partikularra eratuko da, norbere izateki abiatuta, eta izate honetan potentzialak diren elementu guztiekiko eratzten den harremana, baldintza gabeko miresmenean oinarritzen bada, potentzialtasun hori garatu egingo da. Erreferenteak, haurren elementuekin kontaktua egiten duen heinean, haurrak berak ere elementu horiekin kontaktua egingo du. Ondoren, elementu horien balorazio bat egon beharko da egoki eta desagokiak bereizteko, baina beraien izatea onartuz. Eta azkenik, baldintzagabeko miresmen honekin begiratutako elementu bereiztuen balorazio ezberdinek, haur bereiztu eta partikularrak garatuko ditu, autonomiaren lehenengo pausua eratzuz.

Atxikimendua era egoki batean ematen bada, haurrak, izateko baldintza-gabeko baimena izango du, eta berarekin izandako harremana, orain berak garatu ahal izango du bere inguruarekin.

Bigarrenik, euste-gaitasuna legoke. Euste-gaitasun honetan, familia-kidetasuna, gordeleku-zaletasuna eta defentsa/babesa inkorporatuko ditugu.

Taldean bizitzeko talde-bizipenak behar ditugu, eta esperientzia horiek ere, erlazio erreferentzian emango dira.

Gutasuna, hau da, taldearekiko harremanari eustea edo taldearekiko atxikimendua sentitzeko gaitasuna, nitasuna sentitzetik gutasuna sentitzera heltzean datza. Eta gutasunean bizitzeko gai ez dena, taldean estres handiagoarekin egongo da, norbanakotasuna gainditzeko gai ez dela. Beraz, haurrak klanaren edo familiaren kidea dela sentitu behar du eta honela gai izango da familiarekiko edo taldearekiko atxikimendua sentitzeko.

Familiakidetasuna gordelekuan emango da, eta gordeleku honetan, arazoak kanpoan daudela sentituko du. Gordeleku seguru batean, gure burmuina lasaitu egingo da, eta babesa sentituko dugu. Era berean, gizakiak bere burua defendatzen ikasi behar du, eta, horrez gain, defendatzeko eskubidea duela eta, beraz, bere burua defendatu dezakeela sentitu behar du eta, kasu honetan ere, gordeleku-zaletasuna eta babesa testuinguru erreferentzian emango dira. Erreferenteak eusteko gaitasuna garatzen badu harremana simetrikoan, norbanakoak gaitasun hori inkorporatuko du eta gai izango da bai errealitatean gauzatzeko, bai modu sinbolikoan bere burua gaitasun horrekin bizitzeko. Honela autonomiaren eraiketan bigarren beharrizan-gaitasuna eratuko da.

Azken beharrizana, norbere burujabetasunarekin lotuta dago, norberaren eta besteen gidaritzaren gaitasunarekin.

Sarritan norbera ez ezik, beste batzuk ere gidatu behar izaten ditugu, gure erantzunkizun pertsonal, familiar edo profesionalak direla eta, baina besteen gidaritzaren, norberaren gidaritzarekin lotuta dago. Norbere burua gidatzen ez dakienak, nekez gidatuko du beste inor.

Eta gidatze horretan jakin behar duguna da mugak jarri behar dizkiogula bai gure buruari eta bai besteentzako. Hau da, nahi edo desio duguna egiteko ez dugu gidaritzarik behar. Momentu bakoitzean nahi duguna, edo desio duguna egiten badugu, desioak berak gidatuko gaitu, baina, helburu jakin batera bideratu nahi badugu gure burua edo besteena, muga egokiak jartzeko gai izan beharko dugu, gure helburu hori ez baita momentu orotan gure desio, irrika edo beldurrekin bat etorriko.

Adibidez, goizean goiz esnatu nahi badugu egin beharrei modu jakin batean erantzuteko, goiz horretan logurearen aurrean mugak jarri beharko ditugu. Enpresa batean krisiak jotako ekonomia baten aurrean beldurra sentitzen duen lan-talde bat gidatzeko, mugak jarri beharko ditugu beldur horrek eraginda gure taldeak ihes egin ez dezan, da zertan ihesaldi fisikoa izan, ihesaldi ideatibo bat izan daiteke.

Beraz, norbere burua era egokian mugatzen dakienak, bere helburuetarako gidaritzaren egokia izango du, eta ez du hirugarrenik behar izango bere helburuen bila abiatzeko.

Ez du isuna edo istripua beharko abiadura egokian autoa gidatzeko, ez du koma etilikoa beharko ardoa neurrian edateko, edota ez du mehatxua beharko lan taldea mugiarazteko.

Burujabetasunaren gidaritzaren hau ere erlazio erreferentzian oinarritzen da, eta beste kasuetan legez, hemen ere, modu bereiztu batean gauzatu beharko da. Burujabetasun

hau mugetan oinarrituko da, hau da, mugak badaude eta burmuinak muga horiekin harremana izan behar du. Mugarekiko harreman hori, afektiboki eman beharko da, hau da, mugak ez du esan nahi, mehatxu edo bortizkeria egon behar denik, guztiz alderantziz baino. Muga garatzen den testuinguruak gozoa beharko luke, eta hurbileko harreman batean eman behar da agintea ferekan oinarrituz. Eta muga horren ondoren eta muga zurrun eta maitakorra eman ondoren, bigarren aukeraren eskaintza egon beharko da beti.

Honela, mugarekiko harremana zurruna baina gozoa izan daiteke, eta era berean, behin muga bete edo muga ez betetzearen ondorioa jasan eta gero, bigarren aukera agertuko da, berriz ere saiatzeko abagunea emateko.

Beraz, ikerketa honen ondorioz esan genezake, autonomia, harremanak izateko gaitasunarekin, kidetasunean eta gordelekuaren babesa izateko gaitasunarekin eta norbere burua muga egokietan eta egoki gidatzeko gaitasunarekin lotuta dagoela.

Gainera, gaitasun hau, errealitate haratago dago, non norbanakoak hauetariko gaitasunen bat ez duela sentitzen baldin badu, errealitatearen aurrean ezgaitasuna nabaritu du, eta egoera agertu aurretik jada, desatsegintasunean murgilduko da, porrot egingo duela aurreikusteko gai baita.

Beraz menpekotasuna ekiditeko fokua kanpo-elementuetan jarri beharrean, erlazio erreferentzian jartzen baldin badugu, era egoki batean afektuak garatuz, pertsonaren autonomian isla bereizgarria izango du, eta era honetan, beharrizan-gaitasun hauek era egokian eman baldin badira, pertsona horrek, bere munduan gai dela eta bere bizitzako erronkei modu autonomoan eutsi diezakeela sentituko du.

Hurbileko maitasuna duenak, urrutira heltzeko, gai dela sentitzen du eta.

Bibliografia

- Aguado, R. (2005) MANUAL PRACTICO DE TERAPIA DE INTERACCION RECIPROCA. Síntesis. Madril.
- Aguado, R. (2009) TENGO MIEDO A TENER MIEDO. Pirámide. Madril
- Aguado, R. (2014) ES EMOCIONANTE SABER EMOCIONARSE. Eos. Madril
- Aguado, R. (2015) LA EMOCIÓN DECIDE, LA RAZÓN JUSTIFICA. Eos. Madril
- Urrea y Aguado R. (2008) MAS CERCA DEL HOGAR. Lid. Madril
- Urrea y Aguado R. (2009) SECRETOS DE CONSULTA. Planeta. Madril.
- Berenstein, I. (2001): EL SUJETO Y EL OTRO. De la ausencia a la presencia. Paidós. Buenos Aires.

- Bucay, J. (2002): CUENTOS PARA PENSAR. Integral. Bartzelona..
- Burns, G.W. (2003)- EL EMPLEO DE METAFORAS EN PSICOTERAPIA. 101 Historias curativas. Masson. Bartzelona.
- Calle, R. (2003): LOS MEJORES CUENTOS ESPIRITUALES DE ORIENTE. Integral. Bartzelona.
- Cardano, G. (1999): EL LIBRO DE LOS SUEÑOS. Asociación española de Neuropsiquiatría. Madril.
- Carlyle, T. (1985): LOS HEROES. Sarpe. Madril.
- Day, J. (2002): VISUALIZACION CREATIVA PARA NIÑOS. Los libros del comienzo. Sevilla.
- Frankl, V. (2001): EL HOMBRE EN BUESCA DE SENTIDO. Herder. Bartzelona.
- Gaja, R. (2000): BIENESTAR, AUTOESTIMA Y FELICIDAD. Plaza y Janes. Bartzelona.
- Goleman, D. (2001): LA PRACTICA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL. Kairos. Bartzelona.
- Greenberg, L.S. (2000): TRABAJAR CON LAS EMOCIONES EN PSICOTERAPIA. Pados. Buenos Aires.
- Grinder, J. (2001): DE SAPOS A PRINCIPES. Gaia. Madril.
- Hudson, W. (1990): EN BUSCA DE SOLUCIONES. Paidós. Terapia Familiar. Bartzelona.
- Hudson, W. (1999): RAICES PROFUNDAS. Paidos Terapia Familiar. Bartzelona.
- Krusche, H. (2002): LA RANA SOBRE LA MANTEQUILLA. Sirio. Málaga.
- Marina, J.A. (2000): DICCIONARIO DE LOS SENTIMIENTOS. Anagrama. Bartzelona.
- Mohl, A. (2002): EL APRENDIZ DE BRUJO. Sirio. Malaga.
- Nardone, G. (2002): PSICOSOLUCIONES. Herder. Bartzelona.
- O, Connor, N. (1994): COMO CRECER CUANDO YA HAS CRECIDO. Sirio. Malaga.
- Rojas, M. (1999): TALLER DE SUEÑOS, Como mejorar su vida aprendiendo a soñar. Pirámide. Madril.
- Savater, F. (2003): EL VALOR DE ELEGIR. Ariel. Bartzelona.
- Schuler, E. (1996): ASERTIVIDAD. Gaia. Madril.
- Shazer, S. (1999): EN UN ORIGEN LAS PALABRAS ERAN MAGIA. Gedisa. Bartzelona.
- Viscott, D. (1978): EL LENGUAJE DE LOS SENTIMIENTOS. Circulo de lectores. Bartzelona.
- Watzlawick, P. (1999): CAMBIO. Herder. Bartzelona.
- Wrycza, P. (1999): DARSE CUENTA. Gaia. Bartzelona.

3.7. Mendetasunaren aurrean tratu egokiak garatuz

Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laraudogoitia¹
Marije Goikoetxea Iturregi²

¹Ebaluazio eta Orientazio zerbitzuko burua. Gizarte Ekintza Saila. Bizkaiko Foru Aldundia. Euskadiko koordinatzaile soziosanitarioa. Enplegu eta Gizarte Politiketako Saila. Eusko Jaurlaritzaren.

²Irakaslea eta ikertzailea. Deustuko Unibertsitatea.

maria.lourdes.zurbanobeaskoetxea@bizkaia.eus

a) Sarrera

Adinekoen eskubideen babesa gai nagusi bihurtzen ari da kalitatezko arreta bat emateko, eta kolektibo hori plangintzetan berdintasun-egoera kokatzeko orduan.

Eskubide horiek, sarritan, babes ekonomikoaren bermeekin, baliabide soziosanitario edo kulturalak eskuratzearekin, edo autonomia pertsonalaren errespetuarekin erlazionatzen dira. Baina gutxiagotan egiten zaie aurre eskubideak urratzen dituzten egoerei, tratu txarrak kasu.

Adinekoen aurkako tratu txarren ikusezintasuna errealitate eztabaidaekin bat da. Fenomenoa, ikerketa gai moduan, etxeko edo familia barruko indarkeriaren arloan sartzen da. Tratu txarren arloan, ikerketak eta esku-hartzeak umeei lehenengo, eta gero, emakumeei buruz egiten dira, nagusiki.

Dena den, esan beharra dago, adinekoen aurkako tratu txarrak, hainbat hamarkadatan ezkutuan egon den gai konplexua, azken urteetan protagonismoa hartzen doala, hainbat herritako nazioarteko erakundeei, adineko pertsonen erakundeei, osasun- eta gizarte-zerbitzuetako profesionaleri eta gizarte-politiketako arduradunei esker.

2002. urtean, Nazio Batuen Erakundeak eta Osasunaren Munduko Erakundeak, adineko pertsonen aurkako tratu txarren azterketa bultzatu zuten, Zahartzeari buruzko Munduko II. Batzarrean.

Hainbat ekintza proposatu zituzten sentsibilizazio, heziketa eta lege arloetan, baita detektatzeko eta esku hartzeko programak. Urte horretan sortu zen INPEA (Adineko Pertsonenganako Tratu Txarraren Prebentziorako Nazioarteko Sarea).

2013. urtean, Nazio Batuetako Ban Ki-Moon idazkari nagusiak gobernu guztiei eskatu zien prebentzio-tresnak are eraginkorragoak egitea eta aplikatzea, eta gai horri buruzko lege zein politika zorrotzagoak onartzea. Era berean, ekainaren 15a izendatu zen zahartzaroko abusu eta tratu txarrez kontzientziatzeko Munduko Eguna.

Azken urteetan, gure ingurunean zenbait herrialdeetan esku hartzen ari dira estereotipoak eta tratu txarrak desagerrarazteko, kontzientziario eta sentsibilizazio kanpainen bitartez, eta problematika horri heltzen dioten ekintza-plan espezifikoak garatuz.

b) Duintasuna, tratu egokiaren oinarria

Zentzu zorrotzean, tratu txartzat hartzen dugu pertsona bati egoera jakin batzuetan (zein egoeratan argitu beharko da) kalteak eragiten dizkion jarrerara. Jarrerara hori moralik gabeko jarrerara gisa hartu beharko da, kaltetutako pertsonaren duintasunarekiko errespetu falta erakusten duelako, berariaz pertsona hori tresna soiltzat hartzea delako.

Tratu txarra beste pertsona bati eragindako duintasunik gabeko tratua da. Beraz, moralik gabeko alderdi hori erabakigarria da tratu txarraren definizioa ematean Dena den, mugak beti argiak ez direnez, eta, tratu txarrari aurre egiteko inguruan dagoen ikuspegi osoa erreferentziatzen hartzea komenigarria denez, esanahi zabalagoan baldintza subjektiborik ez duen tratu txar mota objektiboak izango ditugu kontuan, tratu txarrak eragiten dituen pertsonaren moral gabetasunaz hitz egin ahal izateko. Horren inguruan aritzean, duintasunik gabeko tratuz edo tratu txar objektiboaz arituko gara.

Duintasuna pertsonarekin izan behar dugun tratu onaren oinarria da. Hori aipatzean oinarriko eredu eta muina aipatzen ditugu: gizakiok duintasun subjektuak gara, hau da, moralaren ikuspegitik geurez gara baliotsuak. Hori dela eta, errespetua eta begirunea zor diogu elkarri. Oinarri hori banakoen arteko tratuan urratu egiten da, hau da, pertsona hori gure botere, jabetasun, plazer, ongizate eta beharren arabera, tresna soiltzat hartzen dugunean. Hori da, hain zuzen ere, tratu txarra.

Kantek dioten bezala, duina da baldintzarik gabeko balioa duena -zeinaren ondorioz xede baita berez-, eta xede gisa tratua izateko eska dezakeena, inola ere kaltetu ezin den balio absolutu gisa. Edozein pertsonari eragindako tratu txarrak -kasu honetan, adinekoei eragindakoak-, pertsona bat baliagarri gisa aintzatetsi, eta zaindu ez den adierazle dira, edo, are okerrago, bitarteko gisa erabili denarena; hau da, onura batzuk lortzeko tresna huts gisa.

c) Adinekoenganako tratu txarren prebalentzia

Adinekoen kontrako tratu txarren errealitateari buruzko ikerketa-eremuan, pixkana-pixkanaka aurrerapausoak egiten ari badira ere, horrelako egoerei aurre hartzeko eta horiek desagerrarazteko, oraindik ere, esku-hartzeari egindako ekarpenak urriak dira. Tratu txarrekin zerikusia duten jokabide ugari aurkitzen ditugu, baina jokabide horiek esku-hartze mota desberdinak eskatzen dituzte, diziplina arteko lanaren kultura ezer gutxi garatu duten diziplinetatik abiatuta.

Nahiz eta arazo horren kaltetuen kopuru zehatza ez dugun ezagutzen, badakigu gertakari konplexu, multifaktoriala eta larri baten aurrean gaudela.

Fenomeno horren prebalentzia ezagutzeak gaiaren gainerako sentsibilizazioa eta kontzientziarioa handitzen ditu. Horregatik, puntu honetan kontzentratzen dira lan gehienak, bai estatu mailakoak, bai nazioartekoak.

Orain arte egindako ikerketetan tasa oso aldakorrek aurkitzen ditugu: % 0,8 eta % 52,6ren artekoak, eremu komunitarioan hain zuzen. Kopuru horiek adineko pertsonarekin ikerketak egiteko dagoen zailtasuna agerrarazten dute.

Argi dago kopuruak mota honetako ikerketen zailtasunaren erakusgarri direla: ikerketarako adinekoen hauskortasunean, kontzeptuetan eta definizioetan akordio-falta, eta abar. Datu horien aurrean tentuz jokatu behar da.

Bestalde, ikerketa gehienetan % 4 eta % 12 arteko prebalentzia agertzen da, 70 urte edo gehiagoko pertsonen artean.

d) Euskal Autonomi Erkidegoko egoera

2010. urtean, Euskal Autonomia Erkidegoko adineko pertsonen aurkako tratu txarren egoera ezagutzeko asmoz, Eusko Jaurlaritzak azterlan bat egin zuen Euskadiko tratu txarren eraginari eta ezaugarri buruzkoa. Azterlan horretatik ondorioztatuenez, adinekoen % 0,9n tratu txarren susmoa ageri da. Portzentaje hori % 1,5era igoko litzateke elkarrizketatuen pertzepzioaren arabera.

2011. eta 2013. urteetan, tratu egokien sustapenerako proiektua bultzatu zen sentsibilizazio-kanpaina eta prestakuntzarekin.

2012an “Zahartzen ari direnen ongizatean eta tratu onean aurrera egiteko ehun proposamen. Ekintza-plan baterako oinarriak” lana argitaratu zen. Lan horren hirugarren gai-multzoa adinekoei tratu egokia bermatu eta tratu txarrak desagerrarazteari buruzkoa da. Horrez gain, beraien artean “Sentsibilizazio eta kontzientziazioari eta prestakuntzari lotutako ekintzak diseinatzea” eta “Esku-hartzeak diseinatzea eta abian jartzea”

2013an, hain zuzen, Eusko Legebiltzarraren aldetik, adineko pertsonenganako tratu txarrak hautemateko tresna bat diseinatzeke eskaera zehatz bat egin zen.

Tresna eta prozedura egiteko agindua Zahartzaroa-Geriatria eta Gerontologiako Euskal Elkargoari eman zitzaion.

e) Prozedura baten egitura

Prozedura osatzean, kontsulta-talde batek ebidentzia zientifikoaz egindako azterketa izan da oinarria, hala nola talde zientifiko batekin egindako erkatzea. Talde horretako kideak gizarte- eta osasun-esparruko profesionalak ziren, esperientzia zuten adineko pertsonetik arretan, eta tresna aplikatu nahi den testuinguruetan lan egiten zuten.

Hauek izan dira emandako pausoak:

1. Definizioa

Autore ezberdinek definizio ezberdinei forma eman izan diete, aspektu batzuetan bat egiten dute, baina badira kontu ezberdinak ere. Egoera honek adineko pertsonengan eragina izan dezaketen ondorioak sortarazten ditu, adibidez; egoera berdin baten aurrean, bi profesionalak ondorio ezberdinetara iristea definizio ezberdinak onartu dituztelako soilik (Barbero eta Moya, 2007).

Taldeak Action on Elder Abuse-k 1995ean garatutako definizioa bere egiten du. Definizioa Adineko Pertsonenganako Tratu Txarraren Prebentziorako Nazioarteko Sareak (INPEA) sortu zuen urte horretan bertan, eta geroago, Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) aldarrikatu zuen Torontoko Adierazpenean (2002). Izan ere, pentsatzen da onartuena dela, eta funtsezko zutabea dela gizartean eta profesionalen artean onartzeko adineko pertsonenganako tratu txarrak mundu osoko arazoa direla. Definizio horren arabera, adineko pertsonenganako tratu txarrak honako hauek izango lirateke:

“Adineko pertsona bati kaltea edo larritasuna eragiten dien ekintza, behin egindakoa edo gehiagotan errepikatzen dena, edo erantzun egokirik ez ematea, konfiantza izatea espero den edozein harremanetan gertatzen dena”. (OME, 2002).

Baina definizio horri beste alderdi bat gehitu behar zaio; tratu txarrak nahitakoak izan daitezke ala ez, eta, zehazki, adineko pertsonen kasuan, egoerarik gehienak ez dira nahitakoak izaten. Nahitakoak ez izateak ez du esan nahi justifikagarriak direnik, ez eta gutxiagorik ere; hala ere, nahitako tratu txarrak edo nahitakoak ez direnak hautematen badira, esku-hartzeak desberdina izan beharko du, adineko pertsonari dagokionez bezala, haren inguruneari dagokionez ere.

2. Tratu txarren motak

Nahiz eta era askotako tratu txarrak definitzen diren, prozedura hau kalte fisikoa edo ekonomikoa nahita edo nahi gabe, eta egiteagatik nahiz ez egiteagatik eragiten dutenetan zentratzen da. Alde horretatik, honako hauek honela definitzen dira:

- Tratu txar fisikoak: Indar fisikoa eta/edo indarkeria erabiltzea, edo huts egitea oinarritzko premien zaintzan eta behar duten arretan, beste pertsona batzuk izanda haiek gertatzearen eta, horrenbestez, eragindako kaltearen, minaren edo narriadura fisikoaren erantzule.
- Tratu txar ekonomikoak: Adineko pertsonaren baliabide ekonomikoak edo materialak gaizki erabiltzea, bidegabeki edo baimenik gabe eskuratzea eta/edo ustiatzea, hari kalte ekonomikoa egitea izanda horren ondorioa.

3. Prozeduraren diseinua

Berezko esperientzian oinarritutako metodologia kualitatiboaren bidez eta, estatuko eta nazioarteko ikerketa desberdinetan nabarmendutako arrisku-faktore eta adierazleak ikuskatu ondoren, arrisku egoerak saihesteko eta prebenitzeko bete behar diren faktore nagusiak definitu ziren.

Era berean, talde fokalen metodologia berarekin, tratu txarrak ematen diren eta euren larritasuna xedatzeko adierazleak zehazten dira.

Esan beharra dago, talde zientifikoko pertsonak hainbat testuinguru desberdinetatik zetozela: oinarritzko udaletako gizarte-zerbitzuetatik, Bizkaiko Foru Aldundiko Ebaluazio eta Orientazio Zerbitzutik; Bizkaiko Foru Aldundiko Zentroen Zerbitzutik; Osasun Saileko lehen mailako arreta-zentroetatik; Ospitaleko Larrialdi Zerbitzutik; egoitzetatik; Egoitza

Unitate Soziosanitarioetatik; Auzitegi Medikuntzako Euskal Erakundetik; Bizkaiko Tutoretza Erakundetik; Bizkaiko Medikuen Elkargotik; Bizkaiko Gizartean Esku Hartzeko Etika Batzordetik eta unibertsitatetik; adinekoenganako tratu txarren aurkako elkarte batetik. Hau oso aberasgarria izan zen

4. Pilotajea

Ondoren, Deustuko Unibertsitateko “Esku-hartzea: bizi-kalitatea eta barneratze psikosoziala” ikerketa-taldeak gidatu eta baliozkotu du.

Pilotajearen helburuak hauek ziren:

- Adineko pertsonenganako tratu txarrak prebenitu eta hautemateko prozedura baliozkotzea.
- Gomendatutako prozedura praktika asistentzialarekin egiaztatzea eta osatzea.
- Profesionalen aldetik, prozesuaren zailtasunen balioespen bat egitea, zailtasun horiek txikiagotzeko edo ahal bada, kanporatzeko, prozeduraren inplementazioa eremu desberdinetan hedatzea posible izateko.

Horretarako, EAEko hiru lekutan bideratu zen (Hondarribia, Zuia eta Bilbo), 649 adineko pertsonarekin, eta pilotajearen udal- eta foru-aldundietako gizarte-zerbitzuetako profesionalak, oinarrizko osasun-zerbitzu eta ospitaletako larrialdietako profesionalak, eta erakunde finantzarioetako profesionalak parte hartu zuten.

Pilotaje eta balidazio-prozeduran, besteak beste, ondorio hauek jaso ziren:

- Tresna hau baliagarria da duen helbururako eta ondorioz, adineko pertsonenganako tratu txar fisiko eta ekonomikoak prebenitu eta hautemateko prozedura moduan ezarri daiteke.
- Tresna honek bai osasun-eremurako, bai eta gizarte-eremurako ere balio du; bi esparrutan garatu daiteke emaitza ia berdinekin.
- Parte hartu duten profesionalak tresnaren balorazio positiboa egiten dute eta tresna modu sistematikoan ezartzeko beharra nabarmentzen dute.

f) Prozeduraren azalpena

Prozedura Eusko Jaurlaritzako Enplegu eta Gizarte Politiketako Sailak berea egin du, eta EAEko gizarte- eta osasun-zerbitzuetan ezarri nahi da, 65 urtetik gorako pertsonenganako tratu txar fisikoak eta ekonomikoak prebenitu, detektatu eta esku hartzeko.

Tresnaren helburua ez da errudunak bilatzea, oinarrizko beharrianetarako laguntzarik ez dutelako sufritzen ari diren adinekoak detektatzea baizik. Beraz, asistentzia-helburua da nagusi: adineko pertsonen kalte eta lesio fisikoak eta ekonomikoak egitea galaraztea, edo kalte horiek arintzeko eta berriz gertatzea galarazteko esku-hartzea.

Horretarako, hiru helburu proposatzen dira:

1. PREBENITZEA adineko pertsonenganako tratu txarrak arrisku-faktoreak hautemanez.

2. HAUTEMATEA adineko pertsonenganako tratu txar fisiko eta ekonomikoak daudelako, adierazleak eta haien larritasuna aztertzea hiru mailatan: egoera larria, oso egoera larria eta berehala esku hartzeko egoera.

3. ESKU HARTZEA hautemandako arrisku-egoeretan. Horretarako, maila bakoitzean esku hartzeko orientazioak proposatzen dira.

Prozedurak bi fase nagusi ditu:

1. Fasea. Behaketa prebentiboa

Bi helburu nagusirekin

a) **Prebentzioa** arrisku-faktoreen behaketaren bidez egiten da. Horretarako, “Tratu txarren arrisku-faktoreak prebenitu eta hautemateko galdetegia” definitu da. Tresnaren helburua da egoera erasnerazean dauden 65 urtetik gorako pertsonak identifikatzea, tratu txar fisiko eta/edo ekonomikoaren arrisku-faktoreak hauteman eta haien jarraipena egitearen bidez.

Galdetegia prebentzio-tresna gisa erabilita, aldi behin arrisku-faktoreen behaketa sistematizatu bat egitea komenigarria da.

Nola ez, edozein profesionalak hautematen badu adineko pertsonari kalte egin zaiola, hark esan duelako, edo ikusi dutelako, eta egoera ezin azal badaiteke adineko pertsonaren egoeraren edo egokitu zaion esku-hartze planaren bidez.

Adineko pertsonari laguntza soziosanitarioa ematen dion edozein profesionalak aplikatu ahal dio galdetegia.

Oso garrantzitsua da esatea behaketaren bidez egiten dela. Kasu askotan, adineko pertsonen eta gehienbat mendetasun-egoeran daudenek ezin diote galdera-sorta bati erantzun eta.

b) **Tratu txar fisikoen** eta ekonomikoen **adierazleak hautematea**, eta adineko pertsonaren **arrisku-egoera ebaluatzea** haiek kontuan hartuta, hura Larria, Oso Larria ala Berehala Esku Hartzeko.

Egoera zein den erabakitzen da, adineko pertsonarekin beste galdetegi bat erabiliz: “Tratu txar fisiko eta ekonomikoen adierazleak hautemateko eta haien larritasuna neurtzeko galdetegia”.

Kolore-kode bat erabili da adineko pertsonaren kalte-arriskua sailkatzeko, eta maila bakoitzerako esku-hartze egokia erabakitzeko:

- Larria. Adierazle urdinak dira, eta larritasuna adierazten dute, adineko pertsonaren behar batzuetan dagoen arreta faltari dagokionez; puntu 1 balio dute.

- Oso larria. Laranja dira. Kalte fisiko eta/edo ekonomikoa gertatzeko arrisku handiagoa dagoela adierazten dute, eta, horrenbestez, esku-hartze handiagoa behar dute hura galarazteko. 1,5 puntu balio dute.

- Premiazko esku-hartzea. Adineko pertsonari oso kalte handia egiten zaiola adierazten dute, eta esku-hartzeak berehalakoa edo ia berehalakoa izan beharko du. Gorriak dira, eta bakoitzak 2,25 puntu balio du.

Galdetegia, bai osasun-zerbitzuetan, bai gizarte-zerbitzuetan aplika daiteke, eta edozein testuingurutan, adineko pertsonaren zaurgarritasuna ebaluatzeko, tratu txar fisiko eta/edo ekonomikoen bezainbatean, eta estatusari eusten zaiola bermatzeko, arriskuaren larritasuna neurtuz, eta kasu bakoitzean gomendatutako esku-hartzeak hasiz.

Komunitate-testuinguruan hura aplikatzeko erreferentzia profesionala udaletako gizarte-zerbitzuetako gizarte-langilea izango da, oinarrizko osasun-arretako ekipoa edo/eta, balego, oinarrizko arreta-soziosanitarioko ekipoa; eremu espezializatuan, osasun edo gizarte-larrialdietako profesionalak izango dira.

Hiru egoera hauetako edozeinetan tratu txar fisikoak eta/edo ekonomikok daudela susmatzeko zantzu objektiboak daudenean aztertzen dira adierazleak:

- ✓ Pertsonak bi arrisku-faktore edo gehiago dauzka prebentzio-galdetegian; kasu horretan, adineko pertsona arreta gauzatzen den esparrutik kanpoko beste profesional bat(zu)ek aztertuz gero, jakinarazi egin beharko zaio pertsonari, adostasuna eskatu, eta hura idatziz jaso.
- ✓ Pertsonak tratu txarren biktima dela adierazten du.
- ✓ Adineko pertsonak ahalmen ekonomikoa galtzen du, eta arreta gauzatzen ari den profesionalarentzat ezin azalduzkoak diren kalte fisikoak edo ekonomikok, edo lesio fisikoak ditu (adibidez, ospitale-larrialdietan). Zer galdetegi erabili edo zer ordenatan aplikatu behar diren erabakitzean, kontuan hartu behar da profesionalak zer testuingurutan eta zer helbururekin egin behar duen behaketa.

2. Fasea. Jarduera egokia behaketa-fasean hautemandako arriskuaren larritasunaren ikuspuntutik

Arriskua, ondoren adierazten den bezala, neurtzen da "Tratu txar fisiko eta ekonomikoaren adierazleak hautemateko eta haien larritasuna neurtzeko galdetegia"n lortutako zenbakizko puntuazioaren arabera.

EGOERA	PUNTUAZIOA
Ez dago tratu txarren susmorik	<2
Alerta arrisku larriagatik	2_<3
Alerta oso arrisku larriagatik	3_<4.5
Berehala esku hartzeko egoera	≥4.5

Esku-hartzeei buruzko gomendioak desberdinak dira hiru mailetan, bai edukiari dagokionez, bai esku hartzeko eska daitekeen presaren ikuspuntutik.

Kontuan hartu behar da adineko pertsonaren bizi-kalitatea hobetzeko jarduera-plan bat egitea dela beti profesionalak egindako ebaluazioaren helburua.

Horretarako, honako hauek zehaztu behar dira:

- Hautemandako gertaeren larritasuna.
- Biktimaren pertzepzio subjektiboa.
- Arrisku-faktoreak desagerrarazteko eta adineko pertsonaren segurtasuna eta ongizatea babesteko esku-hartze planaren bideragarritasuna.

Dena den, pasu hauek emango lirateke orokorrean:

- Ebaluazio soziosanitario bat egin, berehala esku-hartzea beharrezkoa ez denean.
- Esku-hartze soziosanitarioko plan bat abian jarri, arrisku-faktoreak eta adierazleak gutxitzeko, eta hari buruzko txostena historiari eta/edo espedienteari itsatsi.
- Lesioen parte egin eta epaitegira helarazi (egonez gero).
- Pertsona izatez ezgauza bada, ministerio fiskalarentzat txostena egin.

Betiere profesionalok honako hauek egiten saiatu beharko ginateke:

- Lasai jakinarazi adineko pertsonari plan bat egingo zaiola, eta, ahal bada, haren adostasuna lortu.
- Adineko pertsona-maila (komunitarioa, espezializatua) eta esparru (soziala eta sanitarioa) guztietan zaintzen duten pertsonekin koordinatu, pertsonari kalte egitea galarazteko, kontu batzuetan arreta eskasa izateagatik, edo esku-hartzeak elkarren kontrakoak badira.
- Lehenik eta behin, kalte-mailarik handienari edo kalte-arriskuari heldu.
- Adineko pertsonak eta haien zaintzaileak errudun ez bihurtu eta ez judizializatu, betiere kalte egiteko asmorik egon ezean, eta haiek gaitzeko aukerak egonez gero, beharrei hobeto erantzuteko.

Etorkizunari begira

Prozedura egin eta balioztatu ondoren, ezartzeari ekin behar zaio.

Lan honetaz Arreta Soziosanitarioko Euskal Kontseilua arduratuko da. Baina denok gara lan honen aurrerakuntzarako beharrezkoak.

Adinekoei sufrimendu-maila handia egiten dieten egoera larriak nabarmenki hobetzeko baliagarria izan dadin ematen du.

Mendetasun-egoeran dauden adinekoek tratu txarrak sufritzeko arriskuan daudela badakigu, haien beharrianak modu egokian aintzat hartzen ez direlako, zaintzaileen gaitasun faltagatik, edo haien onura kontuan izan gabe haien baliabideak eta haiek erabiltzeko hirugarrenek dituzten interesengatik.

Prozedura honen helburu nagusia hori gertatuko ez dela bermatzea da, eta, pertsonak, edozein pertsonak, haien adina edo egoera ekonomikoa edozein direla ere, bizitza duina eraman dezaten, ingurukoenganako konfiantza izanik, beti "adeitasunez eta errespetuz" tratatzen dituztela dakitelako.

Prozedurara osorako sarbidea:

http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/eu_publica/adjuntos/personas%20mayores_EU_web.pdf

g) Bibliografia

· Goikoetxea, M.J.; Esku-Hartze taldea: Bizitza kalitatea eta barne-hartzea (2015). Pilotaje y validación del procedimiento de prevención y detección de malos tratos físicos y económicos. Deustuko Unibertsitatea (argitaratu barik)

· Etxeberria, X., Goikoetxea M.J., Martín N., (2013). Adimen eta garapen urritasuna duten pertsonen eragindako tratu txarren ikuspegi etikoa. Giza Eskubideei buruzko Deustu Koadernoak, 71. zk.a Bilbo

· Eusko Jaurlaritza (2012). Zahartzen ari direnen ongizatean eta tratu onean aurrera egiteko ehun proposamen. Ekintza-plan baterako oinarriak.

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gobiernovasco-100propuestas-01.pdf>

· Eusko Jaurlaritza. (2014). Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren lido estrategikoak 2013-2016.

https://www.euskadi.eus/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/l_e_sociosanitarias_es.pdf

· Pérez Rojo, G.; Chulián, A.; Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, nº41.pp 127-167

· Pérez Rojo, G.; Izal, M.; Montorio, I; Nuevo, R. (2008). Identificación de Factores de Riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1).pp 105-117

· Ruiz, A.; Altet,J.; Porta, N.; Duaso, P.; Coma,N.; Requesens,N. (2001). Violencia domestica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*

· Sancho, M.T.; Pérez Rojo,G.; Del Barrio,E.; Yanguas,J.; e Izal, M. (2011). Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Eusko Jaurlaritza*.

· WHO. (2002). *Active Ageing*. Ginebra

· WHO (2008) *A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report*.

3.8. Zaintzaileak, menpekotasun egoeran bizi diren pertsonen euskarria

Mikel Lopez Elorriaga

Bizkaiko Foru Aldundia. Gizarte Ekintza Saileko Ebaluaziorako eta Orientaziorako Zerbitzuko gizarte-langilea.

mikel.lopez.elorriaga@bizkaia.eus

Menpekotasunaren inguruan ari garenean, menpekotasun soziosanitarioari buruzko abenduaren 14ko 39/2006 Legeak menpekotasun-egoeran dauden pertsonen autonomia sustatzeko, eta dagozkien laguntzak arautzeko kontzeptu juridikoez ari gara. Beraz, esan daiteke, menpekotasun soziosanitarioa, estatuan, kontzeptu legal gisa, nahiko berria dela, 2006ko abendukoa hain zuzen ere.

a) Zer da menpekotasun-egoera? Menpekotasunaren legea deitutakoaren arabera?

Menpekotasuna adinagatik, gaixotasunagatik edo ezintasunagatik eguneroko bizitzan oinarritzko ekintzak egiteko, beste hainbat pertsonaren laguntza behar duten pertsonen egoera da.

Bizkaian berriz, Bizkaiko Foru Aldundiko 2007ko apirilaren 24ko 74/2007 Foru Dekretuak, inoren laguntza-beharra izatea aitortzeko prozedura arautzen duenak, inoren laguntza beharra duten pertsonak honela definitzen ditu bere laugarren artikuluan:

Inoren laguntza-beharra duten pertsonatzat joko dira, adinaren, gaixotasunaren edota ezintasunaren ondorioz, egoera iraunkorrean, gorputzeko, buruko, gogoko edo zentzumenezko autonomiaren galera edo ezina dutenean, hots, beste pertsona baten edo batzuen laguntza-beharra dutenean nahiz eguneroko bizitzako oinarritzko jarduerak egiteko laguntza handien premia, edota gogoko ezintasuna edo buruko gaixotasuna izanik beren autonomiarako bestelako euskarri batzuen beharrezana dutenean.

Definizioetan, eguneroko bizitzako oinarritzko ekintzek berebiziko garrantzia dute. Oinarritzko ekintza horiek egiteko behar den laguntza neurtzetik sortzen baita menpekotasuna bera.

b) Zeintzuk dira neurtzen diren eguneroko bizitzako oinarritzko ekintzak?

Jatea eta edatea, mikzio eta sabel-hustearren erregulazioa, garbitzea, gorputzaren beste zaintza batzuk, jantzea, osasunaren mantenua, gorputzaren transferentziak, etxe barruan eta etxetik kanpo higitzea, etxeko lanak eta erabakiak hartzea...

Hortaz, menpekotasun soziosanitarioa oinarritzko ekintzok egiteko laguntza behar duen pertsona batek beste batekiko duen menpekotasunean oinarritzen da.

Pertsonen arteko menpekotasunaz ari gara, ez menpekotasun emozionalaz, ezta menpekotasun ekonomikoaz ere, eguneroko bizitzako oinarritzko ekintzak egiteko menpekotasunaz, menpekotasunen artean oinarritzkoenetakoaz hain zuzen ere.

c) Nor da zaintzailea?

Maila juridikoan, zaintzailearen kontzeptua kontzeptu berria dela esan genezake. 2006ko abendura arte, zaintzaile kontzeptutik hurbilen zeuden erreferentziak ahaideen arteko mantenuaz hitz egiten duen Kode zibileko VI. Tituluan aurkitzen genituen. Erreferentziok oso orokorrak dira eta ez dute zaintza hitza erabiltzen, mantenua baizik. Kode zibileko 142. artikulua mantenua definitzen du. Mantenu gisa hartzen du elikagaiak, gelak, arropak eta osasun-laguntzak izateko behar den guztia.

Arau juridiko batean, zaintzailearen kontzeptua zaintzaile ez profesionalarena da, zehatzago esatearren, lehen aldiz menpekotasunaren legean azaltzen dena. 2007. urteko maiatzean argitaratutako 615/2007 Errege Dekretua argitaratu arte, ez da kontzeptu horren definizio juridikorik ageri. Lehen agerraldi juridikoan, zaintzaile ez profesionalaren irudia familia barruko zaintzetarako prestazio ekonomikoari lotuta agertzen da eta, horrela, bere horretan jarraitu du ondorengo agerraldietan ere.

Zaintzailea menpekotasun-egoera bizi duen pertsonari oinarritzko ekintzetan laguntza eskaintzen dion pertsona da baina, menpekotasunaren inguruan ari garenean, zaintzaile ez profesionalaz ari gara gehienetan.

Zaintzailearen zereginen inguruan dihardugunean, zaintzaile ez-profesionalak zaintzen duen pertsonarekiko zereginaz hitz egiten dugula badirudi ere, prestazio ekonomikoa jasotzen duten eta menpekotasun-egoeran bizi diren zaintzaileek bete beharreko baldintzen testuinguruaz ari gara.

d) Prestazio ekonomikoaren kontzeptua

Aldizkako prestazio ekonomikoa menpekotasuna aitortuta duten pertsonen ematen zaiena da, zaintzaile ez-profesional batek etxean emandako laguntzaren ondoriozko gastuak ordaintzeko.

Diru-kopurua: hau da prestazioaren gehieneko diru-kopurua:

GRADUAK	PUNTUAK	KOPURUA	3 URTETIK BEHERAKOAK
III. GRADUA	90 – 100	520,69	520,69
III. GRADUA	75 – 89	416,98	520,69
II. GRADUA	65 – 74	337,25	337,25
II. GRADUA	50 – 64	300,90	337,25
I. GRADUA	25 – 49	300,90	337,25

Estatuko ongizate sisteman, badira nolabaiteko aurrekariak edota antzeko kontzeptu batetik abiatzen diren diru-laguntza ezberdinak: Gizarte Segurantzako Baliaezintasun handiaren osagarria; % 75eko edo gehiagoko minusbaliotasuna daukan 18 urtetik gorako seme-alabaren baten ardura dutenentzako diru-kopuruaren osagarria; hirugarren pertsona baten laguntza behar duenaren osagarria; eta bestelako minusbaliatuak gizarteratzeko legearen arabera, oinarritutako pertsona baten laguntza jasotzeko sorospena.

Hala ere, aurrekariak aurrekari, familia barruko zaintzetarako prestazio ekonomikoa diru-laguntza modernoa dela esan daiteke; bai sortu zen urteagatik (Bizkaian adibidez, 2007tik ordaintzen da), bai estatuko ongizate-sistamarako ekarri zuen dirulaguntza-sistemen berrikuspenagatik. Berrikuspen horren oinarrian, arestian aipatutako 614/2007 Errege Dekretua aurkitu genezake. Bertan, Estatuko administrazio orokorrak argitaratu zuen autonomiaren eta menpekotasunaren arretarako sistemak bermatutako gutxieneko babes-maila. Izatez, babes-maila hori laguntza informala jasotzeko familiarteko prestazioaren bereizgarri berritzaileena zen.

Prestazio ekonomiko mota hori sortu zenetik, zaintzaileek Gizarte Segurantzaren alta emateko modua zuten, estatuak ordainduta. Beraz diru-laguntzak alde bi zituen: bata, menpekotasun egoeran bizi zen pertsonarentzako diru-laguntza; eta bestea, Estatuak ordaintzen zuen zaintzailearentzako Gizarte Segurantzako alta eta kotizazioa.

2009ko martxoan hasitako krisialdi ekonomikoak ekarritako ondorioetako bat, makina bat alditan entzun dugun murrizketetako bat, Estatuak ordaindutako zaintzaileen Gizarte Segurantzaren hori ezeztatzea izan zen. Estatu mailan zegoen zaintzaileentzako prestazio ekonomiko aurreratu eta berritzaileena, arruntago eta ez hain lagungarri bihurtu zuten. Zaintzaile ez-formalen Gizarte Segurantzaren ordainketa desagertzean, zaintzailearen aitortza publiko ofiziala gutxina-gutxinaka hausten hasi zen.

e) Familiarteko zaintza ez-formalerako prestazioaren onuradunak

Menpekotasuna aitortuta duten pertsonak prestazioa jaso dezakete, beren kontura edo inoren kontura lana egiten ez badute, ez araubide arruntan, ezta babestuan ere, edo Gizarte Segurantzaren altaren pareko egoera batean ez badaude. Horretaz gainera, honako baldintza hauek bete behar dituzte:

- Menpekotasuna duen pertsonari arreta eskaintzea eta zaintzeko lanak bera bizi den etxean egin behar dira.
- Laguntza behar duenari eskaintzen zaizkion arreta eta laguntza haren beharretara egokitu behar dira, pertsona horrek duen menpekotasun-gradu eta -mailaren arabera.
- Menpekotasuna duenari arreta eta zaintza eskaintzen dizkion pertsonak baldintza hauek bete behar ditu: egokia izan behar da, gaitasuna eta prestakuntza izan behar ditu, menpekotasuna duen pertsonarekin bizi behar du, haren ahaidea izan behar da, eta bizilekuari dagokion administrazio egoerari dagozkionak bete behar ditu.

- Menpekotasuna duen pertsonaren ohiko etxebizitzak bertan bizitzeko baldintza egokiak izan behar ditu.
- Arreta eskaintzeko banan-banako programak egokitzat jo behar du prestazio hori.
- Prestazioa kobratzeko eskubidea izatea, aitortutako menpekotasun-graduaren arabera.

f) Zaintzaileak bete beharreko baldintzak

Zaintzaileen betebeharrei buruz gabiltzanean, maila juridikoan, honako baldintza hauetaz ari gara:

- Adinekoa izan behar du, baita nortasun juridikoa eta jarduteko gaitasun osoa izan ere.
- Espainiako estatuan legalki bizi behar du.
- Onuradunarekin bizi behar du.
- Onuradunaren ezkontidea edo izatezko bikotekidea (2/2003 Legearen arabera) izan behar du edota haren ahaidea: odolekoa, ezkontzazkoa edo adopzio bidezkoa, hirugarren ahaidetasun mailaraino (hau da, gurasoak, seme-alabak, aitona-amonak, bilobak, birraitona-amonak, birbilobak, nebarrebak, osaba-izebak, ilobak, eta horien guztien ezkontideak).
- Zaintza eta laguntza eskaintzeko eginkizunak bere kabuz modu egokian betetzeko gaitasun fisikoa eta psikikoa izan behar ditu.

Zaintzailearen eta zaintzen inguruan, Bizkaiko Foru Aldundian, menpekotasun egoeran dagoen eta familiarteko zaintzetarako diru-laguntza jasotzen duen pertsona bakoitzaren espedientean hainbat datu dauzkagu. Batetik, osasunari lotutako datuak: diagnostikoak, hartzen duen medikazioa, pronostikoa, oinarritzko ekintzetarako behar duen laguntza, menpekotasun-gradua...

Bestetik, gizarte arloan: adina, noiztik ematen den zaintza, noiztik elkarbizitza, etxearen egoera higienikoa, traba arkitektonikorik dagoen eta horiek zeintzuk diren, zenbat ordu ematen dituen zaintzaileak menpekotasun-egoeran dagoen pertsona zaintzen, zenbat ordu ematen dituen azken horrek bakarrik, zaintzaileak laguntza jasotzen duen edo ez, laguntza hori formala edo informala den, menpekotasun-egoeran dagoen pertsonaren diru-sarrerak zeintzuk eta zenbatekoak diren, bankuan zenbat diru duen, eta abar.

Datu horiek guztiak edukita, menpekotasun-egoeran bizi diren pertsonen inguruan informazio asko eta nahiko zehatza daukagula esan genezake. Hala eta guztiz ere, dauzkagun datuen tratamenduan dago zaintzaileen eta zaintzen inguruan daukagun zailtasuna ezagutzen sakontzeko. Kasu bakoitza daraman teknikariak badu kasuaren nondik-norako inguruko informazioa. Arestian aipatutako datu guztiak eta beste zenbait ere ezagunak dira lan taldeentzat. Baina ezagutzaren erronka praxiari lotuta dago, eta praxi horren bolumenak berak dakarren lan-eskergaren ondorioetako bat denbora faltak ezagutza hori mugatzea da.

g) Menpekotasun-egoeran dauden pertsonen eta zaintzaileen nondik-norakoan mapa egin eta ezagutarazteko asmoz, ikerketa bi egin ziren, Bizkaiko Foru Aldundiko Gizarte Ekintza Sailaren eta Bizkaiko Medikuen Elkargoaren artekoak.

Lehenengoa, ``Estudio de personas en situación de Dependencia en Bizkaia: solicitantes de Valoración de dependencia valorados con grado III nivel 2 y orientación de recurso según Rai-sceener + de recurso residencia´´ BFA eta Bizkaiko Medikuen Elkargoa. 2012.

Bigarrena, ``Zainketak eta zaintzaileak. Bizkaian menpekotasun larria duten pertsonen azterketa´´ BFA eta Bizkaiko Medikuen Elkargoa. 2014.

Biak M. L. Zurbanobeaskoetxeak eta M. B. Pablosek sinatuta.

Bizkaian menpekotasun-egoeran bizi diren eta arreta informalerako, familiarteko diru-laguntza jasotzen duten pertsonen eta horien zaintzaileen profila ezagutarazteko asmoz, ikerketa bi hautetatik ateratako zenbait datu aipatuko dira jarraian.

h) Zaintzaileen profila

2012ko ``Estudio de personas en situación de Dependencia en Bizkaia: solicitantes de Valoración de dependencia valorados con grado III nivel 2 y orientación de recurso según Rai-sceener + de recurso residencia izeneko dokumentua oinarritzat hartuta eta Zurbanobeaskoetxearen eta Pablosen esanetan, zaintzaileen % 69 emakumezkoak ziren. % 62 menpekotasun-egoeran zegoen pertsonaren seme-alabak ziren, eta zaintza zuzenak ematen, egunean, 8,6 ordu igarotzen zituzten batez beste.

Zaintzaileen % 51ek etxetik kanpo lan egiten zuen. Familiaren diru-sarrerari dagokionez, ia % 50ek 20.000 euro baino gutxiagoko diru-sarrerak zituen.

III. graduko menpekotasun-egoeran zeuden pertsonen % 35ek zaintzaile ez-profesionalaren laguntza besterik ez zuen jasotzen.

Aztertutako kasuen % 18an zaintzaileen ahultasuna ageri zen. Ahultasunaren arazoiei buruz galdetzean, honakoak ziren aipatuenak: familiarteko laguntzaren gabezia, zaintzarako segurtasun-falta eta laguntza gehiago behar izatea.

Ahultasunari dagokionez, menpekotasun-egoeran bizi den pertsonak zenbat eta diru-sarrera gutxiago izan, orduan eta zaintzaileen ahultasun handiagoa da eta alderantziz.

Ikerketa horren ondorioen artean, honako hauek aipatu zituzten:

- Hirugarren menpekotasun-egoera duten pertsonen datu soziodemografikoak eta sindrome geriatrikoak nahiko homogeenak dira.
- Hasiara batean, etxean zainduta izan nahi dute.
- Gehienak ondo zainduta daude.

· Zaintzak ahalegin handia eskatzen dio zaintzaileari eta gainkarga emozionala sortzen du.

· Zaintzaile nagusiek laguntza gutxiago eta gainkarga handiagoa jasotzen dute.

2014ko Zaintzak eta zaintzaileak azterketa Bizkaian mendetasun larria (II. maila) duten pertsonen egoerari buruzkoa izan zen.

Zurbanobeaskoetxeak eta Pablosek sinatutako ikerketa horren arabera, menpekotasun-egoeran dauden pertsonen arreta etengabe hobetzeko, funtsezkoa da administrazioak pertsona horien egoera ezagutzeko interesa edukitzea, zer nolako arreta jasotzen duten jakitea eta dauden profil ezberdinak eta dituzten zailtasun eta interesak ezagutzea.

Azterketaren helburuak honako hauek izan ziren:

· II. mailako menpeko pertsonen egoera soziosanitarioa deskribatzea eta jasotzen dituzten zainketen kalitatea eta pertzepzioa ebaluatzea.

· Familia zaintzaileen profila deskribatzea, baita eskaintzen dituzten zainketen egokitasuna eta hobetu daitezkeen arloak ere.

Ikerketa egiteko, 2011/12/31ko datan, II. maila aitortuta zeukatenean eta familia-inguruko zainketengatik prestazio ekonomikoa jasotzen zutenen artean, zehar-ebaki bat egin zen. Horrela, lagina 3.603 pertsonen osatu zen 2012ko urrian.

2012ko abendutik 2013ko urtarrilera bitartean, mediku bat eta gizarte langile bat menpekotasun-egoeran bizi den pertsona baten etxera bertaratu ziren informazioa biltzeko.

Datu bilketa egiteko, tresna hauek erabili ziren: RAI – Screener+, Jarraipeneko gizarte-txostena eta zaintzaileen gainkarga antzemateko Guberman eskala.

Balorazioa 2.634 pertsonari egin zitzaion: daturik ez edukitzeagatik edo grabazio-akatsak zirela eta, azkenean, 2.568 pertsona osatutako lagin bat erabili zen.

II. mailako Menpekotasun-egoeran bizi diren pertsonen profila

· % 66,7 emakumeak ziren eta batez besteko adina 78 urtekoa zen. Gehienak alargunak ziren (% 43,7) edo ezkondata zeuden (% 38,5).

· Kasuen % 75,5ekoen etxea menpeko pertsonaren jabetzako zen, eta gehienak hiriguneetan bizi ziren (% 73,4).

· Kasu gehienetan, (% 76,4) 2 edo 3 pertsona elkarrekin bizi ziren.

· Familia-unitatearen urteko diru-sarrerari zegokionez, familien ia erdiek 20.000 eta 40.000 € arteko diru-sarrerak zituzten; % 37,6ren kasuan, 10.000 eta 20.000 € artekoak ziren.

- Síndrome geriatrikoei zegokienez, autonomia mugatzen duten 2 gaixotasun pairatu eta batez beste egunean, 6 sendagai hartzen zituzten batez beste.
- Aztertutako pertsonen erdia gai zen erabaki koherenteak hartzeko eta % 87k adierazi nahi zuena ulertzera emateko gaitasuna zuen.
- Baloratutako pertsonen % 75ek ibilera ezegonkorra zuen. Hala ere, azken 9 hilabeteetan izandako erorketen kopurua ez zen altuegia izan.

Zaintzaile nagusiaren profila

- Gehienak emakumeak ziren % 72,7, eta batez besteko adina 61 urtekoa zen.
- Menpeko pertsonaren semea/alaba zen kasu askotan (% 48).
- Gehienak ez zuen lanik egiten (% 75,9) duela 11 urtetik, batez beste.
- Zaintzaileek 6,2 urte zeramatzen menpeko pertsona zaintzen batez beste.
- Egunero 15 ordu igarotzen zituzten zainketa-lanetan batez beste, zuzeneko zainketak eta laguntzekoak barne.

Zaintzaileak jasotako laguntza

- Laguntzaren bat jasotzen zutenen artean, kasu gehienetan, laguntza informala zen (% 51,9), ondoren, laguntza formala eta informala konbinatuta zegoen (% 30,8).
- Familia gehienek (% 60,3) familia-inguruko zainketengatiko prestazio ekonomikoa diru-sarreraren osagarri gisa erabiltzen zuten. Ia % 30ek zainketa formalak ordaintzeko erabiltzen zuten.

Traba arkitektonikoak etxean

- Kasuen % 42,8an traba arkitektonikoren bat zuen etxean.

Pertsona zaintzailearen gainkargaren analisia

- “Zaintzaile naizenetik gauza gehiago egiten ditut” eta “deskonektatuago nago” adierazpenetan bat egiten zuten inkestatuen % 78,4k eta % 71,2k, hurrenez hurren.
- % 50 inguruk “zaintzea negatiboa dela”, eta “ez dutela denbora librerik” zioen.
- Amore emateko arriskuari buruz egindako galdera zuzenei erreparatuz, % 8,9k “ezin duela zainketekin jarraitu” esan zuen.
- Bestalde, % 22,3k “Kontrola galtzen ari dela sentitzen duela” esan zuen.

- Ikerketa horren arabera, aztertutako pertsonen jasotako zainketak egokiak izan ziren kasuen % 97,4an.

Zurbanobeaskoetxearen eta Pablosen ikerketak aintzat hartuta, esan daiteke, Bizkaian familiarako zaintzarako laguntza ez-formalerako diru-laguntza jasotzen zuten pertsona gehienek jasotako zainketak egokiak zirela. Zaintzaile gehienek euren betebeharrak behar bezala betetzen zituztela, eta jasotako diru laguntza erabilgarritzat hartzen zutela esan genezake.

Prestazio ekonomikoa nahiko berria dela kontuan hartuta, eta, ikerketan emaitzetan oinarrituta, diru-laguntza hori existitu aurretik baino gizarte babes handiagoa dagoela esan daiteke, etxean eta familiarean zaindutako menpekotasun-egoeran bizi diren diru-laguntza horren onuradunen artean, behintzat.

4. AHOZKO KOMUNIKAZIOAK

4.1 Informazio Teknologiai esker, gizateria kontrolatzaile ala menpeko?

*Iñaki Dorronsoro Goikoetxea
Donostialdeko ESI, Informatika Zerbitzua
inakido@telefonica.net*

Sarrera

Internet nagusitu bezain laster, jabetu ginen Informazio Teknologia berriek pertsonengan menpekotasun- arazoak areagotzeko zekarten arriskuaz, horren adibide paradoxikoa, *The_Center_for_Internet_Addiction* webgunea, 1995ean sortua.

Hala ere, ITen hazkundera apartekoa izan da eta gizarte-kontzeptua bera ere aldatu dute: egunerokotasuna kontrolatzeaz gain, sozietate birtual (eta ez hain birtual) ugari sortu eta aukera eta arrisku berriak ere azaleratu dituzte.

Helburuak

Informazio Teknologien garapenak gizarte-mailan eragin ditzakeen menpekotasun-egoerak aztertu.

Metodoak

Azken bi hamarkadetan garatu diren IT baliabideak aztertu.

Egungo erabilera-maila aztertu, lurralde eta ekonomi mota desberdinetan.

Etorkizunaren hausnarketa egin.

Emaitzak

ITen eraginez, azken bi hamarkadetan lan, kontsumo eta aisialdiko esparruak izugarri aldatu dira. Eraginkortasuna helburu, egungo erronka 2025ean internet gizateria osoari eskaintzea da, bereziki, ekonomia txiroetan lagungarri izango delakoan. (“*Building_a_better_connected_world*”).

ITen iraultza bi ildo erabat desberdinetan nagusitu da: mundu fisikoa gobernatzeko ahalmenean (IoT-*Internet_of_Things*), eta gizarte zein pertsonen arteko harremanetarako bide berrien hedapenean. Bietan igarri ditzakegu arriskuak:

Adimen Artifizialari esker, sentsore eta gailu modernoek ahalmenak handitu egin dira. Ekintza programatzeaz gain, erabakiak hartzeko gai dira eta eguneroko jarduera arruntak bere funtzionamenduaren menpe gelditzen dira.

Era berean, robot eta automata sofistikatuak esku, ezagutza bera, eta, ondorioz, etorkizuneko prestakuntza-gaitasuna ere baldintzatuak gera daitezke, hezkuntza errealitate berri honi egokitzen asmatzen ez bada.

Gizarteari dagokionez, Internetek harreman pertsonaletarako askatasuna inoiz ez bezala zabaldu digu. Horrela, sare sozial arrakastatsuak eratu dira, baina gure eta gertuko bizitza pertsonalaren aztarnak nonahi utzi dira, kontrolik gabeko interesen esku. Pribatutasuna arriskuan dago.

Egoera horren aurrean, ITek beraiek dakarkigute irtenbidea, harreman pribatuak garatzeko ere aproposak dira eta: ezkutuko sareak ugaltzen ari dira, fisikoki ondoan dugunarekin inoiz partekatuko ez ditugunak.

Fenomeno horren muinean gizartea bera ulertzeko eraldaketa bat nabari da, beti bezala adin eta hezkuntzari dagokiona; helduok birtualizat jotzen ditugun erlazio eta guneak, gazteentzat errealak bezain aberatsak dira.

Ondorioak

ITen ahalmenak direla eta, gizateria osoa jar dezakete hainbat menpekotasunen arriskupean.

Kontrol/askatasun binomio horretan, mundu erabat kontrolatu bati bizigune pribatu ugari kontrajartzeko ahalmena luzatu digute.

Bibliografia

- Networks, Crowds, and Markets: Reasoning About a Highly Connected World. Jon Kleinberg. Cambridge University Press, 2010.
- “Evolución de la gobernanza de Internet: Capacitar el desarrollo sustentable”. UNESCO. <http://www.unesco.org/new/es/communication-and-information/>
- The Internet.org project. www.project.org
- “Six Degrees: The Science of a Connected Age”. Duncan Watts.
- “The Dark Net”. Jamie Bartlett.

4.2. Arreta soziosanitarioa: kasu batetik prozeduretara

*Iraide Etxebarria Zurbanobeaskoetxea¹
Irati Garaizar Bilbao²*

¹ Bilbo-Basurtuko ESI, Errekaldeko Osasun Zentroa, familia-medikua (egoiliarra)

² Bilbo-Basurtuko ESI, Deustuko Osasun Zentroa, familia-medikua (egoiliarra)

iratitxi88@hotmail.com

Sarrera

81 urteko emakumea, alarguna, eskizofrenia diagnostikatutako semearekin bizi da. Bi neba-arreba ditu, dena den, harreman gutxi dauka, semeak eragozten diolako. Babesgabetsun eta desnutrizio egoeran bizi delako susmoa dago.

2011n lehen kontsulta: memoria arazoengatik (mediku-hitzorduak ahaztu, medikazioa ez du behar bezala hartzen...). Semearekin bizitzea jasangaitza dela aitortzen du. Neurologoak demenzia primarioa diagnostikatzen dio.

2012an zehar oso gutxi agertzen da; kontsulta telefonikoren bat besterik ez.

2013an berriz agertzen da. Famili Medikuak etxeko egoerari buruz hitz egiteko aprobetxatzen du. Semearekin bizikidetzat gero eta larriagoa da: bi egun igaro ditu etxetik kanpo semearekin izandako arazoengatik.

Gizarte-langilearekin kontaktuan jarriko dela dio medikuak. Ados dago, baina semearen beldurragatik, bera joango dela dio.

Gizarte-langileak etxetik etxeko laguntza eta telelaguntza eskaintzen dio, baita mendekotasun-balorazioa egitea ere. Ez du ezer onartzen.

Neurologoak garapen txarrari buruz informatzen du.

2014an neba-arrebekin kontaktatzen du mendekotasun-balorazioa egiteko. Ez du nahi. Gizarte-langilea medikuarekin harremanetan jartzen da, auzoko batek emakumearen egoera kaskarrari buruz abisatu duelako.

Hurrengo egunean, medikua, gizarte-langilea eta ahizpa emakumearen etxera gerturatzen dira. Semea ez dagoenez, laguntza onartzen du, baita Basurtun ingresatzea ere, konponbide bat aurkitu arte.

Alta eman ondoren, egoitza pribatu batera doa, baliabide ekonomiko nahikoak dituelako.

Helburuak

- Indarguneak eta ahulguneak aztertu, eta kasua irizpidetzat hartuta, arreta soziosanitarioarako bideak landu.

Metodoak

- Kasuaren analisisa.
- Protokolo soziosanitarioen berrikuspena.
- Arreta-soziosanitarioaren arloko berrikuspen bibliografikoa.

Emaitzak

- Prebentzio-lan gutxi egiten da mendekotasun-egoera atzeratzeko.
- Lehen Mailako Arretan kolaborazioa eman da.
- Ez da jarraipenik egon, beharrezko balorazio gehiago ez delako egin.
- Familia-egoera kontutan izanda, beste profesional eta senideekin ere kolaborazioa beharrezkoa izan zitekeela ikusten da.

Ondorioak

Beharrezkoa ikusten da:

- Prebentzio-lan gehiago egitea.
- Koordinazioa lantzea: bisitak behar direnean, elkarrekin egin (gizarte- eta osasun-zerbitzuetako profesionalak); ondo aztertu pertsona eta bere ingurua eta profesional guztiak, familia eta hurbileko pertsonak ahal den neurrian inplikatu.
- Lana sistematizatzea (protokoloak), batez ere, jarraipenak.

Bibliografia

- Arreta soziosanitarioa: esparru kontzeptuala eta nazioarteko eta autonomietako aurrepausoak. Hurbilketa.Txosten Bereziak. Ararteko.2007.
- Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011
- Lankidetzeta Soziosanitarioa. Uribe Eskualdea. Uribe Eskualdeko jarduketa soziosanitarioaren protokoloa ohiko bizilekuan bizi diren adineko pertsonentzat.2013
- Guía para el desarrollo de protocolos de Atención Primaria Sociosanitaria en Euskadi. Coordinación Sociosanitaria. 2014.
- Euskadiko Arreta Soziosanitarioaren lldo estrategikoak 2013-2016. Eusko Jaurjaritza. 2014.

- 8/1997 Legea, ekainaren 26koa, Euskadiko Antolamendu Sanitarioarena
- 12/2008 Legea, abenduaren 5koa, Gizarte Zerbitzuei buruzkoa.
- 85/2015 Dekretua, urriaren 6koa, Gizarte Zerbitzuen Euskal Sistemaren prestazio eta zerbitzuen zorroari buruzkoa.
- Abenduaren 14ko 39/2006 Legea: Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Bizkaiko Foru Aldundiaren 162/2009 Foru Dekretua, abenduaren 1ekoa. Honen bitartez, Bizkaiko Foru Aldundiak menpekotasun egoera aitortzeko prozedura arautzen du.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- KODNER, D.: "All together now: a conceptual exploration of integrated care", in Healthcare Quarterly, 13 special, 6-15. doi:10.12927/hcq.2009.21091.
- QUEREJETA, M. (2006): Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación, Lan eta Gizarte Gaietarako Ministerioa, Gizarte Zerbitzuen Estatuko Idazkaritza, Familiak eta Desgaitasuna, IMSERSO, Madrid.
- REED, J.; COOK, G.; CHILDS, S.; MCCORMACK, B. (2005): "A literature review to explore integrated care for older people", in International Journal of integrated care, 5, urtarrila-martxo

4.3. Benzodiazepinak lehen mailako arretan. Preskripzio egokia egiten al dugu?

Aintzane Zubeldia Iturralde
Idoia Sanchez Pombar
Nerea De Sousa Alcalde
Paula Navarro Puyuelo
Saioa Gonzalez Urio
Maria Yañez Vidal

Beraun Osasun Zentroa

azubeldia3@gmail.com

Sarrera

Benzodiazepinak (BZD) gehien erabiltzen diren medikamentuen artean daude. Seguruak eta eraginkortasun handiko botikak direla aski ezaguna da baita bere albo-ondorioak preskripzioaren iraupenarekin lotuta daudela. Baina BZDen preskripzio- iraupena mugatzeko gomendio klinikoak izan arren, ez da ez-ohikoa euren kontsumoa luzatzea. Espainian Osasun Inkesta Nazionalaren arabera (2012), populazioaren % 16,9ak lasaigarriak edota lo egiteko botikak hartu ditu azken 2 asteetan eta 65 urte baino gehiagoko emakumeen kasuan, % 36,6ak.

Datu horiek ezagututa, gure zentroan BZDen inguruan burutzen den preskripzioaren azterketa egitea erabaki genuen.

Helburuak

BZDen preskripzioaren ezaugarrien azterketa (preskripzioaren arrazoia, printzipio aktibo mota eta iraupena). Preskripzioaren jarraipenaren balorazioa.

Metodoak

Diseinua: Behaketa bidezko ikerketa deskriptiboa.

Ikertutako pazienteak: 2014an, ≥ 1 BZD edo Z hipnotiko baten preskripzioa dutenak. LMAko Osasun Zentro bateko 4 kupoetako 248 pazienteko lagina.

Barneratze-irizpideak: ≥ 14 urteko adina. Presbiden ≥ 1 BZD edo Z hipnotiko baten preskripzio aktiboa.

Kanporatze-irizpideak: Gaixotasun mental larria.

Aldagaiak: historia klinikoan jasotako datu demografikoak (sexua, adina), diagnostikoa eta preskripzioari loturiko datuak (BZD kopurua, mota, iraupena, jatorria, jarraipena, eragin desiragaitzak).

Emaitzak

248 paziente ikertu ziren. BZDen prebalentzia % 22,6koa izan zen. Pazienteen adinaren batez bestekoa 58,7 (16.8 DE) urtekoa izan zen eta % 64 emakumezkoak ziren. Pazienteen % 22,3ak <11 asteko preskripzioa izan zuen eta % 66,8ak > 1 urteko preskripzio-iraupena. Pazienteen adinak eta preskripzioaren iraupenak asoziazio lineal positiboa aurkeztu zuen ($p < 0,001$). Preskripzio-arrazoien artean, % 22,2an Antsietatea izan zen, % 17an depresioa eta % 27an ez zegoen argi edo ezezaguna zen. Ohikoenak Lorazepam (% 41,7), Diazepam (% 16,7) eta Lormetazepam (% 15,2) izan ziren. Preskripzioaren jarraipen espezifikoa soilik % 20an jasotzen da. Medikazioaren ondorioz 9 erreakzio desiragaitzen erregistroak identifikatu ziren

Ondorioak

Datuek agerian ipini zuten besteak beste BZDen preskripzioaren iraupenaren inguruko erabilera desegokia, preskripzioari loturiko diagnostiko zehatz baten falta eta jarraipenaren inguruko erregistro espezifiko eskasa. Medikazioaren berrikuspina bultzatu eta gauzatzea funtsezkoa izango da batez ere, preskripzio desegokiak ekidin eta BZDei lotutako arazoak murrizteko.

4.4. Ingurune aberastuak ezagutze-oroimena, koordinazioa eta hipokanpoko plastikotasuna berreskurarazten ditu nerabezaroan alkoholarekin trataturiko C57BL6 saguetan

*Irantzu Rico Barrio
Sara Peñasco Iglesias
Nagore Puente Bustinza
Leire Reguero Acebal
Inmaculada Gerrikagoitia Marina
Jon Egaña Huguet
Svein Atxikallende Urkaregi
Izaskun Elezgarai Gabantxo
Pedro Grandes Moreno*

EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Neurozientziak Saila, Achucarro Euskal Ikerketa Zentroa.

irantzu.rico@ehu.eus

Sarrera

Alkohol-kontsumoa, batez ere nerabezaroan, egungo gizarteak kezkatzen duen arazo larrienetako bat da. Azken hamarkadako ikerketek sistema endokannabinoiden funtzioa, etanolarekiko menpekotasuna dela bide, eralda daitekeela adierazi dute. Ingurune aberastuak (IA-k) aldaketa molekular, anatomiko zein funtzionalak eragiten ditu garunaren garapen-prozesuan. Hori dela eta, paradigma honek garun-lesio berreskurapenean duen parte-hartze garrantzitsua zein onuragarria azpimarratu beharra dago. Hala ere, IA-k, alkoholak eragindako lesio kognitiboetan nola eragiten duen aztertzeke dago.

Helburuak

Gure xedea, beraz, nerabezaroan droga honen kontsumoaren ondorioz sorturiko eraginei aurre egiteko aberastutako inguruneak duen rola aztertzea da. Zehatz-mehatz prozesu kognitiboan, mugimenduen koordinazioan eta hipokanpoko nerbio-plastikotasunean arreta jarri da.

Metodoak

Azterlan honen helburua gauzatzeko, 4 astetan zehar, nerabezaro-garaiko C57BL6 sagu-
arrei, ilunpean alkohola edateko protokolo bat ezarri zitzaion. Zehazki, asteko lehenengo hiru egunetan, animaliak bi orduz segidan egon zitezkeen alkohola (% 20) edota ura era aske batean edaten. Laugarren egunean, berriz, edateko denbora-tartea 4 orduz luzatu zen eta asteko gainontzeko 3 egunak atseden gisa hartu ziren. Ondorengo bi

asteko abstinentsia-aldiaz baliatuz, animaliak ingurune aberastuko karioletan berraturatu ziren. Ezagutze-oroimena, objektu berrien probaren bitartez neurtu zen, prozesu kognitiboaren garapenaren isla gisa. Bestalde, mugimenduen koordinazioa rotarod izeneko aparatuz baliatuz burutu zen. Elektrofisiologiako tekniken bitartez hipokanpoko plastikotasuna zertu zen, epe luzeko depresioaren (ELD) azterketa sakona eginez eta emaitza molekularrak, berriz, western blot-en bitartez lortu ziren.

Emaitzak

Nerabezaroan alkoholarekin tratatutako animaliek galera esanguratsua erakutsi zuten ezagutze-oroimeneko probetan zein mugimenduen koordinazioan, urarekin tratatutako animaliekin alderatuz. Hala ere, saguak ingurune aberastuko karioletan barneratzean parametro bi hauen berreskurapen adierazgarria ikus zitezkeen. Ildo hau jarraituz, animalia alkoholikoak, kontrolekin parekatuz, ez zuten inolako plastikotasunik erakusten hipokanpoan, ELD-a deuseztatuz. Alabaina, animalia hauek aberastutako karioletan sartzean ELD-aren sustapena ematen zen plastikotasunaren berreskurapena bermatuz.

Ondorioak

Ondorioz, ikerketa honek; IA-k, etanol-kontsumoagatik sorturiko efektu kaltegarriak atzera botatzeko gaitasuna daukala aditzera ematen du. Honek, aukera berriak ireki ditzake osasungintzan non aberastutako inguruneak terapia bezala proposatu daitezkeen alkohol-menpekotasunaren tratamenduan.

Bibliografia

- Crabbe JC, Harris RA, Koob GF (2011) Preclinical studies of alcohol binge drinking. *Ann N Y Acad Sci.* 1216:24-40
- Redrobe JP, Bull S, Plath N (2010) Translational aspects of the novel object recognition task in rats abstinent following sub-chronic treatment with phencyclidine (PCP): effects of modafinil and relevance to cognitive deficits in schizophrenia. *Front. Psychiatry.* 1:146
- Nithianantharajah J, Hannan AJ (2006) Enriched environments, experience dependent plasticity and disorders of the nervous system. *Nat Rev Neurosci.* 7:697-709.
- Simpson J, Kelly JP (2011) The impact of environmental enrichment in laboratory rats- Behavioural and neurochemical aspects. *Behavioural Brain Research.* 222:246- 264.
- Sprow GM, Thiele TE (2012) The neurobiology of binge-like drinking:evidence from rodent models. *Physiol Behav.* 106: 325-331

4.5. Zaindaria zaintzen!!!

Ana Anguiano Martinez
Iraitz Arrien Urzaa
Garazi Garmendia Goti
Jon Arruti Arrieta
Maider Beobide Ugalde
Iratxe Barrutieta Barandiaran

Gorlizko Ospitalea, Errehabilitazio Terapien Unitatea

aitziber.zalbideperez@osakidetza.eus

Sarrera

Gorlizko Ospitalea egonaldi ertain edo luzeko ospitalea da, bertan ezgaitasun handiak dituzten gaixoak daude, hauetariko asko oheratuak. Gaixo hauen zainketak ahalegin handia eskatzen du; ondorioz, berebiziko garrantzia du bertako langileak jarrera egokien inguruan hezteak, lan-karga hobeto ekonomizatu eta eraginkortasun handiagoz lan egin dezaten. Osasun-langileak trebatzeko asmoz sortu da higie posturaleko ikastaroa.

Helburuak

Osasun-langileei eta osasun-langileak ez direnei ere zuzenduriko ikastaroa da.

Norberaren gorputzaren inguruko jakintza eta kontzientzia lantzeaz gain, lanpostuetan zein egunerokotasuneko ekintzetan jarrera higieniko egokia eta ergonomikoa izateko jakin beharreko ezaguerak ematea du helburu ikastaro honek.

Metodoak

Kurtoaren iraupena, orotara, 5 ordukoa da, astean behin hiru saio teoriko-praktikotan eta taldean burutzen delarik. Lehenengoa teorian zentratzen da batik bat, bizkar-hezuraren anatomia eta fisiologian, arau biomekaniko orokor eta lesio muskulu-eskeletikoen inguruko kontzeptuak azaltzen dituena. Bigarren saioan, praktika ere sartzen da, mobilizazio eta transferentzien inguruko bideoak ikusten dira, ondoren ikusi eta ikasitako guztia talde-lanean praktikan jartzen da. Azken saioan, luzapen eta erlaxazio-ariketak erakutsi eta egiten dira.

Emaitzak

Ikastaroa baloratzeko, lehenik, saioen bukaeran, asebetetze-galdeketa bat pasatzen da. Bertan parte hartutako 110 pertsonen balorazio orokorra 10etik 8 izan zen 2015. urtean. Bestetik, ikastaroa egin eta denbora batera, parte hartutako langileriaren behaketa-balorazio bat egiten da euren lanpostuetan ikasitakoa barneratu eta aplikatzen duten baloratzeko.

Ondorioak

Argi geratu da ezinbesteko garrantzia duela ospitaleko langileria jarrera higienikoen inguruan hezteak; alde batetik, lesio muskulu-eskeletikoekin erlazionatutako lan-istripuen arriskua murrizten delako, eta, bestetik, lanpostuko betebeharrak hobeto gauzatzea ahalbidetzen duelako, ikasitako jarrera egokiak barneratuz. Gainera, pazienteak ere onura izango du, kalitate hobea izango duen asistentziaz baliatuko delako, langileek era eraginkorrean eta ahalegina ekonomizatuz lan egingo dutelako.

4.6. Bizkar-eskola, gure mina menperatzen!

*Irune Goikoetxea Gonzalez¹
Araitz Garaikoetxea Velasco¹
Estibaliz Ordoñez Torres¹
Miren Biotza Anparan Cuadra¹
Belinda Azahara Carcaboso Juez¹
Juncal Urcullu Mugica²*

¹Gorlizko Ospitalea, Errehabilitazio Terapien Unitatea

²Gorlizko Ospitalea

irunegoikoetxea@gmail.com

Sarrera

Estatistiken arabera, pertsona helduen % 80k euren bizitzan noizbait bizkarreko mina izan dute.

Tratamendu kirurgikoa, soilik bizkarreko mina duten pazienteen % 20k behar dute.

Bizkar-eskola, Suedian duela 20 urte baino gehiago hasitako back school-ean oinarrituta dago.

Helburuak

Bizkar-eskolaren helburuak prebentzioa eta bizkarreko minaren norberaren zainketarako irakaspenak dira.

Bizkarrezurra nolakoa den, funtzionamendua, minen zergatia edota aurreko guztia saihesteko jarrera-arauak irakastean datza.

Metodoak

Bizkar-eskola, astean behineko lau saioz osatzen da. Hirugarrena ez ezik, era indibidualean ematen dena, saioak era kolektiboan ematen dira. Saio bakoitzak hogeita hamar minutuko bi zati ditu; bata teorikoa eta bestea ariketak egiteko.

Back school, Suedian 1976an sortu eta Europako eta Amerikako zenbait herritara hedatu zen metodoa da. Bertan pazienteek bizkarrezurreko minei (kausa, tratamendua eta prebentzioa) buruzko informazioa jasotzen dute.

Emaizak

Gorlizko Ospitalearen (Bizkaia) menpe dauden Uribe Kosta eta eskualde barruko osasun-zentroetako errehabilitazio-sailek, 2015. urtean, 20 eta 70 urte bitarteko 90 pazientez osatutako 350 bizkar-eskola saio eman zituzten.

Urtebete pasa ondoren, patologia desberdinengatik gerriko min kronikoa, zerbikaletako min kronikoa, etab. jasaten duten pazienteengan, bizkarrezurraren eta beraren funtzionamenduari buruzko ikasketa sakonaren ondorioz, mina gutxitu eta batzuetan guztiz desagertzeraino hel daitekeela egiaztatu da.

Ondorioak

Bizkar-eskolarekin mina erabiltzeko edota lehen gai ez ziren egoeretan kontrolatzeko baliabide berriak lortzen dituzte.

4.7. Drogen kontsumoa neurtzeko DSM-5ak proposaturiko tresna

Naiara Ozamiz Etxebarria
Agurtzane Ortiz Jauregi

EHU, Neurozientziako Departamentua, Psikiatria Saila

naiara.ozamiz@ehu.eus

Sarrera

2013an DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) argitaratu zen. DSM-5aren hirugarren sailean, ikerketa bidean dauden tresnak agertzen dira. Horien artean, zeharkako neurketa-tresnak ageri dira. Zeharkako neurketa-tresna hauek DSM-5eko diagnostikoekin batera egiteko proposatu dira, gaixoaren sintomatologiari buruz informazio gehiago izateko alde batetik, eta tratamenduan laguntza izateko, bestetik. Tresna hauek denboran zehar gertatzen diren aldaketak hautemateko erabilgarriak dira eta sustantzien erabilera neurtzen dute beste sintoma batzuen artean. Tresna hauek DSM-5eko landa-ikerketak egiteko proposatu ziren 2010ean beraien erabilgarritasuna eta onargarritasuna konprobatzeko. Euskal Herriko elebitasuna kontutan hartuta, tresna hauek euskarara itzuli genituen back-translation metodologiaren bitartez eta Euskal Herrian hartutako lagin batean tresna hauek balioztatu genituen.

Helburuak

Aipatutako galdesorta hauen helburua (1. taula) izan da, klinikoei nahasteen esparru garrantzitsuak zeharka neurtzeko tresnak ematea. Lan honetan itzulitako tresnen baliozkotasuna neurtu da eta substantzien kontsumoari buruz lortutako emaitzak aurkeztu dira.

Metodoak

Zeharkako neurketa-tresnak, back-translation metodologiaren bitartez euskarara itzuli ziren. Euskal Herriko hainbat psikiatria zentrotan tratamendu psikoterapeutiko eta farmakologikoa jasotzen ari ziren 32 pazienteek parte hartu zuten ikerketa honetan. Galdesorta test-retest metodologiaren bitartez aplikatu zitzairen, hilabete bateko denbora tartea utziz bi elkarrizketen artean.

Emaitzak

Zeharkako neurketa galdesortaren bitartez, pazienteen sustantzien erabilera neurtu zen beste sintoma batzuen artean. Lehenengo grafikoan ikusi daitekeen bezala, kasu gehienetan sustantzien erabilera mantendu edo jaitsi egin zen.

Ondorioak

Kontsumoaren beherakadaren arrazoia, pazienteak tratamendu farmakologiko eta psikoterapeutikoan zeudelako da. Bestalde, sintomatologia jaitsi ez ziren kasuak, aurretik sintomatologia hori oso baxu zituzten kasuak izan ziren.

DSM-5eko ikerketa lan-taldeak zeharkako neurketako galdesortak praktika medikurako erabilgarriak, laburrak, irakurtzeko errazak, ebaluatzeko sinpleak, eta, gaixo eta klinikoagatik erraz aplikagarriak izatea nahi zuen. Ikerketa horren bitartez, guzti hori baieztatu egin da. Tresnak ulergarriak eta erraz aplikagarriak baitira bai klinikoentzako, bai pazienteentzako ere, eta denboran zehar sintomatologian egon daitezkeen aldaketak hautemateko sentsibilitatea dute.

Bibliografia

·APA American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. APA argitaletxea.

4.8. Zumarragako Ospitalean ingresatutako gaixo pluripatologikoen egoera soziosanitaria

Itziar Frago Marquinez¹
Patricia Gonzalez Segura¹
Ane Labirua-Iturburu Ruiz¹
Juan Marti Cabane¹
Amaia Zurutuza Auzmendi¹
Katixa Leizaola Arregui¹
Idoia Ruiz Palenzuela¹
Begoña Lasa Inchausti¹
Esther Ortiz de Zarate Carrillo²
Juan Antonio Alonso Peinador³

¹Zumarragako Ospitalea, Barne Medikuntzako Zerbitzua

²Zumarragako Ospitalea, Gizarte-laguntzailea

³Gasteizko Prudentzio Deuna Egoitzako erizaina

ifrago@yahoo.es

Sarrera

Gaixo pluripatologikoak 2 gaixotasun kroniko edo gehiago dituztenak dira, kategoria kliniko batzuetatik. Hauetan ez dira bakarrik haien gaixotasunak kontuan hartu behar, baizik eta baita beraien balorazio integrala, hots, egoera funtzionala, soziala eta kognitiboa, arreta integral on bat eskaini ahal izateko, sarritan beharrezkoa izanik gizarte-langilearekin batera lan egitea.

Helburuak

Zumarragako ospitalean ingresatutako gaixo pluripatologikoen balorazio integrala aztertzea eta bereziki egoera soziosanitaria.

Metodoak

Goierri Urola-Garaiko Erakunde Sanitario Integratuan Olleros-en irizpideak jarraitzen dira gaixo pluripatologikoak identifikatzeko. 2015eko martxotik azarora arte Zumarragako ospitalean ingresatutako 308 paziente, pluripatologiko bezala sailkatuta zeuden guztiak, aztertu ditugu. Ospitale-loturako erizainak hauen balorazio integrala egin du: egoera funtzionala (Barthel eskalaren bidez), soziala (ea instituzionalizatuta dauden eta besteei Gijon eskala bidez) eta kognitiboa (Pfeiffer galdeketa bidez).

Emaitzak

Egoera funtzionalari dagokionez, % 13,31k ez du menpekotasunik eguneroko ekintzetarako, % 44,15ek menpekotasun txikia du, % 15,25ek moderatua, % 9,74k larria eta % 17,20ak erabateko menpekotasuna du.

Egoitzetan instituzionalizatuta zeuden 28 gaixok (guztien % 9,09a), menpekotasun handiagoa zuten: % 3,57k batere ez, % 25ek menpekotasun txikia, % 17,85ak moderatua, % 21,42k larria eta % 32,14ak erabatekoa.

Egoera sozialari dagokionez, Gijon eskalaren arabera, % 68,47k ez zuen arrisku sozialik, % 14,85ak arrisku ertaina zuen eta % 16,66ak arrisku sozial handia zuen.

Egoera kognitiboari dagokionez % 67,85ek ez zuen narriadura kognitiborik, % 14,93ak narriadura arina zuen, % 9,4k ertaina eta % 7,79ak larria.

Ondorioak

· Zumarragako Ospitalean ingresatzen duten paziente pluripatologikoen gehienek menpekotasun funtzional txikia dute, ez dute narriadura kognitiborik ezta arrisku sozialik ere.

· Gaixo pluripatologiko eta adinekoen egoera osotasunean baloratzea oso garrantzitsua da menpekotasunak, narriadura kognitiboak eta arrisku soziala ba ote dituzten ezagutzeko. Honi esker beharizan soziosanitarioak detektatu ahal izango ditugu, eta hauei erantzuna ematen saiatu ospitaletik bertatik gizarte laguntzailearen bidez.

· Ongizate soziala bermatzeko elkarlana egin behar dute osasun-zerbitzuek eta gizarte-laguntzaileak. Kasu batzuetan, honela gizarte laguntzaileak udaletxearekin koordinazio azkar bat izateko pazienteak lor dezan lehenbailehen berarentzako baliabide egokia.

Bibliografia

· Euskadiko arreta soziosanitarioaren ildo estrategikoak. 2013-2016.

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkpubl04/eu/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/eu_pub/argitalpenak.html

· Programa de atención integral a pacientes pluripatológicos y crónicos complejos. Goierri-Urola Garaiko ESI. 2014ko ekaina

4.9. Garuneko kalteko eskola, gure gaixotasuna ezagutzen!!!

Irune Goikoetxea Gonzalez¹

Aitziber Zalbide Perez²

Nahikari Saez Damborena²

Ana Anguiano Martinez²

Iñaki Onandia Diago²

Maidor Ugalde Beobide³

¹Gorlizko Ospitalea, Kanpoko errehabilitazio terapien unitatea

²Gorlizko Ospitalea, Errehabilitazio terapien unitatea

³EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Neurozientziak Saila

aitziber.zalbideperez@osakidetza.eus

Sarrera

Gorlizko ospitalean paziente gehienek garuneko kalteak dituzte. Garuneko kalteak hainbat ondorio ditu, haien artean, mugitzeko, hitz egiteko edo irensteko arazoak. Arazo hauek direla eta, gaur egun menpekotasuneko lehenengo sorburua garuneko kaltea da.

Garuneko kalteko eskola, paziente eta ingurukoek gaixotasuna hobeto ezagutzeko eta iktusak izan ditzakeen ondorio posibleak onartzeko sortu zen.

Horren asmoa, gaixo eta beraien familiei zuzendutako jarduera informatzaile eta hezigarria sistematizatzea da, garuneko kalteak sortu duen menpekotasuna hobeto ulertzeko.

Helburuak

Gure helburu nagusia, garuneko kalteak eta ingurukoek informazio eta heziketa baliagarriak eskainiz, beraien integrazio psikosoziala erraztea, bizi kalitatea hobetzen laguntzea eta sortu zaien menpekotasunari aurre egitea da.

Metodoak

Jarduera hori, garuneko kalteak unitatean dauden gaixo eta senideei zuzenduta dago.

Garuneko kalteko eskola astero aldizkatzen den ordu bateko bi saioz osatuta dago. Lehen saioa teorikoa da eta bigarrena praktikoa.

Lehen saioa honako hauek dinamizatzen dute: iktusa zer den eta bere ondorioak azaltzen dituen mediku errehabilitatzaileak, garuneko kalteak unitatearen funtzionamendua eta hauei egiten zaizkien oinarrizko zaintzak azaltzen dituen erizain batek eta beraiantzat egon daitezkeen baliabide sozialak aurkezten dituen gizarte-langile batek.

Bigarren saioan, hurrengo astean, haien menpekotasunari nola aurre egin azaltzen zaie. Horretarako bideo orientagarriak erakutsiz eta zuzenean praktikatu, gaixoak mugiarazten nola lagundu irakasten duen fisioterapeutak, zer nolako laguntza teknikoak dauden azaltzen duen okupazio-terapeutak eta iktusak eragindako arazoetarako jarraibideak irakasten dituen logopedak parte hartzen dute.

Emaitzak

Bigarren saioa bukatutakoan egun biak ebaluatzeko gogobetetze-inkesta bat ematen zaie, hurrengo emaitzak eman zizkiguna:

2015ean paziente eta senideen artean 525 pertsonak parte hartu zuten 40 garuneko kalteko eskolako saioetan. Haien balorazioa 5tik 4.45 izan da .

Ondorioak

Garuneko kalteko eskolak pazienteei eta haien senideei haien gaixotasuna eta honek sortu duen menpekotasuna ulertzen laguntzen die eta honi esker, bere tratamenduan gehiago konprometitzen dira eta haien auto-estimua indartzen da.

Bibliografia

- Déniz A., Álamo D., Ruiz C., Hernández M.P., Gómez A., López J.C., Cubero A. Guía para pacientes y cuidadores ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebrovascular. Gran Canaria: Servicio Canario de Salud; 2006.
- Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Después del ictus, guía práctica para el paciente y sus cuidadores. 2ª ed. Barcelona: Casanova; 2003.
- Smith J, Forster A, House A, Knapp P, Wright JJ, Young J Information provision for stroke patients and their caregivers (Review). The Cochrane Library; 2008, Issue 3

4.10. Metadonaren mantentze-programa Bizkaiko farmazietan

Iban Gutierrez Artetxe¹

Sonia Saenz de Buruaga Perez de Acha²

Sonia Sanz Olmos³

Jokin Txakartegi Urizar⁴

¹Diego Sarasketa Farmazia, Zornotza

²Sonia Saenz de Buruaga Farmazia, Bilbo

³Bizkaiko Farmazialarien Elkargo Ofiziala, Bilbo

⁴Begoña Izagirre Farmazia, Gernika

sonia@cofbizkaia.net

Sarrera

Zain bidezko drogazaleetasuna 80. hamarkadan osasun publikoko arazoa izan zen. Hiesa epidemiaren agerpenarekin eta hazkunde azkarrarekin bat etorri zen. Honek droga-menpekotasunen tratamenduan aldaketa ekarri zuen kalte-murritzapen estrategietarantz, hala drogazaleentzat, nola gizarterako.

Horrela, programa desberdinak inplementatu ziren Euskadiko farmazietan:

- Hiesaren kontrako kit-a programa (1989an)
- Xiringa truke-programa (1991ean)
- Metadonaren mantentze-programa (MMP, 1996an)

Helburuak

MMPko funtzionamendu deskribapena, helburu zehatz hauekin:

- Parenteral bidezko droga erabiltzaileen bizi-kalitatea hobetzea.
- Morbi-hilkortasuna gutxitzea, baita honek ekarritako kostuak ere.
- Osasun-taldeekiko kontaktua sustatzea.
- Jokaera antisozialak gutxitzea.
- Familian eta gizartean integrazioari laguntzea.

Metodoak

- Farmaziaren egiaztapena Osasun Sailaren aldetik.
- Paziente-onarpena. Osasun mentaleko zentrotik agindua dator. Aldez aurretik psikiatra farmazialariarekin harremanetan jartzen da eta gero txosten bat bidaltzen dio (dosi- eta administrazio-maiztasunarekin).
- Metadona-soluzioaren prestakuntza: maisu-formula.
- Metadonaren administrazioa. Pazienteak farmaziako leku zuhur batean metadona hartzen du egunero, farmazialarien gainbegiradapean. Onera eboluzionatzen badu, dosiak eraman ditzake hainbat egunetarako.
- Dispentsazioetako erregistroa eta zerbitzuaren fakturazioa. Hilero, erregistro-orria paziente bakoitzarentzat bete behar da, dispentsazio bakoitzean emandako dosia idatziz. Kopia bat psikiatrari bidaltzen zaio eta originala Osasun Sailera igortzen da dagokion fakturaziorako.

Emaitzak

Egun, Bizkaiko 193 farmazia (% 44.47) egiaztaturik daude, 610 paziente programa barruan izanik.

Erabiltzaileen bizi-kalitatearen hobekuntza nabarmena da, batez ere, atxikipen gradua zenbat eta handiagoa izan. Baita integrazio sozialeko adierazle desberdinetan ere, bereziki familiaren erlazioetan.

Oso pozik azaltzen dira programaren funtzionamenduari.

Ondorioak

Metadonaren administrazioa normalizatzea, pazientearen egonkortzera eta integrazio sozialera lagundu du, eta bere osasun-egoerari dagokionez, hobekuntza argia izanik.

Programa honetan farmazien parte hartzeari esker, momentura arte zeuden baliabideen biderketa eta erabiltzaileen hurbilketa lortu da, beste edozein gaixotasun kronikoren tratamendu bat jasotzera joatea balitz bezala. Gainera, farmazialarien osasun-agente papera indartzen da eta diziplina anitzeko kolaborazioaren adibide ona da.

Farmaziak osasun-zentro egokiak dira ikuskatutako tratamendu-programak garatzeko.

4.11. Alkohola saltzen den eremuetan sortutako lesioak prebenitzeko esku-hartzeen berrikuspen sistematikoa

Virginia Guillen Cañas
Larraitx Echevarria Arizmendi
Oihane Garmendia Zabaleta
Eztixu Gaztelumendi Eguiguren
Ander Goikoa Fernandez

EHU, Medikuntza eta Odontologia Fakultatea, Neurozientzietako Saila
Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea

virginia.guillen@ehu.eus

Sarrera

Gaur egun, alkoholaren kontsumoan eragiteko interbentzioek kontsumitzaileengan eragiten dute, horien alkohol-kontsumoa jaisteko helburua dute eta hezkuntzaren bitartez egiten da. Beste esku-hartze posible bat alkohola saltzen den guneetan, ingurua, giroa edo alkohola hartzeko testuingurua aldatzea izan daiteke.

Helburuak

Alkohola zabaltzen den eremuetan, lesioak murrizteko egin diren esku-hartzeen eraginkortasuna kuantifikatzea.

Metodoak

Ikerketa motak

Zorizko entsegu kontrolatuak, Zorizko talde-entsegu kontrolatuak eta Zorizkoak ez diren entsegu kontrolatuak.

“Lehen” eta “orain” motako ikerketa kontrolatuak (before and after studies):

Parte-hartzaileak deskribatu

Alkohola saltzeko baimena daukaten lokaletako langileak, lokaletako bezeroak eta lokalak eurak.

Esku-hartze motak (Talde esperimentalean eta talde-kontrollean)

- Talde esperimentalean:

- Alkohola saltzen den eremuetan, alkohola saldu eta kontsumitzeari buruzko baldintzak moldatu ziren, kontsumo arduratsua eta alkoholari lotutako arriskuen murrizpena lortzeko asmoz.

- Lege-arloan, saltzaileen erantzukizuna eta irekitzeko ordutegia moldatu eta publizitate-murrizketak egin ziren.

- Talde-kontrollean, ez ziren baldintza horiek moldatu.

Emaitzak

· Lehen mailakoak

- Heriotza eragin zuten lesioak

- Bestelako lesioak

· Bigarren mailakoak

- Jokaeraren aldaketa (adibidez, kontsumitutako alkohol kopurua gutxitzea).

- Ezagutza aldatzea

4 interbentzio-motetan efektu nagusia neurtu da: lesioen murrizpena, saltzaileak prestatzea, alkoholaren eraginpean gidatzea prebenitzeko zerbitzua, alkohola zabaltzen den lekuen interbentzioak, esku-hartze politikoa alkohola saltzen den inguruan.

Ondorioak

Lesioak murrizteko asmoz, ez dago frogaririk alkohola saltzen diren lekuetan, interbentzioak eraginkorrak direla esateko. Zorizko ikerketa/entseguak lesio emaitza bakarra izan zuen, baina horretan ez zen antzeman esku-hartzearen eragin esanguratsurik. Bestelako hiru ikerketek alkohol-kontsumoa neurtu zuten, baina ez zuten efektuaren estimazio fidagarri bat aurkitu.

Zorizko entsegu batek bezeroen erasoan murrizketa bat ikusi zuen, estatistikoki esanguratsua izan zena. Saltzaileen jarreraren hobekuntza bat ere ikusi zen. Hala ere, ez da ezagutzen lesioak pairatzeko arriskua murrizteko emaitza horrek duen gradua. Beraz, emaitza horren interpretazioa nahiko mugatua da.

4.12. Ariketa fisikoaren eragina egoitzetako hirugarren adineko pertsonengan: proba pilotua

Haritz Arrieta Etxeberria¹
Ana Rodríguez Larrad¹
Susana Gil Orozko¹
Mikel Markotegi Díez¹
Jon Irazusta Astiazaran¹
Jose Javier Yanguas Lezaun²
Amaia Irazusta Astiazaran³

¹EHU, Medikuntza eta Odontologia Fakultatea, Fisiología Saila

²Matia Institutu Gerontologikoa, Donostia

³EHU, Erizaintza Unibertsitate Eskola, Erizaintza Saila

haritz.arrieta@ehu.eus

Sarrera

Hainbat ikerketek erakutsi dute ohiko jarduera fisikoak hauskortasunari aurre egiteko balio duela, oreka eta mugikortasuna hobetuz eta erorketak, instituzionalazioa, ospitalizazioa eta hiltzeko aukera murriztuz (3). Nahiz eta lan aerobikoa, oreka eta indarra lantzeak plan eraginkorrena dirudien (2), ikerketa gehiago behar dira hirugarren adineko egoitzetan ariketa eraginkorrenak eta seguruena zehazteko (1).

Helburuak

Egoera fisiko funtzionalaren parametroetan ariketa fisikoko programa batek hirugarren adineko egoitzetako pertsonengan duen eragina ikertzea.

Metodoak

Matia Fundazioko hirugarren adineko egoitzako pertsonen indarra, oreka eta lan aerobikoa landu zuten, baita ariketa fisikoko programa bat ere (3 saio astean, 3 hilabetetan zehar). Ikerketan parte hartzeko irizpideak hauexek izan ziren: adina ≥ 70 , Barthel eskalan ≥ 50 , 10 metro laguntzarik gabe ibiltzeko gaitasuna eta MEC testan ≥ 20 izatea. Programa hasi aurretik pertsonen mugikortasuna aztertu zen (azelerometria). Ariketa fisikoko saioen eragina ikertzeko, hasi aurretik eta bukatzean, aldagai antropometrikoen (bioinpedantzia) eta fisikoaren (ohiko ibilera eta ibilera azkarra eta Senior Fitness Test) neurketak konparatu ziren.

Emaitzak

Parte hartzaileen adina 86.55 ± 7.83 izan zen. % 92ek intentsitate moderatuko jarduera fisikoan 15 minutu baino gutxiago egin zuten interbentzio aurreko astean (mediana (IR) 1.08 (0.75)). Programaren hasieratik amaierara aldagai fisikoetan aurkituriko ezberdintasunak hauek izan ziren: beso flexioan % 22.2 aldiz errepikapen gehiago ($P < 0.05$), altxa eta eseri testan % 20.0 aldiz errepikapen gehiago, "8 Foot Up and Go" testan, ohiko eta ibilera azkarrean % 7.4, % 11.8 eta % 7.1 aldiz denbora gutxiago, hurrenez hurren eta 6 minutu ibiltzeko testan % 2.4 aldiz metro gehiago. Gantz portzentajearen (bioinpedantzia) eta gorputz-masaren indizean ez dugu ezberdintasunik topatu ariketa fisikoko programaren aurreko eta osteko neurketak konparatzerakoan.

Ondorioak

Hirugarren adineko egoitzetako parte-hartzaileak ez dira nahiko mugitzen, Osasunaren Mundu Erakundeak emandako gomendioekin alderatzen baditugu: astean gutxienez intentsitate moderatuko 150 minutuz ariketa fisikoa egitea beharrezkoa da.

Proba pilotuko ikerketa horretan ikusi dugunez indarra, lan aerobikoa eta oreka landu diren ariketa fisikoko programa bat hirugarren adineko egoitzetarako eraginkorra izan daiteke.

Bibliografia

- Aguirre, L. E., & Villareal, D. T. (2015). Physical Exercise as Therapy for Frailty. Nestle Nutr Inst Workshop Ser., 83, 83–92.
- Cadore, E. L., Rodríguez-Mañas, L., Sinclair, A., & Izquierdo, M. (2013). Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. Rejuvenation research, 16, 105-114.
- de Labra, C., Guimaraes-Pinheiro, C., Maseda, A., Lorenzo, T., & Millán-Calenti, J. C. (2015). Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. BMC geriatrics, 15, 154.

5. POSTERRAK



5.1 Gehiegizko alkohol-kontsumoaren ondorioetako batzuk irudietan

Jone Sagasta Urrutia¹
Garazi Sagasta Urrutia²

¹Arabako Unibertsitate Ospitalea, Erradiologia Zerbitzua

²Osakidetza. Erizaina

jonesagasta@gmail.com

Sarrera

Gehiegizko alkohol-kontsumoak eragin psiko eta emozionalez gain, sendaezinak diren kalte fisiko larriak dakartza, besteak beste, gibelako gaixotasunak, arazo kardiobaskularrak, digestio-hodiko odoljarioak, pankreatitisa, garuneko gaitzak, ahoko zein laringeko minbizia...

Horietako ondorio fisiko batzuen diagnostiko eta kontrolerako, funtsezkoak dira ekografia, eskanerra (OT) edo erresonantzia magnetikoa (RM).

Helburuak

Komunikazio honen helburua froga erradiologikoetako aurkikuntza ohikoenak azaltzea da.

Metodoak

Gibelako zirrosia

Alkohola eta C hepatitisaren birusa dira gibelako fibrosiaren eragile nagusiak. Fibrosiak gibelaren morfologia-aldaketa dakar (a), eta horrek gibel gutxiegitasuna eragiten du.

Hepatokartzinoma nozitzeko arriskua altua denez, 6 hilerik behin kribajerako ekografia egiten zaie gaixoei (b).

Zirrosiaren beste ondorioetako bat porta-zainaren tentsioa igotzea da. Ondorioz, esplenomegalia, aszitisa eta alboko zirkulazioa (hestegorriko, urdaileko zein uzki-inguruko barizeak) azaltzen dira (d eta e). Zenbat eta barizeen tamaina handiagoa izan, orduan eta arrisku handiagoa dago digestio-hodiko odoljariorako.

Pankreatitisa

Arearen inflamazio kronikoa zein akutua. Pankreatitis kronikoen % 70alkoholak eragindakoak dira, eta ohikoa da areako kaltzifikazioak sortzea (f). Pankreatitis akutuan, aldiz, area-inguruko kolekzioak eta organoaren nekrosia aurki ditzakegu (g), eta alkohola bigarren eragile nagusia izan ohi da.

Wernicke entzefalopatia

Alkoholismoak nutrizio-gabeziak dakartza, horien artean B1 bitaminarena, hain zuzen ere, "Wernicke entzefalopatia" izeneko sindromea eragiten duena (ataxia, oftalmoplejia eta nahasmena). Entzefalopatia garaiz diagnostikatu eta tratamendua hasteko, RM lagungarri izan daiteke (h eta i).

Minbizia

Frogatua dago alkoholismoak aho, mingain, faringe, laringe, hestegorri, gibel, bular, heste-lodi eta uzukiko minbiziak pairatzeko arriskua igotzen duela (j eta k).

Emaizak

Irudiak eta irudi oinak:

(Bi irudi baino ezin izan ditut igo plataformara, baina posterrean A-tik K-rako irudiak egongo lirateke).

Ondorioak

Froga erradiologikoen ematen diguten informazioa, askotan, funtsezkoa da gehiegizko alkohol-kontsumoaren ondorio fisikoen diagnostiko, maneiu eta pronostikorako.

Bibliografia

- Ona al da alkohola osasunerako? Jabier Agirre. ELHUYAR 2001.
- Your Brain on Drugs: Imaging of Drug-related Changes in the Central Nervous System. B.Tamrazi. Radiographics 2012.

H) Talamo nukleoaren hiperintensitatea RM difusioaren irudian

I) FLAIR irudi axialen gorputz mamilarren eta akueduktuaren inguruko substantzia grisaren hipersintensitatea

5.2. Menpekotasun desberdinak izandako kasu baten zainketa plana

M. Milagros Amundarain Lejarza¹
Ana Merino Rodriguez²

¹BOMS, Durangoko OMZ
²BOMS, Zamudioko Ospitalea

mariamilagros.amundarainlejarza@osakidetza.eus

Sarrera

Lan hau bizitzan zehar mendekotasun desberdinak adierazi dituen kasu kliniko batean oinarritzen da.

Lehen aldiz eta inoren laguntzarik gabe psikiatraren kontsultara zorabioengatik datorren 40 urteko gizona da. Orain dela 5 urte lana eta bikotekidea utzi zituenetik bakarrik bizi da babes-ofizialeko pisu batean. Guraso eta anaiarekin erlazionatzen dela dio, baina ez du nahi inork kontsultara laguntzea.

15 urterekin cannabisa kontsumitu zuen baina ordutik hona ez du berriro kontsumitu. Orain dela 5 urtera arte bikotekidearekin batera anfetaminak kontsumitu zituen. Alkohola orain ez, ez du uste inoiz gehiegikeriaz hartu duenik. Ez dago aurrekari psikiatrikorik. Ez du uste depresio edo herstura-arazorik izan duenik, baina bai bulimia arazoak (ez orain).

Lorazepam eta beste botika batzuk eman zaizkio tratamenduan zehar; lorazepamaren dosia bere kabuz igo du eta beste botikak txarto egiten diotelako utzi ditu. Ongi egin diezaioketen botikak proposatzen ditu.

Kontsultara bertaratzeko irregularra da.
Diagnostiko medikoa: Nahaste Somatomorfoa.
Erizaintzako balorazioan asaldatutako domeinuak.
Osasunaren sustapena: sustantzia desberdinen kontsumoa.
Pertzepzio/kognizioa: ideia handietsiak.
Auto-pertzepzioa: gorputz-irudiaren asaldura.

Helburuak

Sustantzien kontsumo arriskutsua pairatu eta pairatzen duen kasu baten erizaintzako zainketa-plana NandaNocNic taxonomia erabiliz.

Metodoak

Kasua Nandaren domeinuen bitartez baloratu da, ondoren NOC emaitzak eta NIC esku-hartzeak proposatu dira errebisio bibliografiko baten ondoren.

ERIZAINZA DIAGNOSTIKOAK NANDA-aren (North American Nursing Diagnosis Association) arabera:

Osasunaren mantentze ez eraginkorra.
Antsietatea.
Gorputz-irudian asaldura.

NOC (Nursing Outcomes Classification) EMAITZAK

Osasuna sustatzeko jokabidea.
Drogen kontsumoaren arriskuaren kontrola.
Sorospeneko erabakietan parte-hartzea.

NIC (Nursing Interventions Classification) ESKU-HARTZEAK

Pazientearekin akordioa.
Aurre ematea handitu.
Sustantzia kaltegarrien tratamendua.

Emaitzak

Legez kanpoko sustantzien kaltegarritasuna lantzea posible izan da, baina zailago egin da botiken kontrol gabeko kontsumoa bideratzea.

Ondorioak

Mendekotasuna pairatzen duen pazientearen zainketa-plana balorazio integral baten bitartez eta berarekin helburuak adostuz egin behar da osasun-emaitzak izateko nahiz eta denbora handia behar izan.

Bibliografia

- T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru.
- NANDA International. Diagnosticos Enfermeros - Definiciones Y Clasificación 2015-2017. Elsevier 2015
- Moorhead S, Johnson M, Maas M & Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). [Nursing outcomes classification]. 4th ed. Madrid: Elsevier España. 2009.
- Bulechek G.M, Butcher H.K, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). [nursing interventions classification] 5th ed. Barcelona: Elsevier España. 2009.

5.3. Kannabidiolaren eraginaren azterketa errafe dortsaleko neurona serotonergikoen jarduera elektrikoa teknika elektrofisiologikoen bidez

Aitziber Mendiguren Ordorika
Joseba Pineda Ortiz
Erik Aostri Parga

EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Farmakologia Saila

aitziber.mendiguren@ehu.es

Sarrera

Kannabinoideak Cannabissativa landaretik erauzitako konposatuak dira. Kannabinoiderik nagusienak, Δ^9 -THCak, eragin psikoaktiboak ditu. Azken urteotan kannabinoide ez-psikoaktiboek ikerlarien arreta piztu dute. Horietatik, ebidentzia zientifiko gehien bildu dituen kannabidiola da. Esaterako, frogatu da kannabidiola erabilgarria izan daitekeela kannabinoideek, opiazeoek zein nikotinak eragindako menpekotasuna tratatzeko. Portaerazko ikerketek iradoki dute kannabidiolaren eragin farmakologiko asko 5-HT_{1A} hartzailaren aktibazioaren bidez gertatzen direla baina mekanismo zehatza ez da ezagutzen. 5-HT_{1A} hartzailarekin aberatsa den nerbio-sistema zentraleko gune garrantzitsu bat errafe dortsala (ED) da. Nukleo honetako 5-HT_{1A} hartzailak portaera indartzaileetan parte hartzen duela jakinda, interes handia du kannabidiolaren eta gune honetako 5-HT_{1A} hartzailaren arteko elkarrekintza ikertzeak. Helburuak

Kannabidiolak EDko neurona serotonergikoen (5-HT) deskarga-maiztasunean duen eragina aztertzea eta eragin horren mekanismoa deskribatzea.

Metodoak

Zelulaz kanpoko jarduera elektrikoa neurtu genuen errafe dortsala biltzen zuten arratoien ehun xerratan teknika elektrofisiologikoen bidez. Neurona serotonergiko (5-HT) bakar baten jarduera elektrikoa erregistratu zen EDan jarritako elektrodo batekin eta kannabidiola (30 μ M) perfunditu zen. Gainera, kannabidiolak 5-HT_{1A} hartzailaren agonisten eragina erregulatzen duen aztertze helburuz, kannabidiola 5-HT_{1A} hartzailaren agonistekin batera administratu zen: serotonina (5-HT), 8-OH-DPAT eta ipsapirona.

Emaitzak

Kannabidiolak ez zuen aldaketa esanguratsurik eragin EDeko 5-HT neuronan deskarga-maiztasunean. Horrek adierazten du kannabidiola ez dela 5-HT_{1A} hartzailaren zuzeneko agonista. Bestetik, kannabidiolak ez zuen 5-HT eragin inhibitzailea aldatu.

Aldiz, kannabidiolak 5-HT1A hartzaiarekiko selektiboa den OH-DPAT agonistaren eragin inhibitzailea %66an murriztu zuen. Era berean, kannabidiolak 5-HT1A hartzaiarearen agonista den ipsapironaren efektu inhibitzailea blokeatu zuen.

Ondorioak

Kannabidiolak ez du efektu zuzenik 5-HT neuronen deskarga-maiztasunean baina 5-HT1A hartzaiaren agonisten efektu inhibitzailea blokeatzen du. Ondorioz, ez dirudi kannabidiola 5-HT1A hartzaiari zuzenean lotzen zaionik eta, beraz, 5-HT1A hartzaiarearen aktibazioa alosterikoki erregulatzen du era espezifiko batean. Emaitza hauek garrantzitsuak izan daitezke kannabidiolaren itu-farmakologikoak identifikatzeko eta terapeutikan hainbat gaixotasunetan, droga-menpekotasunean kasu, duen erabilgarritasuna finkatzeko.

5.4 Alkohol-kontsumoak, nerabezaroan trataturiko C57BL6 saguetan, aldaketak eragiten ditu endokannabinoideen menpeko plastikotasunean eta neurotransmisioan helduaroan

*Sara Peñasco Iglesias
Nagore Puente Bustinza
Leire Reguero Acebal
Inmaculada Gerrikagoitia Marina
Jon Egaña Huguet
Svein Atxikallende Urkaregi
Izaskun Elezgarai Gabantxo
Pedro Grandes Moreno*

EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Farmakologia SailaEHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Neurozientziak Saila, Achucarro Euskal Ikerketa Zentroa.

irantzu.rico@ehu.eus

Sarrera

Alkohola egungo nerabeek gehien kontsumitzen duten mendekotasun-sortzailea da. Adingabeko gazteak gero eta lehenago hasten dira alkohola edaten, batez beste, 14.7 urterekin hain zuzen ere. Hortaz, gizarte-eragileak gero eta arduratuago daude arazo horrek sortarazten dituen kalteez. Hainbat ikerketak etanolak eta sistema endokannabinoideak elkar eragiten dutela agerian utzi dute, azken horren funtzioa eraldatzen dutelako.

Helburuak

Gure helburua da alkohol-kontsumoaren eragina CB1 hartzaiarearen mendeko plastikotasunean eta transmisio sinaptiko kitzikatzailan aztertzea .

Metodoak

Ikerketaren garapenerako, C57BL6 saguei jaio osteko 30. egunetik 58. egunera arte, ilunpean aldizkako alkohol-tratamendu bat ezarri zitzairen. Asteko lehenengo hiru egunetan, animaliek 2 orduko denboraldian % 20ko alkohola edota ura edan zezaketen. Laugarren eguneko edate-tartea, 4 orduz luzatu zen, eta asteko gainontzeko 3 egunak, atsedean gisa hartu ziren. Alkohol-tratamendua bukatu ostean, saguak 2 asteko abstinentsia-aldian sartu ziren eutanasia-egunera arte. Ikerketa horren emaitzak lortzeko, teknika elektrofisiologikoak eta biokimikoak erabili ziren.

Emaitzak

Neurotransmisio sinaptiko kitzikatzailaren murrizketa adierazgarria behatu genuen kontroleko animalien ehun-mozketak CB1 hartzailearen CP55,940 agonistarekin inkubatzean. Haatik, parametro horrek ez zuen inongo efekturik izan alkoholarekin trataturiko saguetan. Plastikotasunean, pareko emaitzak lortu ziren. Horrela, tetanosa (10 minutu/10 hertz) sortu ostean, epe luzeko depresioa (ELD) ikus zitekeen kontrol-animalietan, baina ez sagu alkoholikoetan. Lortutako plastikotasun hori CB1 hartzailearen bitartez gertatzen ari zela baieztatzeko, ehun-ebaketak hartzaile horren antagonistarekin (AM251) inkubatu eta hasiera batean lortutako kontrolen ELD-ak deuseztatu ziren. Kannabinoideen menpeko ELD-aren desagerpenean, 2-arakidonilglicerol-mailak (2-AG) duen eragina aztertzeko, 2-AG-aren degradazioan parte hartzen duen entzima, MAGL, inhibititu zen, eta, horretarako, JZL184 farmakoa erabili genuen. Harrigarriro, alkoholarekin trataturiko animaliek, JZL184-az tratatu ondoren, ELD-ak aurkezten zituzten. Lortutako emaitza biokimikoetan animalia alkoholikoek kontrolekoekin parekatuz, CB1 RNA mezulariaren eta CB1 proteina- mailaren jaitsiera esanguratsua adierazi zuten. Aitzitik, MAGL-ren RNA mezularia zein proteina-maila handiagotua ikusteak 2-AG endokannabinoidea gutxiagotua suerta daitekeela iradokitzen zuen.

Ondorioak

Ondorioz, ikerketa horrek, alkoholak endokannabinoideak direla bide, plastikotasunean eta neurotransmisioan aldaketa nabarmenak eragiten dituela aditzera ematen du.

Bibliografia

- Moore EM, Mariani JN, Linsenbardt DN, Melon LC, Boehm SL (2010) Adolescents C57BL/6J (but not DBA/2J) mice consume greater amounts of limited-access ethanol compared to adults and display continued elevated ethanol intake into adulthood. Alcohol Clin Res 34:734-742.
- Hwa LS, Chu A, Levinson SA, Kayyali TM, DeBold JP, Miczek KA (2011) Persistent escalation of alcohol drinking in C57BL/6J mice with intermittent access to 20% ethanol. Alcohol Clin Exp Res 35:1938-1945.

5.5. Oxido nitrikoko sistemak eragindako erregulazioa opiazeoekiko tolerantzian locus coeruleus-eko neuronetan

Patricia Pablos Laria
Aitziber Mendiguren Ordorika
Joseba Pineda Ortiz

EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Farmakologia Saila

ppablos@gmail.com

Sarrera

Farmako opioideak analgesikorik eraginkorrenak dira, baina epe luzera eraginaren galtzea (in vivo-ko tolerantzia edo in vitro-desentsibilizazioa) eta menpekotasuna sortzen dituzte. Gertakari horiek sakonki aztertu diren arren, mekanismo zelularrak ez dira guztiz argitu. Zenbait ebidentziak frogatu du oxido nitrikoak (NO) eta NOtik sortutako oxigenoaren espezie errektiboek (OEE) opiazeoek eragindako neuroegokitzapenak erregula ditzaketela. Izan ere, nerbio-sistema zentralako nukleo noradrenergiko garrantzitsuen den locus coeruleus-ean (LC), NO sistemak μ hartzaile opioideen desentsibilizazioan parte hartzen du, baina ez dago argi NOak eta OEEek zenbait opiazeok LCn eragindako tolerantzian duten eragina.

Helburuak

Zenbait opiazeok (morfinak, fentaniloak eta metadonak) LC-ko neuronetan eragindako tolerantzia zelularrean NO sistemaren parte-hartzea ikertzea arratoietan.

Metodoak

Zelulaz kanpoko jarduera elektrikoaren neurketa egin zen teknika elektrofisiologikoaren bidez LC-an in vitro. Tolerantzia garatzeko, askapen motelezko morfinaren emulsio bat eta metadonaren edo fentaniloaren mini ponpa osmotikoak ezarri zitzaizkien arratoiei azal azpian. Tolerantzia zelularra neurtzeko, Met5-entzefalina agonista opioideak LC-ko neuronen deskarga maiztasunean duen eragin inhibitzailea aztertu zen animalia-kontrolatan eta opiazeoak kronikoki jaso zituztenetan. Talde horiek, NO sintasa neuronalaren inhibitzaile selektibo bat (7-nitroindazola, 7-NI) ala antioxidatzaile bat (Trolox + azido askorbikoa, TX + AA eta U-74389G) jaso zutenekin konparatu ziren.

Emaitzak

Morfina, fentanilo eta metadona kronikoki jaso zuten animalietan Met5-entzefalinaren kontzentrazio-eragin kurbak eskuinerantz mugitu ziren eta EC50 baloreak (eragin maximoaren % 50a lortzen duten kontzentrazioak) 2-4 aldiz handitu ziren. Horrek, tolerantzia zelular maila desberdinen garapena adierazten du. Morfina jaso zuten animalietan, TX+AA edo U-74389G antioxidatzaileek tolerantzia zelularrean garapena blokeatu zuten. Metadona edo fentanilo jaso zuten animalietan, aldiz, U-74389G ez zuen eraginik izan tolerantzian eta 7-NIak ere ez.

Ondorioak

Efikazia intrintseko desberdinak dituzten opiazeoek tolerantzia zelular maila desberdinak eragiten dituzte. NO/OEE transdukzio bideen parte-hartzea opiazeo motaren arabera da LC-ko neuronetan. Ikerketa honek opiazeoek kronikoki eragiten dituzten neuro-egokitzapenak ulertzen laguntzen du, farmako hauen eraginkortasuna klinikoa eta droga-menpekotasuna hobetzeko erabilgarria izanik.

Bibliografia

- Ballantyne, J. C., LaForge, K. S. (2007). Opioid dependence and addiction during opioid treatment of chronic pain. *Pain*, 129, 235–255.
- Liang, D. Y., Clark, J. D. (2004). Modulation of the NO/COcGMP signaling cascade during chronic morphine exposure in mice. *Neurosci Lett*, 365, 73–77.
- Pablos, P., Mendiguren, A., Pineda, J. (2015). Contribution of nitric oxidedependent guanylate cyclase and reactive oxygen species signaling pathways to desensitization of μ opioid receptors in the rat locus coeruleus. *Neuropharmacology*, 99, 422431.
- Santamarta, M. T., Ulibarri, I., Pineda, J. (2005). Inhibition of neuronal nitric oxide synthase attenuates the development of morphine tolerance in rats. *Synapse*, 57, 38–46.
- Santamarta, M. T., Llorente, J., Mendiguren, A., Pineda, J. (2014). Involvement of neuronal nitric oxide synthase in desensitisation of μ opioid receptors in the rat locus coeruleus. *J Psychopharmacol*, 28, 903–914.

5.6. Lau istorio, hausnarketa egiteko lau aukera

*Itsaso Sexmilo Ayarra*¹

*Maite Ayarra Elia*²

¹*Beraungo Osasun Etxea*

²*Uharteko Osasun Etxea*

itsaso.sexmilo@gmail.com

Sarrera

Famili medikuntzak pazienteen bizitza eta dituzten zailtasunak ezagutzeko leiho bat irekitzen digu. Menpekotasunaren alderdi guztiek gure jardun klinikoari buruzko hausnarketa egiteko aukera ematen dute.

Helburuak

Hausnarketa bikoitz bat aurkeztea; lehena, menpekotasun mota ezberdinen inguruan. Bigarrena, pazientearengan menpekotasun prozesuan zehar egiten dugun jarraipenaren eta horretarako ditugun baliabideen inguruan.

Metodoak

2015. urtean zehar menpekotasun ezberdinak (emozionala, psikologikoa edota fisikoa) jasan dituzten 4 pazienteen elkarrizketa klinikoen azterketa.

Emaitzak

Juan (60). “Edateagatik bere iturgindegia galdu zuen iturgina”.

Familiaren kontrolaren eta alkoholaren kaltearen ginetik, inoiz ez zion edateari utzi. Mariak, arreba zaharrak, herentzia utzi zion. Hildakoan, Juan kontrolik gabe edaten eta dirua xahutzen hasi zen. Hasieran, bere burua bere bizitzaren jabe ikusten zuen. Alkoholak bera hiltzen zuela bazekien, baina hil aurretik horrela bizitzea nahiago zuen. Familiarengandik urrunduta, Juanek bizilagun berri batzuekin bere zainketaren truke herentzia ematea adostu zuen. Astebetera Juan zendu zen.

Patxi (80). “Besteengan eragiten duten erabakiak”.

Bere kamioian erretako zigarro ugariak etengabeko ez tul eta itolarria eragin diote. Azkeneko bi urteetan, ospitaleratze ugari izan ditu, gero eta luzeagoak. Alta hartu ostean, gero eta ahulago dago. Patxi medikuarekin hizketan egon da, bere burua okerrago dakusa eta ospitaleak lagunduko ez diola uste du. Baratzeari begira eserita egotea gustuko du, tximiniaren eta leihoaren artean. “Ez dut neure kabuz altxatzeko indarrik, baina ez dut ospitalera joan nahi”. Seme-alabak ez daude ados.

Maitane (19). "Gorputz mugiezina ez da espiritu ahula".

Herriko jaietan erori eta C5 bizkar muin sindromea diagnostikatu zioten. Toledon urtebete ingresaturik egon ondoren herrira itzuli da. Medikuari unibertsitatean matrikulatu dela esan dio. Medikuak zenbat ikasgai hartu dituen galdetu dio. Maitanek haserre, "guztiak!". Maitaneren mugiezintasunak berarenganako errukia eta "infantilismoa" eragiten digu.

Nekane (45). "Gaztetatik lagunek baino gehiago edaten zuen..."

Aita zorrotza, ama depresioarekin. Nekane bikotearekin harreman toxikoa du, familiak ulertzen ez duena. Nekane 30 urte zituela, aitak bere buruaz beste egin zuen. Ordutik osasun mentalera doa. Epe laburrak edan gabe pasatzen ditu, baina luzaroan edaten du. Askotan banatu nahi izateagatik, ez du inoiz lortu. Edaten ez zuenean zoriontsua zela zioen, ondoren gezurra zela aitortuz. Egunero erizainarengana antabusa hartzera doa, baina ezkutuan edaten jarraitzen du...

Ondorioak

Menpekotasuna duten pazienteen prozesuetan laguntzera begira, hausnarketa honek gure prestakuntzan ditugun gabeziak erakusten dizkigu. Prestakuntza gabeziarik nabarmenena, alor humanistikoan, etika eta ezgaitasunaren alorrean agertzen da.

5.7. Kalamua eta arnas-aparatua

Sophe Garcia Fuika
Olatz Llaguno Ochandiano
Jose Luis Lobo Beristain

Arabako Unibertsitate Ospitalea, Txagorritxu, Pneumologia Zerbitzua

sophe.garciafuika@osakidetza.net

Sarrera

Kalamuak edo kanabisak tabakoak bezalako osagai kantzerigenoak eduki arren(3), oraindik ere biriketan kanabisaren eragina eztabaidagai dugu. Gure gizartean gehien kontsumitzen den legez kanpoko droga da, batez ere gazterien artean(2).

Helburuak

Berrikuste bibliografikoak kanabisak arnasketan eragiten dituen gaitzak aztertzea du helburu.

Metodoak

Pubmeden bilaketa bibliografikoaren bidez, azkenengo urteetan kanabisari eta arnas aparatuari buruzko artikulu nabarmenenak bildu ditugu.

Emaitzak

2015eko Euro-barometroaren arabera, European kalamua tabakoa baino gehiago erretzen da, eta biztanleen % 1ek eguneroko kontsumitzen du (1). Batez beste, 13 eta 14 urterekin hasten dira. 2012an Euskadiko biztanleen % 28k adierazi zuen, kanabisa behin gutxienez probatu zuela. Eguneroko kontsumitzaileek gainerakoek baino onura gehiago egozten dizkiote kontsumoari: haietako heren baten ustez kanabisak eragin onuragarriak baino ez ditu(2).

Horrez gain, kalamua tabakoa baino sakonago erretzen da, eta horregatik tabakoaren aldean, zupada bakoitzean karboxihemoglobina maila eta mundrun kopurua bost eta lau aldiz altuagoa da, hurrenez hurren(3).

Beraz, kalamu zigarro bat erretzeak bost tabako zigarrok besteko buxadura eragiten du biriketan. Ondorioz, arnasketako gaitasuna murriztu egiten da: FEV1/FVC ratioak behera egiten du % 1,5, 10 zigarro pakete-urte eta 7.9 kalamu-urte (*) bakoitzeko(4). Horrez gainera, denborak aurrera egin ahala, biriketako interstizioan hanturazko erreakzioa gertatzen da(5)(irudia). Frogatuta dago urtean 20 kalamutik gora erretzeak biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa (BGBK) eragiten duela(6). Bestalde, kalamua erretzeari uzteak eztula, karkaxa eta sibilantziak desagertzen laguntzen du(7).

Biriketako hanturaren ondorioz, ondoek eragindako infekzioen arriskua handiagoa da, batez ere asma edo inmunodepresioa dutenen artean(3,8).

Azkenik, kalamua kontsumitzen egon den urte bakoitzak biriketako minbiziaren arriskua % 8 areagotzen du(9).

(*):Urteko zigarro-pakete kontsumoa: 20 tabako-zigarro egunero urtebetez

Urteko kalamu-kontsumoa: kalamu-zigarro bat egunero urtebetez

Ondorioak

- 1.- Kalamu- zigarro bakoitzak bost tabako-zigarrok besteko buxada eragiten du biriketari.
- 2.- Kanabisa erretzeak biriketako infekzio oportunistak eta minbiziaren arriskua areagotu egiten ditu.
- 3.- Kalamua erretzeari uzteak bronkitis kronikoen sintomak desagerrarazten ditu.

Bibliografia

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – European Drug Report 2015: Trends and Developments.
- Euskadi eta Drogak 2012. Osasun Publikoaren eta Adikzioen Zuzendaritza www.euskadi.net .
- Gates P, et al. Cannabis smoking and respiratory health: consideration of the literature. *Respirology*. 2014Jul;19(5):655-62. doi: 10.1111/resp.12298. Epub 2014 May 15.
- Aldington S. Effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax*. 2007 Dec;62(12):1058-63. Epub 2007 Jul 31.
- Biehl JR. et al., Cannabis Smoking in 2015: A Concern for Lung Health?. *Chest* 2015 Sep;148(3):596-606.
- Kempker JA, et al. The effects of marijuana exposure on expiratory airflow. A study of adults who participated in the U.S. National Health and Nutrition Examination Study. *Ann Am Thorac Soc*. 2015 Feb;12(2):135-41.
- Hancox, RJ. Effects of quitting cannabis on respiratory symptoms. *Eur Respir J*. 2015 Jul;46(1):80-7.
- The impact of cannabis on your lungs. British Lung Foundation. 2012.
- Aldington S. et al. Cannabis use and risk of lung cancer: a case-control study. *Eur Respir J*. 2008 Feb;31(2):280-6.

5.8. Traumatismo kraneozenfalikoaren bilakaera, tratamendu errehabilitadore eta kraneoplastiaren ondoren

Itxaso Zabala Villate
Belinda Azahara Carcaboso Juez
Jon Martinez Ruiz
Iratxe Barrutieta Barandiaran
Miren Biotza Anparan Cuadra
Nahikari Saez Damborena

Gorlizko Ospitalea, Errehabilitazio Terapien Unitatea

aitziber.zalbideperez@osakidetza.eus

Sarrera

Traumatismo kraneozenfalikoa energia truke zakarraren ondoriozko edozein lesio edo garezur-edukiaren hondatze funtzionala bezala definitzen da.

Osasun publiko arazo larria da, populazioan duen prebalentziagatik, gazte eta ekonomikoki aktiboak direnengan, edota duen morbiditatean dituen ondorio eta bizirik ateratzen diren ezigaitasun iraunkorrenatik.

Gure pazientea emakume bat da 36 urterekin, traumatismo kraneozenfaliko latza jaso zuena, hainbat ospitaletan 10 hilabetetan egon zen; 4 hilabete TKE jaso eta gero, kraneoplastia PEEK mota eta “ drenaje ventricular externo” egin zizkioten eta hortik aurrera aurrerapena ikaragarria izan da.

Helburuak

Pazientearen eguneko jarduera guztietan autonomiarik handiena, ibiltze goiztiarra eta gorputzeko muturren jardueren errehabilitazioa lortzea

Metodoak

Erabilitako metodologia kasu- kudeaketa izan zen, pazientearen arduren beharrei eta bere zaintzaileari era integralean ekiteko eta beharrezko tresnez hornitu ahal izateko; besteak beste, materialean edota heziketan eta informazioan, pazientearen etxerako trantsizioan arduren jarraipena ziurtatzea...

Emaitzak

Ospitaleko alta ematean, kontziente eta orientatuta dago, jokabidean eta kognitiboki neurritzko aldaketekin. Aurpegiko eskuineko eta beheko aldeko paresi arina, hizkera ona eta ondo egituraturakoa. Eskuineko hemiparesia, goiko muturrean 4/5 eta beheko muturrean 4/5. Eskuineko muturretako dismetria eta gainazaleko sentitze gorabeherak.

Lekualdatzeak kontaktu eta gainbegiratuta. Ibilbide laburrak makulu eta pertsona batekin egiten ditu. Kanean hirugarren pertsona batek bultzatutako gurpil-aulkian egiten dira. Eguneko bizitzaren jardueretan eta medikazioak hartzerako orduan laguntza txikia behar du.

Errehabilitazioko altarako Bartel eskalan 100/100 zeukan, guztiz autonomia zen ibiltzeko eta janzteko; baina, egoera kognitiboren aldetik, oraindik memoria eta atentzio-falta arazoak zituen.

Ondorioak

Kasu honetan, paziente baldintza posible onenetan bizilekura itzuli ahal zedin, diziplina anitzen arteko kolaborazioa eta koordinazioa gakoa izan da.

Onerako bilakaera adierazgarriena PEEK kraneoplastia egin ondoren hasi zen.

5.9. Tabakoaren berrerortzeak ekiditeko erizaintzako estrategiak

Maite Amondarain Zabala¹

Olatz Aldalur Otamendi²

¹Tolosaldeko ESI, Tolosako Osasun Zentroa

²Donostialdeko ESI, Pediatriako Zerbitzua

maite_416@hotmail.com

Sarrera

Tabakoa menpekotasuna sortzen duen gaixotasun kroniko bat da; horregatik, tabakoa uztea heriotza edota minusbaliotasunak ekiditeko lehenengo neurria da³.

Erretzeari utzi nahi dioten erretzaile gehienek ez dute helburu hori lehenengoan lortzen. Helburua lortzeko, askok tabakoa ekiditeko programetara jotzen dute. Haatik, programa horien arrakasta % 15-% 45 bitartean dago²; beti ere, dependentzia-maila eta erabilitako metodologia kontuan izanda. Baina zeintzuk dira programa horien arrakasta eskasaren arrazoiak?

Alde batetik, erretzailearen arrazoiak ditugu: motibazio-falta, egoera psikologikoa, tratamenduaren eragin desiragaitzak, etab. Bestetik, hezitzailearenak: babes nahikoa ez ematea, jarraipen eskasa egitea, etab.²

Tabakoaren prebentziorako estrategia onenak bilatzeko helburuarekin egindako azken ikerketek diotenez, osasun-sistemako errekurtsio onena⁴ erizaintza da.

Berrerortzeen prebentziorako, garrantzitsua izango da pazientearen jarraipen on bat egitea³, eta, horretarako, erizainen rola ezinbestekoa da. Hortaz gain, erizaintzak osasun-sistemako arlo guztietan parte hartzen duenez, bere babesa eta aholkuak tabakoa ekiditeko elementu klabe izan daitezke⁴.

Ohikoak diren berrerortzeak ezin dira porrota bailiran hartu, prozesuaren parte baizik. Askotan, beharrezkoak dira hainbat saiakera, behin-behineko aldaketa eman aurretik¹.

Helburuak

Berrerortzeak ekiditeko, erizaintzako estrategiak ezagutzea eta ematen diren jarrerak ulertzea.

Metodoak

Bibliografia bilaketa egin da, horretarako, hainbat liburu eta datu-base erabili dira.

Emaitzak

Berrerortzeen tratamenduak oinarrizko hiru atal ditu2:

- Tabakoa uzteko erabakiaren babesa.
- Tabakoa uztearen onuren goraipamena.
- Tabakoa utzi eta gero, sortuko diren arazoetan laguntzea.

Beraz, berrerortzeak ekiditeko programan, erizainek kontuan izango dute tabakismoa arazo kroniko gisa tratatzea garrantzitsua izango dela, non hainbat aldaketa gertatuko diren.

Garrantzitsua izango da porrotaren aurrean hartu beharreko jarrera zein den jakitea2:

- Erretzailea ez-errudun sentiaraztea.
- Egindako esfortzuarengatik zoriontzia.
- Berrerortzearen zergatia analizatzea. Horretarako, ingurua, zirkunstantzia pertsonalak, dependentzia eta motibazioa birbaloratu beharko dira (Fagerström eta Richmond testak betez, hurrenez hurren).
- Berriz ere saiatzeko prest dagoenean, gure laguntza eta babesa osoa erakustea.

Ondorioak

Ikusi dugunez, gaur egun tabakoa gaixotasun kronikotzat hartuta dago. Bera ekiditeko erabakia hartu ondoren, jarraipen zehatza egitea beharrezkoa da, behin-behineko aldaketa eman arte1. Bertan, erizainen jarrera oso garrantzitsua izango da, eta, horretarako, erizainek, teoriaran zein praktikan, etengabeko prestakuntza egiteko ardura izango dute.

Bibliografia

- Intervención en tabaquismo desde atención primaria de salud. Principado de Asturias. Guía para profesionales.
- Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Barrueco Ferrero, M; Hernández Mezquita, M.A; Torrecilla García, M. 4. Edizioa, 2009.
- Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Becoña Iglesias, E; Córdoba García, R; Martínez Raga, J; y cols. Valentzia, 2004.
- Atención a las personas fumadoras. Plan de cuidados estandarizados en enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

5.10. Jarduera fisikoaren promoziorako aurrera eramandako programa batek izan dezakeen eragina bizi-kalitatean eta gaitasun fisikoan

Izaro Esain Castaños¹
Montserrat Otero Parra²
Susana M. Gil Orozko²

¹EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Fisiologia Saila Fisioterapia
²EHU, Jarduera Fisikoaren eta Kirolaren Zientzien Fakultatea, Gorputz eta Kirol Hezkuntza Saila

izaro.esain@ehu.eus

Sarrera

Getxoko Kirol-zerbitzuak eta Uribe Kostako osasun-zentroek programa bat garatu dute jarduera fisikoa sustatzeko pertsona sedentarioengan.

Helburuak

Jarduera fisikoak pertsona sedentarioen bizi-kalitatean eta gaitasun fisikoan izan dezakeen eragina ikertzea, aurretik aipatutako programaren barruan.

Metodoak

Osasun-zentroetako familia-medikuek sedentarioak ziren pertsonen Kirol Errezeta deritzona ematen zieten; eta, errezetarekin kirol-teknikariarengana joaten ziren jarduera fisikoaren inguruan aholkuak jasotzeko.

Ikerketa honetan 23 subjektuk (12 emakume) hartu zuten parte (adina 61,1± 10,3 urte). Parte-hartzaileei neurketa antropometrikoak (altuera eta pisua), Senior Fitness Test-a, 6-Minute Walk Test-a eta SF-36 galdetegia egin zitzairen, jarduera fisikoa egiten hasi baino lehen, eta bi hilabetetara.

Datuak SPSS-IBM (21.0 Bertsioa) bitartez aztertu ziren. Batez bestekoak eta desbideratze estandarrak erabili ziren. Wilcoxon testa erabili zen hasierako eta amaierako neurketen konparaketa egiteko. Adierazgarritasuna p<0,05ean ezarri zen.

Emaitzak

Parte-hartzaileen % 47,8k gain-pisua zuen, % 39,1ek obesitatea, eta % 13 pisu egokian zeuden.

Ondorioak

Esan dezakegu mota honetako programak proposamen egokiak direla pertsona sedentarioen gaitasun fisikoa, eta bizi kalitatea hobetzeko ere; nahiz eta azken horretan aldaketak gertatzeko denbora gehiago behar izango den.

Esker onak: Autoreek Getxo Kiroleko Zuzendaritzari esker onak eman nahi dizkie eskainitako lankidetzagatik.

5.11. Jarduera fisikoaren eta kaltzio-ahorakinaren efektua unibertsitateko ikasleen hezur-dentsitatean

Gotzone Hervas Barbara¹

Idoia Zarrasquin Arizaga²

Ana Rodríguez Larrad¹

Maddalen Gomez Fernandez³

Jon Sarasola Oyarzabal³

Fatima Ruiz Litago¹

¹ EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea. Fisiología Saila

² EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea. Erizaintza I saila

³ EHU, Fisioterapia Graduoko ikaslea

gotzi.hervas@gmail.com

Sarrera

Hezurak ehun biziak dira, nerabezaro bukaeran lortzen den dentsitate mineralaren maila maximoa eta hortik aurrerako desosifikazio-prozesuaren abiadura, bizi ohituren arabera da (1). Kaltzioa funtsezko faktorea bada ere, badaude beste eragile batzuk aintzat hartu behar direnak, hala nola jarduera fisikoa (2). Unibertsitateko ikasleak, bizitzan zehar hezur-dentsitate altuena izango duten adinean daude, baina ohiturak aldatzeko momentuan aurkitzen dira eta horrek eragina izan dezake hezur-osasunean (3).

Helburuak

Jarduera fisikoak eta kaltzio-ahorakinak, unibertsitate ikasleen hezur-dentsitatean duten eragina aztertzea.

Metodoak

Ikerketa honetan unibertsitateko 63 ikaslek hartu zuten parte, 18-20 urte bitartekoak. Duten hezur-dentsitatea, hartutako kaltzio-kantitatea eta egiten duten ariketa fisikoa neurtzeko hurrengo frogak egın ziren:

1. Dentsitometriarekin, ultrasoinuen bitartez, orpo-hezurreko dentsitatearekin erlazionatutako ezaugarri fisikoak neurtu (4).
2. Kaltzio-ahorakina International Osteoporosis Foundation erakundeak garatutako galdeketa baten bidez kalkulatu.
3. Ariketa fisikoaren azterketa IPAQ-aren bidez (Internacional Physical Activity Questionnaire) ezagutu (5).

Emaitzak

Partaideak, 18 urte inguru zituzten eta gorputz-masa indize egokia aurkezten zuten (1 Taula). Neurtutako dentsitate-mineralaren balioak ez zuen erlazio zuzenik aurkeztu kaltzio-ahorakina eta aktibitate fisikoaren balioekin. Dentsitate-maila egokia da bai gizon, bai emakumeetan (2 Taula). Ez dago ezberdintasun esanguratsurik gizon eta emakumeek ahoratutako kaltzio-kantitateen artean. Hala ere, bi kasuetan kaltzio-ahorakina gomendatutakoa baino gutxiago da.

Emakumeek, guztira, gizonen baino aktibitate fisiko gutxiago egiten dute ($p < 0,005$) baita intentsitate altuko aktibitate gutxiago ere ($p < 0,005$). Intentsitate altuko ariketa fisikoa egiten duten emakumeek T eta Z balio altuagoak dituzte ($1,7 \pm 1,5$) egiten ez dutenek baino ($0,94 \pm 1,3$).

Ondorioak

1. Dentsitate-mineral maila maximoa espero denean, gizonen eta emakumeen dentsitate egokiak izan arren, emakumeek hezur-dentsitate baxuago izateko joera dute.
2. Kaltzio-ahorakina antzekoa da bai gizon eta emakumeetan.
3. Emakumeek egiten duten intentsitate altuko ariketa fisikoa zein guztirako ariketa fisikoa, gizonen egiten dutena baino urriagoa da.
4. Estatistikoki esanguratsua ez den arren, intentsitate altuko jarduerak egiten dituzten emakumeek T eta Z balio altuagoetara jotzen dute.

Bibliografia

- Weaver CM, Gordon CM, Janz KF, Kalkwarf HJ, Lappe JM, Lewis R, O’Karma M, Wallace TC, Zemel BS. The National Osteoporosis Foundation’s position statement on peak bone mass development and lifestyle factors: a systematic review and implementation recommendations. *Osteoporos Int.* (2016)
- Julián-Almárcegui C, Gómez-Cabello A, Huybrechts I, González-Agüero A, Kaufman JM, Casajús JA, Vicente-Rodríguez G. Combined effects of interaction between physical activity and nutrition on bone health in children and adolescents: a systematic review. *Nutr Rev.* (2015)
- Iglesias López MT, Cuesta Santa Teresa E, Sáez Crespo A. Comparative study of habits in students before and during the university in northwest area of Madrid. *Nutr Hosp.* (2014)
- Prins SH1, Jørgensen HL, Jørgensen LV, Hassager C. Quantitative ultrasound bone measurements. *Ugeskr Laeger.* (2000)
- Hagströmer M, Bergman P, De Bourdeaudhuij I, Ortega FB, Ruiz JR, Manios Y, Rey-López JP, Philipp K, von Berlepsch J, Sjöström M; HELENA Study Group. Concurrent validity of a modified version of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-A) in European adolescents: The HELENA Study. *Int J Obes* (2008)

5.12. Proto-bonbaren inhibitzaileen neurrigabekeria

Ainara Iriarte Rodríguez¹
Sonia Mera Cordero²
Irene Tubia Barberia³
Maitane Garaigorta de Dios¹

¹Bidasoako Ospitaleko Digestiboko medikua
²Bidasoako Ospitaleko Digestiboko erizaina
³Familia Medikua Auritzeko Osasun Etxea

irunetubia@gmail.com

Sarrera

Protoi-bonbaren inhibitzaileak (PBI) antiazidorik eta eraginkorrenak dira.

1989an agertu zirenetik, antiulzeroso erabilienak dira, batez ere, omeprazola (% 80).

Gure lurraldean, Espainiar Estatuan gertatzen den bezala, farmako horien kontsumoa Europar Batasuneko beste hainbat estatutan baino askoz ere altuagoa da; nahiz eta gure lurraldeko errefluxu gastroesofagikoaren prebalentzia beste zenbait lekutan baino baxuagoa izan.

Helburuak

PBI-en neurrigabekeria aztertu, horren zergatia eta zer egin ahal dugun ikertuz.

Metodoak

Errebisio bibliografikoa.

Emaitzak

1989an sortu zirenetik, PBI-en erabilera esponentzialki igo da. 2009an Osakidetzan 28.019.289 €-ko gastua ekarri zuten.

Espainiar Estatuan egindako ikerketa batean, % 36,4 zegoen ongi preskribatuta.

Zergatiak (Zerbait falta da?)

Pazienteak

Pazienteei galdetzean ea zergatik PBI-ak hartzen zituzten, honako erantzunak izan genituen: % 38,4k urdaila babesteko darabiltza; % 37,5ek medikuaren agindua jarraituz hartzen ditu; % 21,4k jadanik, botika asko hartzen dituelako; eta azkenik, % 1,8k zergatia jakin gabe hartzen dituela adierazi zuten.

Lehen mailako atentzioa

Lehen mailako atentzioan, 5 pazientetatik batek PBI-ak hartzen ditu, horietatik % 33 preskripzio induzitua da. Zergatia aztertzean, ondorengo arrazoiak aurkitzen ditugu:

Klinika praktikoko giden ezjakintasuna
Gizartearen eskakizuna
Mediku bakoitzaren jokaera propioa
Jarrera-aldaketarako erresistentzia
Preskribatu zeneko arrazoia bertan behera gelditu ote den ez birpasatzea

Ospitalea

Zainketa intentsiboko unitatean, estres-ultzerak ekiditeko indikatuta daude. Horrela, 30 paziente tratatu behar dira hemorragia bat saihesteko. Aldiz, plantan 900 pazientek jaso beharko lukete tratamendua kasu bat ekiditeko. Ingresatutako pazienteen % 50-60 aholkurik gabe jasotzen dute PBI-ak. Zainketa intentsiboko unitatetik plantara pasatzean eta plantatik alta eman ondoren ere, PBI-en jarraipenaren beharra berrikusi beharko litzateke.

Argibideak

Errefluxu gastroesofagikoa
Dispepsia
Helicobacter pyloriren tratamendua
Ultzera peptikoa
Estres-ultzerak ekiditeko profilaxia
Urdailaren babesa, soilik, antiinflamatorio ez-esteroideoak edo azido azetilsalizilikoa eta arrisku-faktoreak batzen direnean.
Zollinger Ellison Sindromea

Ondorioak

PBI-en erabilera arrazionala lortzea da helburu. Horretarako, hurrengo puntuak hartu beharko genituzke irizpide moduan:

PBI-ak noiz hartu behar diren ikasi beharko genuke.

PBI-ak onartuta dauden baldintzetan, eta dosi eraginkor minimoan eman beharko lirateke soilik.

Aldiro-aldiri, pazienteak PBI-ai buruzko aholkuak jarraitzen ote dituen birpasatu beharko genuke.

Lehen mailako atentzioko mediku eta espezialisten arteko koordinazioa ezinbestekoa da helburu horiek lortzeko.

Bibliografia

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Utilización de medicamentos antiulcerosos en España durante el periodo 2000-2012.
- Ali T, Roberts D N, Tierney W M. Long-term safety concerns with
- Proton pump inhibitors. Am J Med. 2009;122: 896-903
- Uso de inhibidores de la bomba de protones en Atención Primaria ¿correcto?
- SEMERGEN - Medicina de Familia, Volume 41, Issue 8, Pages 455-456
- T. Ricart-Pena, M. Lozano-Espinosa, E. Martínez-Lerma, S. Bueno-Macías
- Variabilidad en la práctica clínica: calidad de prescripción de los inhibidores de la bomba de protones. A.I. Sanjosé-Rodríguez, C. Velarde-Mayol, J.A. Gómez De Caso-Canto Revista de Calidad Asistencial, Volume 27, Issue 3, Pages 182-183.
- De Burgos Lunar C, Novo del Castillo S, Llorente Díaz E, Salinero Fort MA. Estudio de prescripción-indicación de inhibidores de la bomba de protones. Rev Clin Esp. 2006;206(6):266-70.

6. TAILERRAK

6.1. Tailerra: Mendekotasunen balorazioa eta orientazioa

Ana Rosa Aranda Lanbea¹

Agurtzane Etxezarraga Etxebarria²

¹Bizkaiko Foru Aldundia, Gizarte Ekintzako medikua

²Bizkaiko Foru Aldundia, Gizarte Ekintzako gizarte-langilea

ana.rosa.aranda@bizkaia.eus

miren.agurtzane.etxezarraga@bizkaia.eus

a) Mendekotasunaren kontzeptua arlo soziosanitarioan

«Mendetasuna» egoera iraunkor bat da, eta egoera horretan, adinaren, gaixotasunaren edota ezintasunaren ondorioz autonomia fisiko, mental, intelektual edo sensoriala faltan edo guztiz baldin izateagatik, pertsona batzuek beste pertsona baten edo batzuen laguntza edo laguntza handiak behar dituzte eguneroko bizitzan oinarritzko jarduerak egiteko. Eta adimen ezintasuna edo buruko gaixotasuna duten pertsonen kasuan, euren autonomia pertsonalerako bestelako laguntza batzuk behar dituzte (39/2006 Legeko 2. artikulua).

b) Neurtzeko tresna: Mendekotasuna Baloratzeko Baremoa (MBB)

Baremo honen bitartez, eguneroko bizitzan oinarritzko jardueretarako beste pertsona baten laguntzaren beharra baloratzen da. 59 ekintza hamaika taldetan baloratzen dira, eta bakoitzari puntuazio bat ematen zaio; emaitza orokorra 0 eta 100 punturen artekoa izan daiteke. Lortzen den puntuazioaren arabera, egoerak hiru gradutan sailkatzen dira:

I. Gradua edo mendekotasun arina (25 – 49).

II. Gradua edo mendekotasun larria (50 – 74).

III. Gradua edo mendekotasun handia (75 – 100).

c) Arreta eskaintzeko Banan-banako Programa (ABP) / Orientazioa

Ebaluazio-taldea (medikuek, psikologoek eta gizarte-langileek osatzen dute) eskatzailearen etxera joango da, harekin adostutako egunean eta orduan, mendetasun-egoeraren ebaluazioa egiteko.

Profesional horiek beharrezkoak diren azterketa eta elkarrizketa guztiak, zein egokitzen eta beharrezkotzat jotzen diren gainerako probak egingo dituzte, eskatzailea eguneroko bizitzako jardueretan nola moldatzen den ebaluatu ahal izateko.

Eskabidearekin batera, eta, horretarako baimena ematen bada, aurreko helburua betetzeko egokitzen jotzen den informazioa eskatu ahal izango zaie beste hainbat zerbitzu edo organismori.

Oharra:

- Oso garrantzitsua da kontuan izatea mendetasunaren ebaluazioak ez duela bakarrik aintzat hartzen zein den pertsona horren osasun-egoera, baizik eta pertsona batek eguneroko bizitzako jarduerak egiteko dituen zailtasunak ere aintzat hartzen ditu.
- Eskatzaileak ezegonkortasun-egoera klinikoan eta funtzionalean badaude, mendetasuna ebaluatu ahal izateko, egoera hori egonkortu arte itxaron beharko da.

Egoera berezietan, behin-behinean aitortu ahal izango da mendetasun-egoera. Dena dela, horrela egiten denean, data bat zehaztuko da erabaki hori berrikusteko, eta, aitortpena behin-behinekoa den bitartean, egoera horretan dagoen pertsonak behin-behinean bakarrik erabili ahal izango ditu zerbitzuak eta prestazioak.

Eskatzailea etxera bisitatzean, ebaluazio-taldeak beharrezkoa duen informazioa jasoko du, planifikatu ahal izateko zeintzuk diren ebaluatuko den pertsonaren egoerarako zerbitzu eta prestazio egokienak.

Eskatzailearentzat egokienak diren zerbitzuak eta prestazioak erabakitze orduan, bere ingurunea ebaluatzeak garrantzi handia du.

Mendetasun-gradua eta zerbitzu eta prestazioen inguruan eskatzailearen etxean eginiko plangintza kontuan hartuz, ondoren, arreta eskaintzeko banan-banako programa bat prestatuko da. Programan, eskatzailearen bizi-kalitatea mantentzeko eta hobetzeko egokienak diren esku-hartzeak zehaztuko dira. Etxean egindako plangintzan, eskatzailearen eta inguruko nahiak jaso ez ezik, ea horiek aurrera eraman daitezkeen ikusiko da.

ABPa zehazterako orduan onuradunak, bere familiak edo ordezkari diren tutoretza-erakundeek parte hartuko dute, eta, hala badagokio, **eskaintzen zaizkien aukeren arteko bat hautatuko dute.**

Gainera, interesdunak berriaz hala adieraziz gero, ABPa bera eskabide legez erabiliko da, dagozkion zerbitzu eta prestazio eskubideak eskatzeko.

ABPa ebazpen administratibo baten bidez jakinaraziko zaio.

d) Tailerraren helburua

Mendekotasunen balorazioa eta orientazioa zertan datzan ezagutzea. Hau da:

- Nola aplikatzen den MBBa.
- Nola adosten den ABPa (prestazioak eta zerbitzuak), baliabideen eskaera.
- Denon artean, kasu praktikoa bat lantzea.

6.2. Tailerra: talde-terapia eta menpekotasuna

Tere Brouard Aldamiz

Klinika pribatua jardunean, Deustuko Unibertsitateko eta OMIE fundazioko irakaslea

brouardpsikologia@gmail.com

Tailerraren asmoa parte-hartzaileak talde-lanak eskaintzen dituen aukera desberdinetara hurbiltzea da, menpekotasuna duten pertsonak tratatzerakoan.

Horretarako, lehenbiziko gogoeta bat bultzatuko da menpekotasun-mota desberdinen eta horrekin erlazionaturiko beste kontzeptu batzuen inguruan, hala nola horiengana taldean hurreratzeko modelo desberdinei buruz.

Taldeak, komunikazioaren tresna bideratzaile gisa, abantaila anitz eskaintzen ditu banakako lanaren aldean patologia askoren tratamenduan.

Talde-terapia eremu pribilegiatua da pertsonarteko harremanetan sortzen diren arazoak eta banakako beste gaitz batzuk ere tratatzeko. Horiek, konponbidea izan dezakete taldean partekaturik, beste bizipen batzuen laguntzarekin eta horietatik ikasiz.

Taldeakideek euren burua hobeto ezagutzen ikasten dute, gainerakoek haiei buruz duten pertzepzioaren gaineko kontzientzia hartzen dute, eta enpatia nahiz ulermen gaitasuna garatzen dituzte, beste pertsonen lekuan jartzean.

Taldeak segurtasun- eta konfiantza-eremu bat eskaintzen du, zeinean bakoitzak gainerakoei lagundu eta haien laguntza jaso dezakeen, norberak ekartzen dituen edukiak eta taldekideen arteko harremanetan sortzen diren sentipenak modu askean partekatuz, laguntza emozionala ematen duen giroa kontrolatuta, era zabal eta zintzoan.

Ezaugarri horiekin, talde terapeutikoa eremu pribilegiatutzat hartzen da beste jarrera eta portaera batzuk modu praktikoa eta zuzenean miatzeko, eta horiek gizarte-esparruetara eramaten hasteko.

Bertaratutakoek osatzen duten taldea bera erabiliko da tresna metodologiko gisa. Horrek, taldearen ahalmenaren esperientzia praktikoa emango digu, terapian ez ezik, ikaskuntzaren eremuan eta partekaturiko ezagupenen sorkuntzan ere.

Parte-hartzaile bakoitzak bere iritziak emango ditu proposaturiko gaiaren inguruan. Horrela, talde-lanean, kide desberdinen arteko eztabaida askearen bitartez ezagupen-esparrua osatuz joango da.

7. AURKIBIDE OSOA

1. Hitzaurrea	6
2. Egitaraua	8
3. Hitzaldiak	11
3.1. Droga berriak <i>Luis F. Callado Hernando</i>	12
3.2 Patologia Duala. Ikuspegi Orokor bat. <i>Idoia Larrañaga Garate</i>	18
3.3. Gazteak eta alkohola. Beste ikuspuntu bat <i>Santiago Mintegui Raso</i>	25
3.4. Nerabe eta gazteek informazioaren eta komunikazioaren teknologiek duten harremana <i>Ainhoa Otaola Agirre</i>	32
3.5. Joko patologikoa: etengabeko aldaketan <i>Ilargi Zarate Orio</i>	46
3.6 Autonomia emozionala, hurbiletik maitatu urrutira heltzeko <i>Aritz Anasagasti Undabarrena</i>	58
3.7. Mendetasunaren aurrean tratu egokiak garatuz <i>Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laradogoitia</i>	68
3.8. Zaintzaileak, menpekotasun egoeran bizi diren pertsonen euskarria <i>Mikel Lopez Elorriaga</i>	78
4. Ahozko komunikazioak	86
4.1 Informazio Teknologiai esker, gizateria kontrolatzaile ala menpeko? <i>Iñaki Dorronsoro Goikoetxea</i>	87
4.2. Arreta soziosanitarioa: kasu batetik prozeduretara <i>Iraide Etxebarria Zurbanobeaskoetxea</i> <i>Irati Garaizar Bilbao</i>	89

4.3. Benzodiazepinak lehen mailako arretan. Preskripzio egokia egiten al dugu?	92
<i>Aintzane Zubeldia Iturralde</i>	
<i>Idoia Sanchez Pombar</i>	
<i>Nerea De Sousa Alcalde</i>	
<i>Paula Navarro Puyuelo</i>	
<i>Saioa Gonzalez Urío</i>	
<i>Maria Yañez Vidal</i>	
4.4. Ingurune aberastuak ezagutze-oroimena, koordinazioa eta hipokanpoko plastikotasuna berreskurazten ditu nerabezaroan alkoholarekin trataturiko C57BL6 saguetan	94
<i>Irantzu Rico Barrio</i>	
<i>Sara Peñasco Iglesias</i>	
<i>Nagore Puente Bustinza</i>	
<i>Leire Reguero Acebal</i>	
<i>Inmaculada Gerrikagoitia Marina</i>	
<i>Jon Egaña Huguet</i>	
<i>Svein Atxikallende Urkaregi</i>	
<i>Izaskun Elezgarai Gabantxo</i>	
<i>Pedro Grandes Moreno</i>	
4.5. Zaindaria zaintzen!!!	96
<i>Ana Anguiano Martinez</i>	
<i>Iraitz Arrien Urzaa</i>	
<i>Garazi Garmendia Goti</i>	
<i>Jon Arruti Arrieta</i>	
<i>Maider Beobide Ugalde</i>	
<i>Iratxe Barrutieta Barandiaran</i>	
4.6. Bizkar-eskola, gure mina menperatzen!	98
<i>Irene Goikoetxea Gonzalez</i>	
<i>Araitz Garaikoetxea Velasco</i>	
<i>Estibaliz Ordoñez Torres</i>	
<i>Miren Biotza Anparan Cuadra</i>	
<i>Belinda Azahara Carcaboso Juez</i>	
<i>Juncal Urcullu Mugica</i>	
4.7. Drogen kontsumoa neurtzeko DSM-5ak proposaturiko tresna	100
Naiara Ozamiz Etxebarria	
<i>Agurtzane Ortiz Jauregi</i>	
4.8. Zumarragako Ospitalean ingresatutako gaixo pluripatologikoen egoera soziosanitarioa	102
<i>Itziar Frago Marquinez</i>	
<i>Patricia Gonzalez Segura</i>	
<i>Ane Labirua-Iturburu Ruiz</i>	
<i>Juan Marti Cabane</i>	
<i>Amaia Zurutuza Auzmendi</i>	

<i>Katixa Leizaola Arregui</i>	
<i>Idoia Ruiz Palenzuela</i>	
<i>Begoña Lasa Inchausti</i>	
<i>Esther Ortiz de Zarate Carrillo</i>	
<i>Juan Antonio Alonso Peinador</i>	
4.9. Garuneko kalteko eskola, gure gaixotasuna ezagutzen!!!	104
<i>Irene Goikoetxea Gonzalez</i>	
<i>Aitziber Zalbide Perez</i>	
<i>Nahikari Saez Damborena</i>	
<i>Ana Anguiano Martinez</i>	
<i>Iñaki Onandia Diago</i>	
<i>Maider Ugalde Beobide</i>	
4.10. Metadonaren mantentze-programa Bizkaiko farmazietan	106
<i>Iban Gutierrez Artetxe</i>	
<i>Sonia Saenz de Buruaga Perez de Acha</i>	
<i>Sonia Sanz Olmos</i>	
<i>Jokin Txakartegi Urizar</i>	
4.11. Alkoholaren saltzen den eremuetan sortutako lesioak prebenitzeko esku-hartzeen berrikuspen sistematikoa	108
<i>Virginia Guillen Cañas</i>	
4.12. Ariketa fisikoaren eragina egoitzetako hirugarren adineko pertsonengan: proba pilotua	110
<i>Haritz Arrieta Etxeberria</i>	
<i>Ana Rodriguez Larrad</i>	
<i>Susana Gil Orozko</i>	
<i>Mikel Markotegi Díez</i>	
<i>Jon Irazusta Astiazaran</i>	
<i>Jose Javier Yanguas Lezaun</i>	
<i>Amaia Irazusta Astiazaran</i>	
5. Posterrak	112
5.1 Gehiegizko alkohol-kontsumoaren ondorioetako batzuk irudietan	113
<i>Jone Sagasta Urrutia</i>	
<i>Garazi Sagasta Urrutia</i>	
5.2. Menpekotasun desberdinak izandako kasu baten zainketa plana	115
<i>M. Milagros Amundarain Lejarza</i>	
<i>Ana Merino Rodriguez</i>	

5.3. Kannabidiolaren eraginaren azterketa errafe dortsaleko neurona serotonergikoen jarduera elektrikoa teknika elektrofisiologikoen bidez	117
<i>Aitziber Mendiguren Ordorika</i>	
<i>Joseba Pineda Ortiz</i>	
<i>Erik Aostri Parga</i>	
5.4. Alkohol-kontsumoak, nerabezaroan trataturiko C57BL6 saguetan, aldaketak eragiten ditu endokannabinoideen menpeko plastikotasunean eta neurotransmisioan helduaroan	119
<i>Irantzu Rico Barrio</i>	
<i>Sara Peñasco Iglesias</i>	
<i>Nagore Puente Bustinza</i>	
<i>Leire Reguero Acebal</i>	
<i>Inmaculada Gerrikagoitia Marina</i>	
<i>Jon Egaña Huguet</i>	
<i>Svein Atxikallende Urkaregi</i>	
<i>Izaskun Elezgarai Gabantxo</i>	
<i>Pedro Grandes Moreno</i>	
5.5. Oxido nitrikoko sistemak eragindako erregulazioa opiaseoekiko tolerantzia locus coeruleus-eko neuronetan	121
<i>Patricia Pablos Laria</i>	
<i>Aitziber Mendiguren Ordorika</i>	
<i>Joseba Pineda Ortiz</i>	
5.6. Lau istorio, hausnarketa egiteko lau aukera	123
<i>Itsaso Sexmilo Ayarra</i>	
<i>Maite Ayarra Elia</i>	
5.7. Kalamua eta arnas-aparatua	125
<i>Sophe Garcia Fuika</i>	
<i>Olatz Llaguno Ochandiano</i>	
<i>Jose Luis Lobo Beristain</i>	
5.8. Traumatismo kraneozenfalikoaren bilakaera, tratamendu errehabilitadore eta kraneoplastiaren ondoren	127
<i>Itxaso Zabala Villate</i>	
<i>Belinda Azahara Carcaboso Juez</i>	
<i>Jon Martinez Ruiz</i>	
<i>Iratxe Barrutieta Barandiaran</i>	
<i>Miren Biotza Anparan Cuadra</i>	
<i>Nahikari Saez Damborena</i>	
5.9. Tabakoaren berrerortzeak ekiditeko erizaintzako estrategiak	129
<i>Maite Amondarain Zabala</i>	
<i>Olatz Aldalur Otamendi</i>	

5.10. Jarduera fisikoaren promoziorako aurrera eramandako programa batek izan dezakeen eragina bizi-kalitatean eta gaitasun fisikoan	131
<i>Izaro Esain Castañares</i>	
<i>Montserrat Otero Parra</i>	
<i>Susana M. Gil Orozko</i>	
5.11. Jarduera fisikoaren eta kaltzio-ahorakinaren efektua unibertsitateko ikasleen hezur-dentsitatean	133
<i>Gotzone Hervas Barbara</i>	
<i>Idoia Zarrasquin Arizaga</i>	
<i>Ana Rodriguez Larrad</i>	
<i>Maddalen Gomez Fernandez</i>	
<i>Jon Sarasola Oyarzabal</i>	
<i>Fatima Ruiz Litago</i>	
5.12. Proto-bonbaren inhibitzaileen neurrigabekeria	135
<i>Ainara Iriarte Rodriguez1</i>	
<i>Sonia Mera Cordero2</i>	
<i>Irun Tubia Barberia3</i>	
<i>Maitane Garaigorta de Dios1</i>	
6.Tailerrak	138
6.1. Tailerra: Mendekotasunen balorazioa eta orientazioa	139
<i>Ana Rosa Aranda Lanbea.</i>	
<i>Agurtzane Etxezarrağa Etxebarria</i>	
6.2. Tailerra: talde-terapia eta menpekotasuna	141
<i>Tere Brouard Aldamiz</i>	

8. EGILEEN AURKIBIDEA



7. Egileen aurkibidea	148
<i>Aldalur Otamendi, Olatz</i>	129
<i>Alonso Peinador, Juan Antonio</i>	102
<i>Amondarain Zabala, Maite</i>	129
<i>Amundarain Lejarza, M. Milagros</i>	115
<i>Anasagasti Undabarrena, Aritz</i>	58
<i>Anguiano Martinez, Ana</i>	96, 104
<i>Anparan Cuadra, Miren Biotza</i>	98, 127
<i>Aostri Parga, Erik</i>	117
<i>Aranda Lanbea, Ana Rosa</i>	139
<i>Arrien Urzaa, Iraitz</i>	96
<i>Arrieta Etxeberria, Haritz</i>	110
<i>Arruti Arrieta, Jon</i>	96
<i>Atxikallende Urkaregi, Svein</i>	94, 119
<i>Ayarra Elia, Maite</i>	123
<i>Barrutieta Barandiaran, Iratxe</i>	96, 127
<i>Beobide Ugalde, Mainer</i>	96
<i>Brouard Aldamiz, Tere</i>	141
<i>Callado Hernando, Luis F.</i>	12
<i>Carcaboso Juez, Belinda Azahara</i>	98, 127
<i>De Sousa Alcalde, Nerea</i>	92
<i>Dorronsor Goikoetxea, Iñaki</i>	87
<i>Egaña Huguet, Jon</i>	94, 119
<i>Elezgarai Gabantxo, Izaskun</i>	94, 119

<i>Esain Castañares, Izaro</i>	131
<i>Etxebarria Zurbanobeaskoetxea, Iraide</i>	89
<i>Etxezarraga Etxebarria, Agurtzane</i>	139
<i>Frago Marquinez, Itziar</i>	102
<i>Garaigorta de Dios, Maitane</i>	135
<i>Garaikoetxea Velasco, Araitx</i>	98
<i>Garaizar Bilbao, Irati</i>	89
<i>Garcia Fuika, Sophe</i>	125
<i>Garmendia Goti, Garazi</i>	96
<i>Gerrikagoitia Marina, Inmaculada</i>	94, 119
<i>Gil Orozko, Susana</i>	110
<i>Goikoetxea Gonzalez, Irupe</i>	98
<i>Gomez Fernandez, Maddalen</i>	133
<i>Gonzalez Segura, Patricia</i>	102
<i>Gonzalez Urrio, Saioa</i>	92
<i>Grandes Moreno, Pedro</i>	94, 119
<i>Guillen Cañas, Virginia</i>	108
<i>Gutierrez Artetxe, Iban</i>	106
<i>Hervas Barbara, Gotzone</i>	133
<i>Irazusta Astiazaran, Amaia</i>	110
<i>Irazusta Astiazaran, Jon</i>	110
<i>Iriarte Rodríguez, Ainara</i>	135
<i>Irupe Goikoetxea Gonzalez</i>	98
<i>Labirua-Iturburu Ruiz, Ane</i>	102

<i>Larrañaga Garate, Idoia</i>	18
<i>Lasa Inchausti, Begoña</i>	102
<i>Leizaola Arregui, Katixa</i>	102
<i>Llaguno Ochandiano, Olatz</i>	125
<i>Lobo Beristain, Jose Luis</i>	125
<i>Lopez Elorriaga, Mikel</i>	78
<i>M. Gil Orozko, Susana</i>	131
<i>Markotegi Díez, Mikel</i>	110
<i>Marti Cabane, Juan</i>	102
<i>Martinez Ruiz, Jon</i>	127
<i>Mendiguren Ordorika, Aitziber</i>	117, 121
<i>Mera Cordero, Sonia</i>	135
<i>Merino Rodríguez, Ana</i>	115
<i>Mintegui Raso, Santiago</i>	25
<i>Navarro Puyuelo, Paula</i>	92
<i>Onandia Diago, Iñaki</i>	104
<i>Ordoñez Torres, Estibaliz</i>	98
<i>Ortiz de Zarate Carrillo, Esther</i>	102
<i>Ortiz Jauregi, Agurtzane</i>	100
<i>Otaola Agirre, Ainhoa</i>	32
<i>Otero Parra, Montserrat</i>	131
<i>Ozamiz Etxebarria, Naiara</i>	100
<i>Pablos Laria, Patricia</i>	121
<i>Peñasco Iglesias, Sara</i>	94, 119

<i>Pineda Ortiz, Joseba</i>	117, 121
<i>Puente Bustinza, Nagore</i>	94, 119
<i>Reguero Acebal, Leire</i>	94, 119
<i>Rico Barrio, Irantzu</i>	94, 119
<i>Rodriguez Larrad, Ana</i>	110, 103
<i>Ruiz Litago, Fatima</i>	133
<i>Ruiz Palenzuela, Idoia</i>	102
<i>Saenz de Buruaga Perez de Acha, Sonia</i>	106
<i>Saez Damborena, Nahikari</i>	104, 127
<i>Sagasta Urrutia, Garazi</i>	113
<i>Sagasta Urrutia, Jone</i>	113
<i>Sanchez Pombar, Idoia</i>	92
<i>Sanz Olmos, Sonia</i>	106
<i>Sarasola Oyarzabal, Jon</i>	133
<i>Sexmilo Ayarra, Itsaso</i>	123
<i>Tubia Barberia, Irune</i>	135
<i>Txakartegi Urizar, Jokin</i>	106
<i>Ugalde Beobide, Maider</i>	104
<i>Urcullu Mugica, Juncal</i>	98
<i>Yañez Vidal, Maria</i>	92
<i>Yanguas Lezaun, Jose Javier</i>	110
<i>Zabala Villate, Itxaso</i>	127
<i>Zalbide Perez, Aitziber</i>	104
<i>Zarate Orio, Ilargi</i>	46

<i>Zarrazquin Arizaga, Idoia</i>	133
<i>Zubeldia Iturralde, Aintzane</i>	92
<i>Zurbanobeaskoetxea Laraudogoitia, Lourdes</i>	68
<i>Zurutuza Auzmendi, Amaia</i>	102

